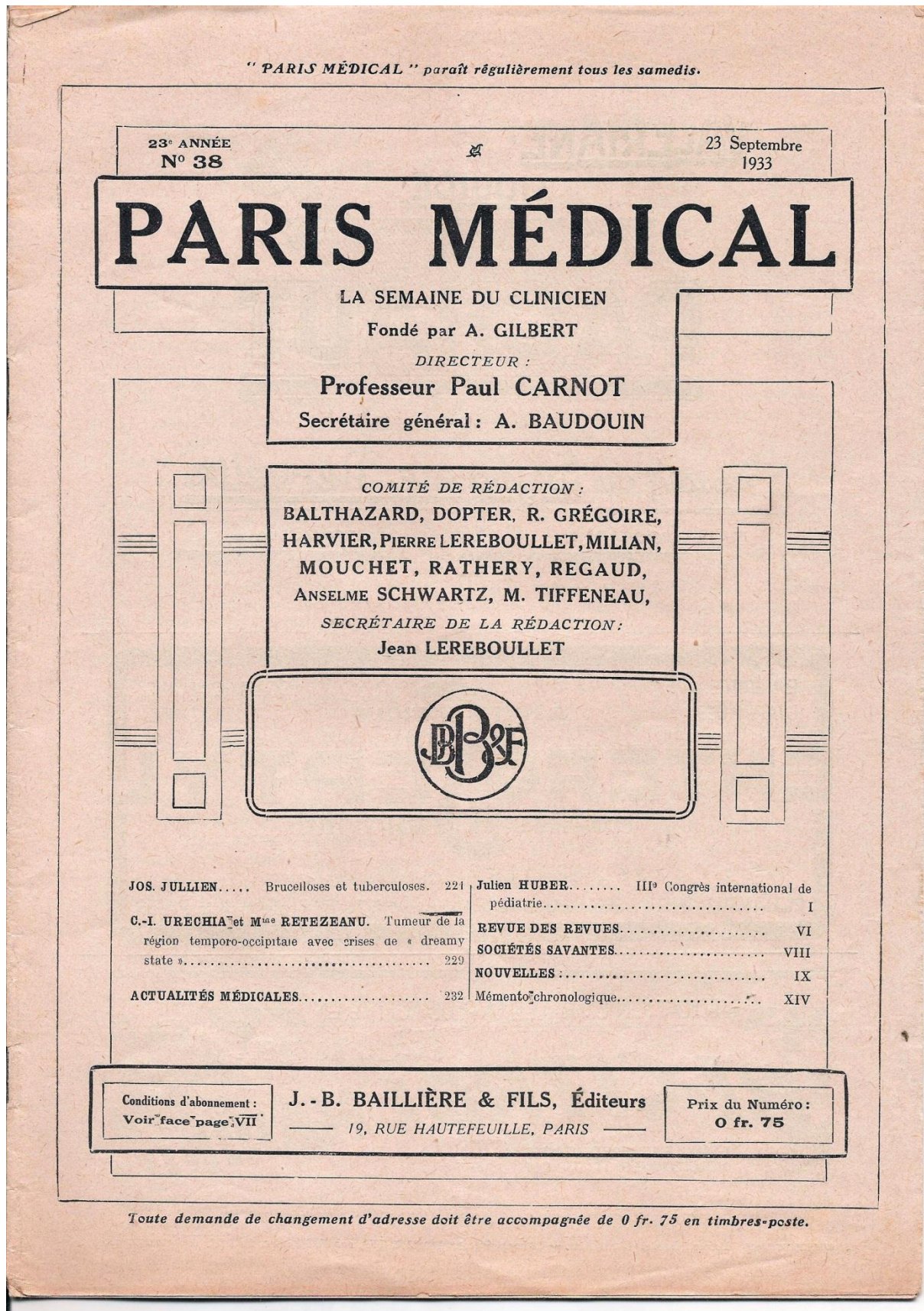


En 1933, Jos.Jullien, médecin, maire de Joyeuse Ardèche, écrit un article sur les Brucelloses publié dans la semaine du clinicien .



VALERIANE
LIQUIDE



PACHAUT

Sédatif du Système Nerveux

**LABORATOIRES PACHAUT 130, B^{is} HAUSSMANN
PARIS**

ENTÉRITES
DIARRHÉES

ANTI
INTE
EPTIQUE
TINAL

COLIBACILLURIE
URTICAIRE

ENTÉROSEPTYL
PHOSPHATE DE TRINAPHTYLE

4 à 6 comprimés par jour en dehors des repas

ÉCHANTILLONS. - Laboratoires de l'Entéroseptyl, 78, Bd Beaumarchais, PARIS

MÉDICATION CITRATÉE LA PLUS ACTIVE ET

LA PLUS AGRÉABLE



BI-CITROL MARINIER

GRANULÉ SOLUBLE DE CITRATES
MONOSODIQUE ET TRISODIQUE

EUPEPTIQUE · CHOLAGOGUE · ANTIVISQUEUX · DECONGESTIF

Échantillons et Littérature. — Laboratoire MARINIER, 159, rue de Flandre, PARIS

BRUCELLOSES ET TUBERCULOSES

PAR

le Dr JOS. JULLIEN
(de Joyeuse)

La question des rapports qui existent entre les brucelloses et les tuberculoses n'a pas été, à notre connaissance, reprise dans son ensemble depuis les Journées médicales tunisiennes de 1926 et le travail de Leo V. Schneider (1). Le Dr Hayat fit, à Tunis, sous le titre « Tuberculose et mélitococcis », un excellent exposé que Burnet commentait en ces termes : *Il touche une question fort importante et concerne tout à la fois le diagnostic et les problèmes de pathologie générale.*

Placé depuis longtemps en plein centre d'épidémiologie de brucellose, il nous a été donné, depuis de longues années, d'observer des centaines de cas de fièvres ondulantes. Les hésitations du diagnostic, la découverte de lésions tuberculeuses chez des malades mélitococciques, nous ont amené à réfléchir, après bien d'autres observateurs, et sur les brucelloses et sur les tuberculoses : aussi nous proposons-nous de faire aujourd'hui une mise au point.

Il est nécessaire avant tout de séparer nettement les divers éléments du problème qui se propose à nous.

a. Les brucelloses, on l'a dit depuis longtemps, « prennent le masque de la tuberculose ». C'est donc la description de *fausses tuberculoses*, de fièvres ondulantes qui simulent la tuberculose, qui fera l'objet d'un premier chapitre : l'histoire de difficultés de diagnostic et de nombreuses erreurs. Nous pouvons tout de suite avancer les conclusions de cette partie de travail : il existe entre les signes cliniques des tuberculoses évolutives aiguës ou chroniques et les signes de certaines brucelloses des ressemblances étroites. Seul le laboratoire peut résoudre le problème, et permettre un diagnostic exact.

b. Un problème tout différent du précédent est posé par la coexistence chez un même sujet de l'infection à brucella et de l'infection à bacille de Koch. Nous savons aujourd'hui que les brucellose-tuberculoses sont loin d'être rares. On s'est surtout préoccupé de connaître l'influence qu'exerce la mélitococcie sur l'éclosion et la marche de la tuberculose. Nous serons amené à distinguer les

formes suraiguës, rapidement évolutives de la tuberculose pulmonaire qui sont greffées sur des mélitococcies, de syndromes plus sournois, à évolution prolongée, à marche lente, qui paraissent relever de l'association de brucelloses et de bacilloses torpides, le plus souvent extrapulmonaires.

c. Il ne sera pas sans intérêt de noter en troisième lieu certaines communautés de réactions (biologiques, anatomo-pathologiques) qui s'observent au cours des infections par les deux germes bacille de Koch et brucella. Ces analogies profondes expliquent sans doute les équivalences symptomatiques relevées plus haut.

d. Dans un bref essai de synthèse, nous exposerons enfin, en nous aidant des notions que nous aurons acquises au cours de cette étude, notre conception actuelle des formes des brucelloses. Nous arriverons à montrer le rôle majeur que joue l'infection secondaire surajoutée au cours de l'évolution des brucelloses.

A. — Fausses tuberculoses à brucellæ.

a. **Formes pulmonaires aiguës.** — Les nombreuses observations publiées de fausses tuberculoses à brucellæ semblent copiées d'un modèle unique. Il est donc facile d'en donner un dessin dépouillé et suffisamment exact. Il s'agit presque toujours d'un sujet adulte, de moins de cinquante ans, parfois d'un adolescent. Après quelques semaines de lassitude, de courbature et de fièvre, le malade se présente amaigri. Il tousse, crache et transpire pendant la nuit. Il a souvent eu une ou plusieurs hémoptysies qui sont parfois alarmantes (Sergio del Rio). L'examen révèle des signes pulmonaires : rudesse respiratoire au niveau d'un sommet, râles sous-crépitants, quelquefois épanchement pleural. C'est un diagnostic qui « saute aux yeux » du médecin : tuberculose pulmonaire évolutive.

Plus rarement le début se fait par une pleurésie sero-fibrineuse (cas d'Abel Boyer, *Médecine générale française*, décembre 1932) et fait redouter la tuberculose, alors qu'évolue ultérieurement une fièvre ondulante typique.

L'examen bactériologique des crachats est pratiqué : absence certaine du bacille de Koch. D'autre part, les signes radiologiques sont beaucoup moins importants que ne l'aurait fait croire l'examen clinique. L'écran ne révèle rien d'important : pas d'atteinte du parenchyme pulmonaire. De minimes adénopathies. D'autre part, l'évolution de la maladie n'est pas celle d'une tuberculose ; la fièvre peut persister, mais les signes pulmonaires s'amendent. Diverses algies peuvent

(1) LÉO V. SCHNEIDER, Undulant fever of the pseudotuberculous type and pulmonary tuberculosis (*Med. Journal and Record*, vol. CXXX, n° 1, janvier 1930).

apparaître. La guérison se fait, et si l'on suit le malade, il n'est plus jamais question, chez lui, de lésion pulmonaire spécifique.

Au cours de la maladie, le médecin averti aura fait faire un sérodiagnostic de Wright qui aura montré l'agglutination des brucellæ à un taux élevé (1/200 et plus). En période fébrile, l'hémoculture sera positive.

De telles observations abondent dans la littérature médicale des pays méditerranéens. Georges Salan a fait un bon exposé de cette question dans sa thèse de Montpellier : *Fièvre ondulante et tuberculose*, 1931. Avant lui, Darbois (1910), Cantaloube, Courcoux, M. Lelong, Cordey (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1922), Conseil (M. Beaugas, Thèse de Paris, 1927), Imbert (Thèse de Montpellier, 1927), Bethoux (*Presse médicale*, 1929, et *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1930), Sialom et Setbon, Ben Mussa et Sfez en Tunisie, Conseil et Minguet, Roger (*Marseille médical*, 1931) avaient rapporté des cas de fausses tuberculoses à mélitocoque.

La fréquence relative de ces cas est donnée par Salan : Du 1^{er} janvier 1926 au 1^{er} mai 1931, 64 cas de fièvre ondulante ont passé par les hôpitaux de Nîmes. Parmi ces 64 malades, douze d'entre eux avaient allure de tuberculeux pulmonaires. Nos observations personnelles pendant les années 1930-31 nous ont montré deux cas où l'erreur de diagnostic fut vraiment excusable. Il est vrai que dans l'un d'entre eux le traitement antituberculeux fut poussé jusqu'à l'établissement du pneumothorax. Le collapsus pulmonaire fut, dans ce cas, arrêté après constatation d'un sérodiagnostic positif à 1/200 pour le *B. melitensis*, l'absence persistante du bacille de Koch dans l'expectoration.

Il faut retenir de tout ceci qu'une infection, la brucellose, prend figure de tuberculose pulmonaire ; penser à la brucellose possible quand les examens de crachats répétés, chez un malade qui semble être tuberculeux, sont constamment négatifs pour le bacille de Koch ; quand le résultat de l'examen radiologique ne se superpose pas au résultat de l'examen clinique — ce dernier faisant soupçonner de grosses lésions d'infiltration ou d'ulcération alors que l'écran montre la transparence du parenchyme.

Intradermo-réaction à la mélitine, sérodiagnostic, hémoculture, permettront de faire un diagnostic exact, et nous ne saurions trop répéter que le piège est très souvent tendu au clinicien, par les brucelloses trompeuses qui simulent la tuberculose.

Le professeur Tanon (*Congrès d'hygiène*, Marseille, 1932) a d'ailleurs montré que le masque

pseudo-tuberculeux est pris par les septicémies à bacille de Bang aussi bien que par nos septicémies méridionales à *B. melitensis*.

Notons en passant que le *B. melitensis* fut parfois trouvé, mais rarement, dans les produits d'expectoration, chez de pseudo-tuberculeux mélitococciques.

b. Fausses granulies, fausses méningites tuberculeuses, fausses tuberculoses externes. — Les brucelloses peuvent simuler non seulement la tuberculose pulmonaire évolutive, mais aussi la granulie, la méningite et diverses tuberculoses externes.

Roger cite en 1910 les observations de Conseil et Minguet, décrivant des fièvres ondulantes dont l'aspect simule la granulie. Le même auteur (*Marseille médical*, 1931) rappelle les cas de Desage, Pellerin, Vineta d'Oran, Lemaire d'Alger ; on avait le tableau clinique de la méningite tuberculeuse. Fréquente aussi est l'erreur qui prend pour des tuberculoses ostéo-articulaires les manifestations des brucelloses localisées aux jointures :

Spondylites prises pour mal de Pott (1) ;

Lésions chroniques du genou ou de la hanche prises pour coxalgies ou tumeurs blanches.

Nous avons dans nos observations deux malades dont l'un fut mis au corset plâtré, l'autre garda le genou immobilisé, qui l'un et l'autre étaient des mélitococciques.

L'adénopathie trachéo-bronchique (René Brocq), l'adénite cervicale, inguinale et médiastinale s'observent au cours des brucelloses, et ont l'aspect d'adénopathies bacillaires

Cantaloube a vu un abcès froid chondro-sternal, Burnet une ostéite chronique du sternum ; le pus de ces deux pseudo-tuberculoses contenait le *B. melitensis*. Même cas (abcès froid et ostéite du sternum) cité par A. Schwartz (*Paris médical*, mai 1922).

Nous avons observé une épидидymite suppurée chronique au cours d'une fièvre ondulante, un abcès froid cleido-sternal.

De quelles méthodes de diagnostic disposons-nous en présence de cas semblables ? Nous soupçonnons la brucellose — et le sérodiagnostic (agglutination) et l'intradermo-réaction positive à la mélitine nous apporteront une certitude.

Dans la méningite, qu'elle soit mélitococcique ou tuberculeuse, la seule formule du liquide céphalo-rachidien peut prêter à équivoque (taux d'albumine élevé, etc.) Mais dans la méningite à brucellæ le liquide céphalo-rachidien agglutine les

(1) Nous avons insisté sur les conséquences médico-légales de telles erreurs : JULLIEN, Fièvre ondulante et médecine légale (*Journal de médecine de Lyon*, novembre 1932).

brucellæ. En cas d'abcès froid, le pus contient, nous l'avons vu, le mélitocoque. Mais certaines discriminations sont extrêmement délicates. D'autre part, nous allons connaître les associations possibles entre le bacille de Koch et les brucellæ. A notre avis, il importe donc, et de rechercher la brucellose, en même temps d'éliminer aussi exactement que possible l'hypothèse de l'infection tuberculeuse. Il est donc nécessaire de demander :

L'inoculation au cobaye des exsudats pathologiques, épanchements articulaires, pleuraux, liquide céphalo-rachidien, pus, etc. ;

Epreuve de la cuti-réaction à la tuberculine ;

Epreuve de Vernes à la résorcine ;

Epreuve de floculation du sérum, en présence d'antigènes tuberculeux et d'antigènes mélitococciques.

B. — Association brucello-tuberculeuse.

Les deux infections, brucellose, tuberculose, se ressemblent. Nous constatons maintenant qu'elles s'assemblent aussi. L'étude du mélange de ces deux thèmes pathologiques, si voisins par leurs expressions quand ils évoluent séparément, devrait constituer un des chapitres les plus curieux de la pathologie générale.

Nous nous bornerons à exposer les faits tels que nous les avons observés.

Voici l'observation XII prise dans la thèse de Salan :

Un cultivateur de vingt-trois ans entre à l'hôpital Ruffi de Nîmes à la fin de janvier 1931. La maladie a débuté il y a trois mois par de l'inappétence et un point de côté; il a eu ensuite des maux de tête, des vertiges et de l'asthénie. Il ne souffre, en dehors de ces points, d'aucune douleur qui puisse faire penser à la mélitococcie. A l'entrée à l'hôpital, la température est de 38°6. Le diagnostic d'attente de typho-bacillose est inscrit, à cause d'un état typhique avec prostration. Le teint est terreux, le nez pincé, il a eu des sueurs matinales. La rate est grosse. Il existe de la rudesse et de la bronchophonie au sommet droit. Le sérodiagnostic est positif à 1/500 au melitensis. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats.

En février, on trouve des râles sous-crépitants au sommet gauche, l'état général est précaire ; il y a de la raideur de la nuque avec Kernig et raie méningitique, herpès labial.

Amélioré le 7 février, avec quelques signes persistants de méningite. Un examen radiographique le 10 février ne révèle rien d'anormal. Le malade sort amélioré le 23 février.

Il rentre le 4 mars. Il amaigri. On trouve toujours une grosse rate, la bronchophonie à droite, les sous-crépitants à gauche. La température est ondulante. La cuti-réaction à la tuberculine et à la mélitine sont négatives.

Le 2 mai, épanchement pleural à gauche : lymphocytose,

L'inoculation au cobaye de la sérosité pleurale est positive pour le bacille de Koch.

Le 2 mai, crise épileptiforme. Liquide céphalo-rachidien : lymphocytes, 30 ; albumine, 1,75 ; glucose, 0,15. Pas de bacilles de Koch.

Le malade succombe le 25 mai après une troisième crise. Pas d'autopsie.

Belle observation qui semble faite pour servir de transition entre les deux parties d'une étude sur les brucello-tuberculoses : pleurésie et probablement méningite tuberculeuses para-mélitococciques. C'est l'association de l'infection à brucellæ et de l'infection à bacilles de Koch.

* * *

Nous avons personnellement recueilli, au cours des années 1930-1931, les trois observations suivantes.

1° Une femme de trente-neuf ans est vue au cours d'une épidémie de grippe de l'hiver 1929. Maigre et cependant bien portante et sans rien de notable dans son passé, elle est mère de deux enfants vivants. Elle habite une maison obscure, au fond d'un vallon, et est alitée depuis trois semaines, fiévreuse avec une température oscillant entre 38° et 39°. Elle présente des signes de bronchite avec expectoration muco-purulente, de vives douleurs épigastriques et quelques douleurs à la nuque, tachycardie, amaigrissement, sueurs abondantes. Sérodiagnostic positif à 1/200 pour le melitensis. Le traitement par la trypaflavine intraveineuse ne donne aucune amélioration. Après un abcès de fixation qui évolue en douze jours, la température revient à peu près à la normale, l'appétit revient. La tachycardie persiste avec des signes de bronchite banale. Le teint reste blafard. A la fin de l'hiver, la malade encore affaiblie peut quitter son lit et sortir un peu. En février 1930, rechute. Vomissements, faiblesse extrême, perte de l'appétit, sueurs abondantes, température atteignant 39°. Quelques syncopes. Râles de bronchite à droite. Fin février, on note les signes d'un épanchement pleural de moyenne abondance à droite avec dyspnée vive. Sérodiagnostic positif à 1/500 pour le melitensis. La malade refuse un nouvel abcès de fixation. Elle tousse sans cesse et sous la clavicule droite on note l'apparition d'une bouffée de râles fins. Au début de mars, hémoptysie abondante. Examen des crachats (dispensaire antituberculeux de Largentière) : nombreux bacilles de Koch. Température élevée.

Décédée en avril 1930, à la suite d'hémoptysies à répétition, cachectique.

2° Le 21 novembre 1931, nous trouvons à P... un homme de cinquante-trois ans, cachectique et couvert de sueurs profuses, très dyspnéique et crachant abondamment. Il a fait toute la guerre dans le service armé, au front. Il est tombé malade en 1930 et a tenu le lit pendant six mois. Il avait des sueurs et douleurs généralisées et le sérodiagnostic était positif pour le melitensis. La température avait atteint 41° par accès. Le malade n'est jamais complètement rétabli et n'a repris qu'en parties ses travaux de cultivateur, souffrant toujours des lombes. En juillet

1931, il a commencé à tousser, cracher, maigrir et perdre l'appétit. Examen des crachats positif pour le bacille de Koch, sérodiagnostic positif pour le *melitensis* (dispensaire de Largentière).

En novembre 1931, l'état général est précaire. On note l'existence de signes cavitaires couvrant toute l'étendue du lobe supérieur pulmonaire gauche.

Hospitalisé à Joyeuse le 24 novembre.

Séro-agglutination positive à 1/250 (laboratoire A. Lumière, à Lyon).

Bacilles de Koch extrêmement abondants dans les crachats, associés à des cocci qui sont identifiés : staphylocoques d'origine probablement buccale (Lumière).

La température oscille entre 38°,2 et 39°,5. La cachexie progresse. L'expectoration prend le caractère de vomiques fétides. Le malade fait du melæna, un léger délire euphorique et succombe le 3 décembre 1931.

3° G..., boucher, cinquante ans, à J.

Bien portant, éthylique, a fait la campagne en 1918 en Orient sans paludisme. Son père est mort tuberculeux.

Il est tombé malade en octobre 1931, se plaignant de faiblesse générale, d'amaigrissement et de sueurs, sans algies notables. Sérodiagnostic positif à 1/500 pour le *melitensis*.

En février 1932, il tousse et expectore abondamment. L'amaigrissement progresse, aucun appétit. Signes cavitaires au sommet droit. Température entre 38°,2 et 39°,8. Présence de très nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Signes de ramollissement au sommet gauche.

Le malade succombe au progrès de la cachexie au début de mars 1932.

Après de telles observations, nous ne pouvons donc citer que pour mémoire l'opinion des auteurs (Hayat, Boulakia, Masselot) qui ont avancé que l'infection mélitococcique n'avait aucune influence sur la tuberculose pulmonaire, et que les mélitococciques ne deviennent que rarement tuberculeux ; que les deux maladies constatées chez le même sujet évoluaient pour leur propre compte. Dans son livre récent sur les *Fièvres ondulantes*, H. Violle ne parle pas en particulier de la coexistence des deux maladies, mais il note que lors de la convalescence des mélitococcies la tuberculose peut se greffer sur la brucellose. Il est ainsi d'accord avec Ben Mussa et Lemaire (d'Alger). Le premier a rencontré l'association de la fièvre de Malte et de la tuberculose, le second a vu que la fièvre de Malte réveille la tuberculose. Le cas de Ranquet Senez (cité par Roger, Formes cliniques de la fièvre de Malte, *Journal médical français*, 1929) concerne un malade dont l'hémoculture et le sérodiagnostic étaient positifs pour le *melitensis* et dont les crachats contenaient des bacilles de Koch. Le cas de Franchini (*Clin. méd. italiana*, août 1925) était celui d'un malade mélitococcique que l'autopsie montra porteur de lésions tuberculeuses. Au Congrès de médecine de Montpellier, en 1929, Jambon et Balmès ont montré par deux observations démonstratives

que la mélitococcie commande et fait le lit de la tuberculose qui achève le malade.

Tout récemment Goldewski (*Médecine générale française*, décembre 1932) cite trois cas de fièvre ondulante traînante ayant abouti l'un à une tuberculose pulmonaire évolutive mortelle, deux à des abcès froids cervicaux.

* * *

Une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive, ulcéreuse et cachectisante se greffe donc dans environ 5 p. 100 des cas sur des brucelloses en apparence banales. Le pronostic de ces tuberculoses est fatal et le malade est emporté en quelques mois. La brucellose peut donc prendre le masque de la tuberculose pulmonaire, ou bien éveiller et aggraver une véritable tuberculose. Le médecin doit être averti. Il ne doit pas se laisser leurrer. Il nous semble que s'impose l'examen bactériologique fréquent des crachats des mélitococciques qui présentent des signes pulmonaires suspects. Et surtout que les malades atteints de fièvre ondulante soient considérés comme menacés par la tuberculose. Les mettre dans des conditions d'hygiène parfaite, surveiller attentivement la marche et l'évolution de leur maladie, lutter contre le fléchissement de l'état général, n'autoriser la reprise de la vie en commun et du travail qu'après un examen radiologique : c'est la conclusion pratique que nous devons tirer de ces notes sur la brucello-tuberculose pulmonaire.

La méningite tuberculeuse a terminé une fièvre ondulante, d'après l'observation de Salan que nous avons citée en tête de ce chapitre. L'observation XXII de la thèse de Gorolenko (Montpellier, 1910) et un cas de Roger rapportent la même évolution de brucellose vers la méningite bacillaire.

Une malade de Plazy et J. Longchamp (*Médecine générale française*, décembre 1932) atteinte d'une pyrexie sans caractères, présentant un séro de Wright positif à 1/200 au *melitensis* et une intradermo également positive à la mélitine, succombe à une méningite tuberculeuse.

Des tuberculoses externes (mal de Pott, observation de Roger chez un ancien mélitococcique; arthrite maltaise devenue tuberculeuse, cas d'Ollmer et Massot, in *Revue médicale de France et des Colonies*, juin 1925) peuvent également se greffer sur des mélitococcies.

Goldewski nous apporte (*loc. cit.*) deux cas d'abcès froids tuberculeux du cou, sept cas de lésions péritonéales, avec vérification par biopsie opé-

ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE
DES
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

—
CRINOCARDINE
LALEUF

“ HORMONE CIRCULATOIRE ”

A BASE
D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS

DE
MYOCARDE
PANCRÉAS
FOIE
REIN
MUSCLE STRIÉ

—
AMPOULES BUVABLES

—
ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15^e

CASALDYL

GRANULÉ A BASE DE CASÉINE FORMOLÉE

■
TOUTES DIARRHÉES
banales ou symptomatiques

ENTÉROCOLITES
chroniques

INFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
FERMENTATIONS SECONDAIRES
FÉTIDITÉ DE L'HALEINE

■
ADULTES 1 à 4 cuillerées à café } avant ou entre
ENFANTS Demi-dose. } les repos
NOURRISSONS.. Un quart de cuillerée à café avant une tétée
sur deux, dans un peu d'eau bouillie.

PRIX: 9Fr. LE FLACON

LABORATOIRES DU D^r ROUSSEL. 89, RUE DU CHERCHE-MIDI
PARIS (VI^e)

ratoire de leur nature tuberculeuse succédant à des mélitococcies authentiques. Nous avons publié nous-même deux cas (*Société de médecine de Marseille*) d'ascite au cours de la fièvre ondulante, et rappelé à ce propos deux cas semblables apportés par Jambon et Balmès à la Société des sciences médicales de Montpellier (1923) : brucellæ et bacille de Koch créent un syndrome péritonéal exsudatif et le diagnostic différentiel entre une étiologie ou l'autre est extrêmement délicat.

Il s'agit là de formes graves et de tuberculoses aiguës ou subaiguës. La cuti-réaction à la tuberculine est *constamment* négative chez les mélitococciques porteurs de lésions pulmonaires tuberculeuses. Mais on ne peut donner à cette réaction d'« anergie » une valeur quelconque pour le diagnostic de l'évolution d'une tuberculose chez les malades atteints de brucellose. En effet, l'« anergie »* (absence de réaction à la cuti tuberculine) s'observe souvent au cours des périodes fébriles des brucelloses, comme on l'observe couramment au cours de bien d'autres maladies infectieuses — il s'agit là d'une sorte d'interférence entre les réactions humorales dans les infections, ou, si l'on veut, d'une paralysie des mécanismes de défense, dont on ne peut actuellement tirer aucune indication sûre.

Mais au cours de l'évolution de brucelloses chroniques dont l'allure était singulièrement torpide, chez des sujets à peu près apyrétiques, nous avons systématiquement étudié le résultat d'intradermo-réactions à la mélitine et de cuti-réactions à diverses tuberculines et noté, chez des sujets dont le sérum agglutine fortement le mélitensis (à plus de 1/100), des réactions nettes à la mélitine et extrêmement vives, précoces et persistantes aux tuberculines.

Ces observations nous ont fait soupçonner l'existence des *brucello-tuberculoses chroniques*.

Brucelloses résistantes et brucello-tuberculoses extrapulmonaires chroniques.

Il est un point sur lequel les auteurs qui tout récemment ont décrit les fièvres ondulantes (Violle, *La Fièvre ondulante*, 1931 ; Louis Ramond, *Diagnostic et traitement de la fièvre de Malte*, 1932) négligent de mettre l'accent : la durée de la maladie, qui tantôt évolue dans un temps relativement court, et guérit cliniquement sans séquelles, tantôt s'installe, s'éternise et passe à la chronicité. Les cas du premier groupe, très sensibles aux actions thérapeutiques les plus diverses, ou guérissant seuls, s'opposent nettement aux cas du second groupe, qui résistent à tous les remèdes.

Tous les observateurs, en présence d'un malade atteint de brucellose récente, savent qu'il est impossible de prévoir quelle sera l'évolution ou la durée de l'infection. Tantôt un succès très brillant et rapide suit l'administration des agents thérapeutiques quels qu'ils soient : électargol, gonacrine, tryptaflavine, sérosité d'un vésicatoire, auto-hémothérapie, bismuth, quinine, sulfarsénols, arsénobenzols et surtout vaccins spécifiques ou autovaccins contenant des souches de brucellæ. La fièvre tombe, les douleurs et les sueurs disparaissent, le malade se rétablit. Dans des cas plus heureux encore, un simple changement d'air ou l'abstention de toute thérapeutique sont suivis de la guérison. Nous savons de ces malades, cliniquement guéris, qu'ils conservent longtemps une séro-réaction positive et que l'intradermo-réaction à la mélitine reste chez eux également nette. Mais ils sont perdus de vue et il faut bien admettre que s'ils restent porteurs de germes, ils sont *probablement* indemnes de séquelles éloignées de la mélitococcie.

Par contre, et dans des cas très nombreux que nous évaluons à 60 p. 100, tous les essais de traitement n'aboutissent qu'à des échecs. L'infection est résistante « à tout », particulièrement aux vaccins antimélitococciques. La fièvre ondulante persiste, les diverses algies ne sont pas influencées, l'anémie s'accroît, le malade devient un infirme, et s'il a dépassé la cinquantaine, se cachectise.

La **phtisie mélitococcique**, dont Cantaloube a laissé une description si exacte, si voisine de la phtisie tuberculeuse ou de la cachexie des cancéreux, ne se distingue de ses deux sœurs que par sa durée, pour ainsi dire indéfinie. Les malades sont pareils à des cadavres dont le cœur continuerait à battre. D'autres malades moins atteints sont définitivement perdus par une sorte de rhumatisme chronique qui atteint surtout le rachis, les hanches ou les genoux. D'autres font ces complications parfois tardives décrites magistralement par Roger sous le terme de neuro-mélitococcies. Il n'est donc pas permis de parler ni de la curabilité facile, ni de la bénignité même relative des brucelloses.

Comment expliquer cette « résistance » singulière de certaines brucelloses ? Virulence particulière du germe causal, moindre résistance du malade à l'infection ?

Le pseudo-rumatisme chronique infectieux post-mélitococcique est actuellement très fréquemment observé dans le Midi de la France et en particulier sur les pentes sud-est du Massif Cévenol ; on le définirait volontiers ainsi : une ostéo-arthrite chronique, ankylosante et souvent

accompagnée de néoformations osseuses, frappant le rachis (spondylite) et les racines des membres (hanches, épaules), quelquefois les genoux. Il s'accompagne de douleurs locales ou à distance (compressions nerveuses), d'altération de l'état général, et crée des invalidités définitives importantes. Chez les malades qui en sont porteurs, l'indice de sédimentation globulaire est toujours anormalement élevé, comme dans tous les cas de rhumatisme chronique infectieux (Forestier). La séro-agglutination de Wright pour les brucellæ est fortement positive, de même que l'intradermo-réaction à la mélitine.

Devant des cas semblables nous nous sommes posé le problème de l'étiologie et de la pathogénie de ces pseudo-rhumatismes, et nous n'avons pas pu ne pas évoquer la ressemblance qu'ils présentent avec le rhumatisme tuberculeux de Poncet. Il fallait donc admettre une nouvelle parenté clinique entre brucellose et tuberculose.

Poussant plus loin notre analyse, nous nous sommes demandé si l'infection à brucellæ n'évoluait pas sur un terrain tuberculeux torpide (tel qu'il est défini depuis la connaissance que nous avons des tuberculoses dues aux formes filtrantes ou non acido-résistantes du bacille de Koch) pour en arriver à ces syndromes chroniques. Nous avons eu alors connaissance des travaux de M. Vingtangelo Nalli, médecin de l'hôpital italien de Tunis (*Tunisie médicale*, 1931), qui écrit que les formes rebelles de la fièvre ondulante sont des formes qui évoluent sur le terrain d'une tuberculose latente ; que le facteur d'arrêt de la guérison de la fièvre ondulante c'est très souvent le terrain tuberculeux sur lequel elle évolue. L'auteur italien montre ensuite l'efficacité de la vaccination antituberculeuse qui modifie heureusement la marche des brucelloses chroniques. Nous avons donc recherché systématiquement dans une dizaine de cas de pseudo-rhumatisme chronique succédant à la melitococcie :

1° Les réactions à la tuberculine (cuti), qui fut dans tous les cas très fortement positive ;

2° L'épreuve à la résorcine de Vernes, dans cinq cas fortement en faveur de l'infection tuberculeuse ;

3° L'épreuve thérapeutique (allergine, sérum de Jousset, cuti-vaccination à la tuberculine diluée).

Dans 8 sur 10 des cas cette dernière méthode nous a donné des améliorations remarquables, en particulier la disparition d'algies rebelles lombosacrées, sciatiques, qui avaient résisté à tous les traitements (chimiothérapie, électrothérapie, diathermie, cures thermales).

De tels malades tirent également bénéfice de l'aurothérapie, en particulier du traitement par l'allochrysine (méthode de Forestier).

La clinique, les épreuves de laboratoire (auxquelles manquent les épreuves qui auraient fait apparaître le bacille de Koch), les tests biologiques, les essais thérapeutiques nous permettent-ils de conclure à la nature brucello-tuberculeuse de certaines formes chroniques de l'infection à brucellæ ?

Nous posons la question sans avoir la prétention de la résoudre. Mais au problème des points de contact qui existent entre tuberculose et rhumatisme, problème que les travaux de Lewenstein ont mis au premier plan de l'actualité, nous proposons de joindre le problème du rhumatisme, des brucelloses et des tuberculoses.

L'étude des infections à germes associés est à peine ébauchée. Et la pathologie générale doit s'enrichir des travaux qui se proposeront d'élucider les actions et réactions très complexes dont un organisme touché par plusieurs espèces différentes de pathogènes doit être le siège. Ce sont peut-être ces travaux, dont nous ne pouvons même pas esquisser le plan, qui donneront l'explication de tant de mystères qui existent encore, touchant la marche, l'évolution, la forme des tuberculoses, des rhumatismes et des brucelloses.

Anatomie pathologique. Réactions cellulaires et humorales.

Il n'est pas sans intérêt de noter les réactions cellulaires et anatomo-pathologiques de l'organisme infecté, soit expérimentalement, soit pathologiquement, par les brucellæ (*Brucella Bang* et *Brucella melitensis*).

Burnet montre que sur la rate et le poumon de cobayes infectés expérimentalement on trouve des nodules, présentant à leur centre des ramollissements caséux et de véritables cellules géantes.

La tuméfaction de la rate, qui prend l'aspect bosselé de la rate tuberculeuse et des ganglions lymphatiques, aboutissant parfois à la fonte caséuse, des taches blanches sur le foie, les vésicules séminales, l'orchite, les synovites, l'hygroma, ont été observés chez l'animal, ainsi que les mammites, par Bang, Boyd, Delez, Fitch et Burnet.

Hayat a observé l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques chez l'homme. L'orchite, l'épididymite, sont suivies parfois de nécrose et de suppurations.

L'ostéite du crâne, du tibia, du fémur (Bault, *Gazette des hôpitaux*, 25 août 1910), du sternum,

des côtes (Cantaloube), des abcès ossifluents (Jambon et Duponnois) ont été vus dans l'infection humaine à *Br. melitensis*.

Roger a noté un cas de faux mal de Pott méli-tococcique avec pincement des disques et érosion des corps vertébraux.

Le liquide céphalo-rachidien, qui a un pouvoir agglutinant pour les brucellæ, a donné au cobaye inoculé expérimentalement une péritonite à *melitensis* (Roger).

Sa formule typique est : lymphocytose, xanthochromie, augmentation du taux du glucose et de l'albumine, ce dernier parfois très considérable (5,60 d'albumine, cas de Lemaire).

On pourrait donc dire que sous les analogies cliniques qui existent entre les deux maladies, brucellose et tuberculose, la signature anatomopathologique des brucelloses est comme une contre-écriture de la griffe des tuberculoses.

Expérimentation.

M. T. de Sanctis Monaldi (*Société de biologie de Paris*, 4 juin 1932) vient de montrer que chez les cobayes tuberculeux (chez lesquels l'hémoculture selon la méthode de Lœwenstein n'est positive pour le bacille de Koch que dans un nombre de cas relativement restreint : 16,6 p. 100), une infection aiguë provoquée à bacille de Bang est capable de mobiliser le bacille de Koch et le fait passer plus fréquemment dans le sang.

Le même auteur et M. Ninni montrent également que le BCG confère aux cobayes une résistance très nette contre l'infection subaiguë à bacilles de Bang. Cette résistance se manifeste non seulement par une diminution de mortalité (50 p. 100), mais aussi par une élimination ou une destruction rapide et complète du bacille de Bang dans l'organisme.

L'étude des phénomènes d'allergie permet de saisir une analogie encore plus étroite entre les deux thèmes pathologiques.

Phénomènes d'allergie dans les brucelloses et dans les tuberculoses.

« La sensibilité, plus particulièrement celle qui se manifeste vis-à-vis des tuberculines et qui n'apparaît que chez les sujets dont l'organisme est parasité depuis plus ou moins longtemps par le bacille tuberculeux, se révèle à nous par ce que, depuis les travaux de Pirquet, nous dénommons l'allergie tuberculique. Cette allergie traduit à la fois l'infection bacillaire déjà installée et l'intolérance vis-à-vis des surinfections, c'est-à-dire l'immunité antituberculeuse.

« Les caractères très singuliers de cette immunité antituberculeuse sont différents de ceux de l'immunité contre la plupart des autres maladies microbiennes : diphtérie, tétanos, choléra, peste, fièvre typhoïde, etc. Pour celles-ci, l'état réfractaire est lié, soit à la maladie elle-même spontanément guérie, soit à une imprégnation artificielle de l'organisme par les produits qui résultent de la digestion intracellulaire des microbes ou de l'accoutumance aux toxines produites par ces microbes dans nos milieux de culture.

Dans l'infection bacillaire, il n'y a immunité, ou plus précisément résistance aux surinfections, que si le sujet demeure parasité par quelques éléments du parasite spécifique. C'est exactement ce qu'on observe aussi dans certaines maladies dues à des protozoaires, au tréponème de la syphilis, ou à certaines autres maladies microbiennes : brucelloses (Calmette : Robert Koch, *Presse médicale*, 9 mars 1932).

D'autre part, les septicémies aiguës à brucellæ exercent sur les réactions d'allergie tuberculique un pouvoir d'inhibition : ce même pouvoir a été observé au cours de diverses maladies infectieuses. Mais il faut noter que, si les malades atteints de fièvre ondulante sont en même temps atteints de tuberculose évolutive pulmonaire, la disparition de l'allergie tuberculique (négativité de la réaction de von Pirquet) confirme la gravité du pronostic (Sollier).

Il résulte de ces considérations que les produits d'origine bacillaire, en particulier bacille de Koch et brucellæ, confèrent aux liquides humoraux une propriété de type anaphylactique, rendue manifeste par l'intradermo-réaction à la mélitine (Burnet, Sollier), la cuti-réaction à la tuberculine.

L'allergie est une immunité de refus (A. Lamière) et marque un état anaphylactique et une certaine résistance à toute nouvelle inoculation.

Le fait est d'autre part digne de remarque que « dans la fièvre de Malte l'organisme se trouve fréquemment en état d'anergie (de suspension de réactions allergiques) vis-à-vis d'autres antigènes : la tuberculino-réaction peut être suspendue pendant le cours de la maladie (Ollmer, Sollier).

Entre la tuberculino-réaction et la mélito-réaction, le parallèle est étroit (V. de Lavergne, *Allergie et anergie en clinique*, 1 vol., G. Doin, 1931).

Nous savons d'autre part qu'en dehors de tout accident de tuberculose cliniquement appréciable, 80 à 90 p. 100 des adultes ont été sensibilisés et présentent une cuti-réaction positive à la tuberculine.

Et nous relevons une nouvelle similitude entre les réactions humorales des tuberculoses et des brucelloses en rappelant que dans les régions où sévit

l'endémo-épidémie à brucellæ, 83 p. 100 des sujets en apparence sains, mais exposés au contact des troupeaux contaminés, présentent une intradermo-réaction positive à la mélitine (Sollier).

Il importe certainement que soit poussée plus loin l'étude des phénomènes dits d'allergie. Le résultat positif d'une cuti ou d'une intradermo-réaction manifeste la sensibilisation de l'organisme vis-à-vis d'un antigène spécifique. C'est une véritable réaction de refus de l'organisme, comme l'a dit excellemment Auguste Lumière.

L'organisme allergique peut-il dans tous les cas être considéré comme infecté ou comme simplement anaphylactisé par l'imprégnation non pas de germes vivants, mais de corps microbiens, de leurs protéines ou de leurs toxines?

Quelles sont les réactions de ce terrain anaphylactisé en présence de germes différents des germes ou des protéines qui ont créé l'état allergique?

Problèmes très importants à notre avis et dont nous n'avons pas la solution.

Brucelloses occultes et tuberculoses occultes.

C'est ici le lieu d'insister sur des tuberculoses occultes (nous voulons parler des sujets cliniquement sains qui présentent une cuti-réaction positive à la tuberculine, soit 80 à 90 p. 100 des adultes en milieu urbain) et de les rapprocher des brucelloses occultes.

Les animaux (chèvres, brebis, vaches) supportent « allégrement » les microbes (brucellæ) (H. Violle, La fièvre ondulante, *loc. cit.*). Ils ne donnent la plupart du temps aucun signe de maladie, et l'avortement ne se produit souvent qu'une fois dans la vie de l'animal (50 à 90 p. 100 des cas : Sollier).

Les recherches de laboratoire dans les régions infectées par les brucellæ ont montré qu'il existe un très grand nombre de sujets humains en apparence absolument sains qui ont certainement subi la contamination par le *B. melitensis* ou le *B. abortus* de Bang.

Au Danemark, Kristensen (*Congrès de pathologie comparée*, Paris, 1931) distingue parmi les porteurs de germes :

- a. Les convalescents de maladie à brucellæ ;
- b. Les sujets qui sont exposés par leur profession à être infectés par le bétail : bergers, bouchers, vétérinaires, garçons de ferme ;
- c. Les personnes qui vivent en contact avec les malades humains.

Chez un grand nombre de ces sujets porteurs de germes et absolument sains, la séro-agglutina-

tion de Wright et la réaction de fixation du complément ont été trouvées positives pour les brucellæ. Kamacta (Prague) a trouvé que 25 p. 100 des sérums de femmes provenant de pays contaminés agglutinaient *B. abortus*. En Suède, 10 p. 100 des sérums de sujets sains agglutinent ce même germe (Olin). 30 p. 100 des sérums de vétérinaires, bergers, garçons de ferme en apparence bien portants agglutinent ou donnent des réactions de fixation de complément positives (Axel Thomsen). Ces faits sont confirmés pour leurs pays où règne l'endémie à *B. abortus* sur les bovidés par Huddelson, Johnson, Lentze.

Dans les régions méridionales où sévit *B. melitensis*, Dubois et Sollier ont pratiqué l'intradermo-réaction à la mélitine sur des sujets sains, exposés au contact des troupeaux.

Ils ont trouvé :

- Sur les bergers 83 p. 100 de réactions positives ;
- Sur les vétérinaires, 40 p. 100 ;
- Sur les ouvriers de ferme, 10 p. 100.

Essai de synthèse.

Nous avons précédemment démontré (Les formes des Brucelloses, Congrès d'hygiène méditerranéenne, Marseille, 1932; *Presse médicale*, 1933) que, de même que l'organisme des animaux de ferme, l'organisme humain est relativement peu sensible à l'infection pure à brucellæ. Notre thèse s'appuie sur la connaissance des cas de porteurs de germe sains et de brucelloses occultes, sur la bénignité de 30 p. 100 des cas de brucellose aiguë.

Mais l'état d'« allergie », créé par l'infection à brucellæ, surtout quand cette infection tombe sur des sujets âgés, débilisés, infectés par d'autres pathogènes, appelle la surinfection, et la surinfection ou infection secondaire crée la résistance, le polymorphisme clinique, la tendance à la chronicité des brucelloses.

Le complexe infectieux brucello-tuberculeux nous apparaît donc comme un cas particulier de la pathologie générale des infections à brucellæ. Nous connaissons les associations brucellose-paludisme, brucellose-syphilis, brucellose-typhoïde, brucellose-strepto-staphylococcie, etc. L'intérêt de la brucello-tuberculose s'accroît du fait que les deux germes (très différenciés bactériologiquement) entraînent, quand ils agissent séparément sur l'organisme, des réactions cliniques, anatomo-pathologiques, biologiques et humorales curieusement semblables, et cette similitude rend tout à fait attachante l'étude de leur association.

Il faut dire aussi que l'organisme humain est

MÉDICATION BIO-ÉNERGÉTIQUE COMPLÈTE

IONYL

== COMPLEXES PHOSPHO-MARINS ==
COMBINAISONS PHOSPHO-GLYCÉRIQUES
= DU MANGANÈSE ET DU MAGNÉSIUM =
BIO-CATALYSEURS MÉTALLIQUES NATURELS

RÉSULTATS IMMÉDIATS

INNOCUITÉ ABSOLUE

ÉTATS DÉPRESSIFS

Toutes les Asthénies
Surmenage
Troubles fonctionnels hypo

SÉNILITÉ

Usure - Scléroses
Auto-intoxication
Anoxémies - etc.

ALCALOSE

Phosphaturie
Manifestations arthritiques
etc., etc.

VINGT GOUTTES AUX REPAS

Échantillons Gratuits : Laboratoires "LA BIOMARINE" à DIEPPE

Dosage - Pureté - Activité - Sécurité

PRODUITS HOUDÉ

*Prescrire les PRODUITS HOUDÉ, c'est,
pour le Médecin, la double garantie d'un bon
résultat constant et d'une sécurité absolue.*

IRRÉGULARITÉS
CARDIAQUES

SPARTEÏNE HOUDÉ
granules à 2 centigrammes — 3 à 8 pro die

AFFECTIONS
HÉPATIQUES

BOLDINE HOUDÉ
granules à 1 milligramme — 3 à 6 pro die

CONSTIPATION
ANOREXIE

ALOÏNE HOUDÉ
granules à 4 centigrammes — 2 à 4 pro die

RHUMATISMES
::: GOUTTE :::

COLCHICINE HOUDÉ
granules à 1 milligr. — dose maximum 4 granules

HÉMORRAGIES
::: UTÉRINES :::

HYDRASTINE HOUDÉ
granules à 2 milligrammes — 4 à 8 pro die

AGITATION NERVEUSE
PARKINSONNISME

HYOSCIAMINE HOUDÉ
granules à 1 milligramme — 2 à 6 pro die

La Nomenclature complète des Produits HOUDÉ est envoyée sur demande

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATIS ET FRANCO
— 9, Rue Dieu — PARIS (X^e) —

relativement résistant au bacille tuberculeux. Quelle que soit l'opinion qu'on ait des modes de transmission de la tuberculose on peut avancer que si nous ne succombons, pas tous à cette maladie, ce n'est certes pas que les survivants aient jamais été à l'abri des germes. Pourquoi et comment les barrières de la résistance au bacille de Koch sont-elles rompues chez certains sujets, pourquoi chez les uns la maladie suit-elle une marche irrémédiablement destructive, pourquoi chez d'autres s'arrête-t-elle? Certaines de ces causes inconnues d'invasissement ou d'arrêt de la tuberculose, les trouverions-nous, comme parfois il nous le semble, dans de graves modifications du « terrain » dues à des infections secondaires nées parfois sur des points de l'organisme très éloignés des gîtes du bacille de Koch?

Développer les réponses que l'on peut faire à ces questions serait dépasser le cadre que nous avons donné à cette étude.

Conclusions.

1° Les brucelloses prennent souvent forme de tuberculoses. Distinguer entre les deux maladies ne peut être fait qu'au laboratoire.

2° Entre brucellæ et bacille de Koch il existe des ressemblances de réactions bio-pathologiques qui peuvent expliquer les convergences cliniques des deux maladies.

3° Les brucelloses confirmées sont mêlées aussi à de vraies tuberculoses. La confirmation du diagnostic d'une des maladies doit être complétée par l'élimination du diagnostic de l'autre.

4° La maladie mixte brucello-tuberculeuse présente un cas particulier des infections à brucellæ. Les brucelloses pures sont relativement bénignes, se compliquent en appelant ou exaltant des infections associées, notamment l'infection à bacille de Koch.

5° En présence d'une brucellose (fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne, fièvre ondulante, méliococcie), toujours songer à la tuberculose veut dire, en pratique, qu'il faut dépister très vite la brucellose, la soigner énergiquement, éviter l'éclosion de la tuberculose, et si celle-ci s'ajoute à la brucellose, ne pas manquer, s'il s'agit d'une forme pulmonaire, de porter un pronostic très sombre, et très réservé s'il s'agit d'une forme chronique.

TUMEUR DE LA RÉGION TEMPORO-OCCIPITALE AVEC CRISES DE « DREAMY STATE »

PAR

C.-I. URECHIA et Mme RETEZEANU

Les travaux de Kennedy, de Cushing, Horrax, Bogaert, etc., ont mis en évidence la valeur d'un complexe de symptômes, appelé par eux *dreamy state* (état de rêve), dans les tumeurs temporales. Nous n'entrerons pas dans les détails de ces symptômes assez bien connus aujourd'hui, nous limitant de relater un cas assez démonstratif.

F. Varga, quarante-six ans, entrée dans notre clinique le 24 août; sa mère a été souffrante de paralysie agitante; son père alcoolique; elle a eu treize frères dont huit sont en vie. Dans son enfance, paludisme. A eu trois enfants, dont un est mort peu de jours après sa naissance avec des accès d'épilepsie.

Cinq mois avant son admission dans notre clinique, opération pour goitre, goitre qui gênait la respiration. Le 2 août, pendant qu'elle se trouvait dans sa cuisine, ressent brusquement une sensation de pression dans la tête et tous les objets environnants lui paraissent étrangers, et pour se convaincre si elle se trouve ou non dans sa propre maison, elle traverse toute la maison, examine les meubles, touche les bibelots, ouvre les armoires, et — chose curieuse — tous les objets lui paraissent plus beaux, plus brillants, ou plus grands. Après peu de temps, elle revient brusquement, comme réveillée du sommeil, et reconnaît sa maison.

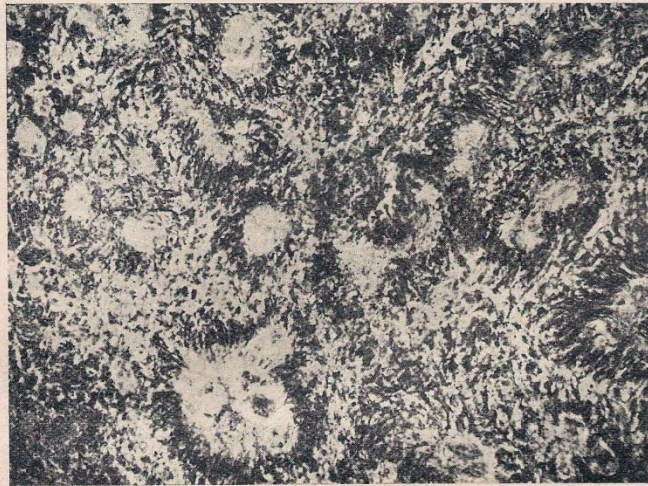
Ces bouffées hallucinatoires se répètent deux ou trois fois par jour. Deux semaines plus tard, ces hallucinations apparaissent une ou deux fois chaque heure, ce qui la détermine d'entrer dans notre clinique. Pendant qu'elle nous racontait ces histoires, elle accuse brusquement des brûlures dans l'estomac, une sensation de boule qui monte jusqu'à la gorge et lui gêne la respiration, sa conscience se trouble, elle est comme dans une crise d'extase, se lève avec les bras étendus, déambule dans la salle, sa face traduit des hallucinations visuelles agréables, et d'un air étonné nous décrit des tableaux et des figures qu'elle voit dans la chambre ou sur les murs: elle voit tous les objets en couleurs vives, des femmes en toilettes belles et brodées en or, des becs électriques colorés et scintillants, etc.

Quelques moments plus tard, la malade s'ar-

rête, s'assied, tient la tête entre ses mains, et accuse une sensation de pression et de gêne dans la région temporo-occipitale droite. L'hallucinoïse se dissipant, elle nous raconte que pendant cet état, elle est relativement consciente, mais qu'elle a une impulsion irrésistible de marcher, d'admirer ces impressions agréables, et que, tout à fait concentrée à ces hallucinations, elle n'est plus capable de donner attention aux questions qu'on lui pose ou à ce qui se passe pendant ce temps ; elle manifeste la peur de ne pas guérir de ces hallucinations. De constitution pyknique,

27 août. — La boule hystérioriforme a disparu ; la céphalée persiste. L'urine ne contient pas d'albumine, mais elle montre des éliminations intermittentes de sucre. La tension artérielle 15-8. La ponction lombaire est refusée.

3 octobre 1931. — Se sentant complètement bien depuis trois jours, elle quitte la clinique, et se comporte très bien jusqu'au mois de septembre 1932, quand elle devient de nouveau souffrante ; accuse de la céphalée, est anxieuse, et ne peut pas rester dans la chambre, car elle voit des vieilles femmes aux cheveux blancs, qui lui font



Région où l'on constate des pseudo-rosettes (fig. 1).

bien nourrie, un peu pâle, avec une légère tachycardie (100) relativement constante. Langue saburrale, inappétence, sensibilité diffuse à la pression abdominale ; température 37°,2. Rien aux pupilles, pas de nystagmus ou de paralysie des moteurs oculaires ; rien d'anormal à l'examen ophtalmoscopique. Pas de troubles des réflexes, de la sensibilité, de la motilité. La malade accuse de la céphalée insupportable, une douleur qui encercle le crâne et qui s'exagère pendant les crises hallucinatoires. Elle a des hallucinations visuelles fréquentes, qui se répètent à cinq ou dix minutes ; les médecins lui apparaissent changés, les murs s'ouvrent et se transforment en vitrines illuminées pleines de jolies choses. Pendant ces hallucinations, elle ne se rend pas compte de leur irréalité, et ce n'est qu'après qu'elle revient, qu'elle se rend compte qu'il s'agit d'hallucinations ; elle accuse en même temps de la céphalée, une sensation de suffocation et une crainte de mourir. Dans le reste, aucun trouble psychique.

peur ; elle est distraite, a eu plusieurs fois des vomissements, est inappétente, a de l'insomnie, des douleurs dans la région nasale. Bâillements fréquents ; pendant la journée, de la somnolence. Dans la ponction lombaire la tension est augmentée (42), l'albumine est légèrement augmentée (0,60) ; la lymphocytose, les réactions colloïdales, le Bordet-Wassermann sont négatifs. A l'examen ophtalmoscopique, névrite optique des deux côtés. Après la ponction lombaire, la céphalée a empiré ; la céphalée est surtout localisée dans la région temporale droite, et irradie dans les maxillaires supérieurs. La radiographie des sinus osseux du crâne et de la face ne montre rien d'anormal.

21 octobre. — Un nouvel examen ophtalmoscopique (professeur Michail) a montré une névrite optique œdémateuse ; température 36°,4 ; l'abdomen légèrement sensible à la pression ; pupilles légèrement mydriatiques avec les réactions conservées, nystagmus horizontal plus accusé quand la malade regarde à droite ; pendant les mouvements de

convergence, l'œil droit reste un peu en arrière. Les réflexes tendineux sont vifs et surtout du côté gauche où l'on constate aussi de la trépidation ; pas de réflexes pathologiques, pas de troubles de la sensibilité.

23 octobre 1932. — Pendant la marche surtout, on remarque une légère hémiparésie gauche, de même que des symptômes cérébelleux peu exprimés ; céphalée, vomissements cérébraux. La malade présente une humeur variable ; par moments indifférente, résignée avec le regard vague, quelquefois triste, quelquefois communicative, faisant des mots d'esprit, ou présentant des emportements ou des barrages subits. On constate de la bradypsychie, allant quelquefois jusqu'à l'inertie ; elle fait des efforts pour se remémorer les faits communs, les perceptions se font lentement, les associations d'idées aussi, l'attention surtout est peu soutenue, oubliant et exécutant mal ou incomplètement les ordres donnés. Dans les jours suivants on note un certain infantilisme psychique, affectation et caprices (intonation, attitude, mimique, réponses). Au moindre propos, elle éclate de rire, est expansive ; fait des calements, taquine les malades ou les médecins.

25 octobre 1932. — Nous l'envoyons de nouveau à la clinique ophtalmologique, mais, chemin faisant, elle refuse de continuer le chemin à pied, et demande à être amenée en voiture.

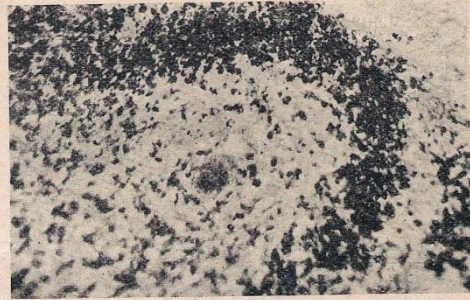
26 octobre. — Déclare spontanément entendre dans l'oreille gauche des sons de cloche ; n'a plus d'hallucinations visuelles, mais elle précise que les objets lui apparaissent auparavant agrandis, beaux et lumineux, avec un coloris vif. Ces hallucinations étaient panoramiques ou en mouvement ; elles étaient agréables en général, et apparaissent surtout quand elle regardait à droite. Elle n'a jamais eu d'hallucinations gustatives ; n'a eu qu'une seule fois des hallucinations olfactives (elle a senti des odeurs que son mari et ses enfants ne sentaient pas). Elle se rend compte qu'elles ont été de nature morbide. A l'examen oculistique on constate : à l'œil droit, névrite chronique, le contour papillaire un peu flou, les veines moins évidentes et peu sinueuses. Le contour de la papille gauche est peu distinct. L'acuité visuelle est bonne, hémianopsie temporale (homonyme).

29 octobre. — A eu un accès d'épilepsie tonique cérébelleuse dans la matinée et un autre le soir (accès de contraction tonique du corps, tête rejetée en arrière, les yeux regardant en haut, respiration stertoreuse ; pas de convulsions, d'émission d'urine, de morsure de la langue).

Le 2 novembre, nous transmettons la

malade dans la clinique chirurgicale avec l'indication : tumeur dans la région temporo-occipitale droite avec compression probable du lobe cérébelleux correspondant. La malade meurt subitement dans son lit, pendant la nuit.

A l'autopsie, nous avons constaté une tumeur étendue, dans l'hémisphère droit ; elle était molle, et d'une couleur grisâtre, intéressant la majorité du lobe temporal (à l'exception du pôle et de la région supérieure) et du lobe occipital ; elle atteignait l'insula et même sur une petite portion le ventricule latéral. A l'examen microscopique (pièces fixées au formol, ou formol bromuré, alcool et colorées avec les méthodes spéciales pour la névroglie, microglie, tissu collagène), on constate



Coloration au Scharlach, où l'on voit en noir, sur le cliché, une grande quantité de graisse (fig. 2).

qu'il s'agit d'un spongioblastome ou glioblastome. Dans cette tumeur en effet on rencontre des régions très vascularisées et d'autres où les capillaires sont relativement rares ; des régions où les nécroses sont étendues, avec des cavités kystiques microscopiques, des régions enfin où les spongioblastes sont nombreux, et d'autres où prédominent les autres formes cellulaires du glioblastome. La tumeur est constituée par des cellules jeunes, de nature embryonnaire ou revenues à un aspect morphologique embryonnaire, disposées en tourbillons, ou sous forme de faisceaux entrecroisés. Les noyaux sont ronds, ovaires, rarement allongés, quelquefois pâles, le plus souvent bien colorés. Les mitoses sont rares ; le corps cellulaire est arrondi, le plus souvent allongé, bipolaire, rappelant les cellules névrogliales jeunes.

Ces cellules s'insèrent souvent par une de leurs extrémités sur les vaisseaux, et constituent dans quelques régions des pseudo-rosettes vasculaires. Nous rencontrons aussi des spongioblastes unipolaires, des cellules d'aspect varié, et de rares cellules à plusieurs noyaux (petites cellules géantes). Dans quelques endroits enfin, des cel-

lules névrogliales hypertrophiées ou monstrueuses. Vers la périphérie on constate une sclérose conjonctivo-collagène assez prononcée ; à l'intérieur même de la tumeur nous rencontrons des régions où les fibroblastes et les fibres collagènes sont abondants. Sur les sections colorées au Scharlach et dans les régions avec nécroses et pseudorosettes on trouve une quantité énorme de graisse. Le pigment ferrique n'est pas trop abondant.

Notre cas, comme nous venons de voir, présente de l'intérêt par son côté clinique, car au point de vue anatomique les spongioblastomes ne constituent pas des raretés.

Notre malade, en effet, s'était présentée au début et pendant quelques mois sous un aspect qui nous laissait perplexes quant au diagnostic. Il s'agissait seulement d'hallucinations visuelles conscientes, accompagnées de céphalée, qui rappelaient peut-être des crises d'extase hystérique ; cette affection coïncidait du reste avec un traumatisme psychique (son mari était devenu chômeur) et l'examen ophtalmoscopique ne montrait aucune stase papillaire, et tout autre symptôme de compression ou de foyer était absent. Ces crises ont disparu en même temps que la céphalée, et la malade quitte la clinique après deux mois. Les symptômes reprennent après une acalmie de onze mois, quand elle revient avec les mêmes symptômes, et quand nous en constatons encore d'autres qui nous permettent de faire le diagnostic de tumeur temporo-occipitale.

Il s'est donc agi d'une première phase de quelques mois où l'on n'avait constaté que des hallucinations visuelles accompagnées de céphalée. Ces hallucinations apparaissaient brusquement, en pleine santé, avec une sensation de pression dans la tête, de boule qui montait de la région épigastrique jusqu'au cou, de brûlure épigastrique, ou même plus tard quand la céphalée devient persistante avec une exagération marquée de celle-ci. Immédiatement après cette aura sa conscience se trouble et se concentre dans des hallucinations visuelles avec des caractères plus ou moins spéciaux, qui rendent assez souvent à sa figure une expression d'extase. Elle voit de jolies choses et des personnes, quelquefois un peu agrandies, avec un caractère brillant, lumineux, et ce spectacle agréable, ces calopsies, la font quelquefois douter de leur existence réelle et la déterminent de les toucher pour s'en convaincre. Une chose très importante aussi était l'affirmation de la malade que ces hallucinations, dans une phase plus avancée de la maladie, apparaissaient surtout quand elle regardait à droite, et que de ce même côté le moteur oculaire était insuffisant

à la convergence et qu'elle présentait enfin une hémianopsie. Ces hallucinations visuelles sont peu animées, peu kynétiques, et quand elles se dissipent après une durée de quelques minutes (cinq à quinze), la malade devient complètement consciente de leur nature morbide, ce qui l'effraie beaucoup. Pendant les hallucinations, elle est tellement absorbée et concentrée qu'on peut difficilement et incomplètement obtenir une réponse ; pendant cette phase elle n'est pas consciente de l'irréalité de ces visions. Dans les derniers temps de sa vie seulement elle a eu quelques hallucinations visuelles terrifiantes. Dans la dernière phase aussi, des symptômes de foyer.

Ce cas constitue par conséquent un exemple éclatant de la valeur diagnostique de ces hallucinations visuelles aux caractères sus-cités, et confirme les observations des auteurs qui ont signalé ces symptômes et leur valeur localisatrice.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Pellagre et altérations endocrines.

Le clinicien danois Hess-Thaysen a montré que la pellagre se rencontrait encore aujourd'hui en Europe d'une manière sporadique. Il ne semble pas que ces cas soient dus à une carence en vitamine B², mais plutôt à une insuffisante assimilation de cette vitamine par suite d'altérations chroniques de l'intestin. S. J. THANNHAUSER (*Münch. medicin. Woch.*, n° 8, 24 février 1933, page 291) rapporte les observations avec illustrations à l'appui de quatre malades qui présentaient le syndrome commun suivant :

Troubles gastriques et intestinaux récidivants avec douleurs, coliques et diarrhée sans stéatorrhée ;

Troubles psychiques sérieux avec état de dépression et baisse des facultés intellectuelles ;

Anorexie et amaigrissement ;

Pigmentation de teinte brun sale sur tout le corps, et principalement aux endroits exposés à la lumière ;

Chute étendue des poils ;

Adynamie ;

Décalkification des os avec tendance aux fractures spontanées. Formation d'ostéophytes aux métacarpiens et aux os des phalanges ;

Altérations cutanées pellagreuses des mains et des pieds survenant d'une manière périodique, surtout au printemps et en automne.

C'est l'apparition de ces altérations pellagreuses qui permet à l'auteur de rattacher l'ensemble des troubles à leur cause véritable, mais, en raison des manifestations d'ordre glandulaire, Thannhauser se pose la question de l'origine première des lésions ; la cachexie est-elle la conséquence de la pellagre ? ou bien celle-ci au contraire est-elle survenue comme complication d'un amaigrissement extrême d'origine surrénalienne ou hypophysaire ?

M. POUMAILLOUX.

KOLAÏDINE
(LIQUIDE & GRANULÉ)

PACHAUT

à base de Kola fraîche

LABORATOIRES PACHAUT 150, B^{is} HAUSSMANN
PARIS

ARTRATE
BORICO-POTASSIQUE

PACHAUT

Traitement de l'Épilepsie

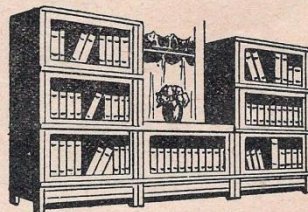
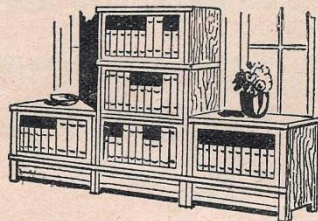
LABORATOIRES PACHAUT 150, B^{is} HAUSSMANN
PARIS

BIBLIOTHÈQUE
M. D.

9, rue de Villersexel, PARIS (VII^e) — Tél. Littré 41.28

BIBLIOTHÈQUES EXTENSIBLES et TRANSFORMABLES

Demandez le catalogue N^o 3 envoyé gratuitement avec tarif complet



FURNITURE DE TOUS MEUBLES SPÉCIAUX. — Devis sur demande.

PRÉCIS DE THÉRAPEUTIQUE

Par le D^r Paul CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

le D^r F. RATHERY

le D^r P. HARVIER

PROFESSEUR ET AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

1925. — Tome I. Art de formuler. Médications générales. — 1 volume in-8, de 640 pages.
Tome II. Physiothérapie, diététique, créno-climatothérapie. — 1 volume in-8, de 600 pages.
Tome III. Médicaments. — 1 volume in-8, de 600 pages.

Chaque volume.
Broché..... 40 fr.
Cartonné ... 50 fr.

Bibliothèque GILBERT et FOURNIER



(Ficus GADus OLeum)

**EXTRAIT DIRECT & INTÉGRAL
DU FOIE DE MORUE**

VIVIEN

VIN, CAPSULES, DRAGÉES

Le "FIGADOL" contient tous les principes actifs et toutes les **Vitamines** renfermées dans l'huile de foie de morue, — sans la matière grasse. — Contrôle expérimental.

Odeur et saveur masquées par le goût agréable du **Vin**, l'enrobage de **Gluten** des capsules ou l'enrobage de **Sucre** des dragées.

Parfaitement supporté par les adultes délicats et par les enfants qui le prennent avec plaisir.

L'iode organique, très facilement assimilable, que renferme le **Figadol**, en fait un excellent agent de la médication iodique.

6, rue d'Abbeville, 6, PARIS



GUIPSINE

aux principes utiles du **GUI**
Spécifique de l'Hypertension
NON vaso-constricteur

RÉGULATEUR du TRAVAIL du CŒUR

Diurétique, Antialbuminurique
Antihémorragique (Ménopause, etc.)
Antiscléreux

6 à 10 pilules par jour entre les repas.

Laboratoires du **D^r M. LEPRINCE**, 62, Rue de la Tour, PARIS (16^e) et toutes Pharmacies.

Régime des
Arthritiques, Goutteux, Rhumatisants

VICHY CELESTINS

BOUTEILLES ET DEMI-BOUTEILLES

Registre du Commerce Paris 30.051

Le Gérant : J.-B. BAILLIÈRE.

2448-33. — CORBEIL. Imprimerie CRÉTE.