

de grande importance. Existe-t-il quelques signes au sommet, ne nous engageons pas à la légèr dans l'affirmation d'une typho-bacillose! Certaines bronchites typhiques prédominant au sommet, de même qu'il n'est pas interdit à des typhiques Oberthiens de réveiller à l'un de leurs sommets un petit foyer de bacillose larvée jusqu'alors, ainsi que nous l'avons remarqué dans une observation (N. Fiesseinger, *Journal des Praticiens*, 15 décembre 1906). Il est donc nécessaire souvent d'apporter à la clinique le renfort des constatations de laboratoire. Gougerot conseille surtout d'inoculer 5 cent. de sang du malade dans le péritoine du cobaye: — ce procédé ne présente aucun inconvénient qui doit le faire réserver aux méthodes d'observation purement spéculatives. Les résultats de l'inoculation ne sont connus qu'après un laps de temps prolongé (environ un mois), et durant cette attente la clinique a bien le temps de dessiner une évolution qui autorise un diagnostic. Weill et Mouriquand ont utilisé une méthode plus rapide, c'est le procédé de la sangsue de Weill, Lesieur et Mouriquand. La technique en est simple:—après nettoyage de la peau, on applique 3 ou 4 grosses sangsues vierges, lavées. A l'about de 30 à 40 minutes, les sangsues se dégorgent, on exprime le sang ingéré dans un tube à centrifugeur. Ce sang aspiré par les sangsues offre l'avantage d'être incoagulable. On centrifuge et on étale le culot sur des lames que l'on colore au ziehl. Une autre technique est préconisée par Weill (de Lyon): — sectionner la moitié postérieure de la sangsue quand elle commence à être gorgée de sang; le tronçon antérieur reste fixé à la paroi, continue la succion (du sang incoagulable s'écoule en grande abondance 30 à 40 cc. par sangsue), et directement dans des tubes stérilisés: c'est le procédé de la sangsue "en fontaine". A l'aide de ce procédé, Weill et Mouriquand ont pu dans deux cas d'infection tuberculeuse aiguë à localisation méningée tardive, déceler la présence du bacille de Koch dans le sang. Ces techniques n'ont rien de très compliqué et comme tout praticien peut être monté et habitué à examiner des crachats de tuberculeux, il se trouve dans la mesure de diagnostiquer la typho-bacillose et par là de prévoir la deuxième poussée viscérale qui est d'autant plus grave qu'elle reste plus longtemps ignorée à son début.

In Jnal des Praticiens



Les ptoses viscérales et la diathèse d'asthénie

Sous ce titre, M. le Dr Morichau-Beauchant (de Poitiers) a traité, dans les *Archives médico-chirurgicales de province* (15 novembre 1909, No. 11), une des questions les plus intéressantes au point de vue de la pathologie générale. Nous sommes malheureusement un peu désarmés au point de vue thérapeutique contre un état morbide qui le plus souvent paraît congénital. Mais l'étude des conditions dans lesquelles il se montre n'en présente pas moins un très grand intérêt. Nous résumerons ici, en regrettant de ne pouvoir le reproduire plus complètement, ce travail qui dénote chez son auteur une profonde érudition en même temps qu'une critique médicale très éclairée.

Il est peu de symptômes aussi banalement rencontrés en clinique qu'un rein mobile, un estomac descendu et clapotant, un foie abaissé. Pendant longtemps on a attribué à ces phénomènes morbides des causes purement locales: constriction exercée par le corset, diminution de la pression intra-abdominale à la suite des grossesses, d'amaigrissement, etc. Cette pathogénie ne saurait plus nous suffire depuis les travaux de Tuffier, de Stiller, de Wolkow et Delitzin, d'Albu. Avec ces auteurs, nous devons admettre que les ptoses viscérales ne sont que l'une des manifestations d'un état morbide constitutionnel extraordinairement fréquent, d'*asthénie*, qui frappe l'organisme tout entier et dont nous allons voir se dérouler les multiples symptômes.

L'*asthénie* type se présente avec un *habitus* assez caractéristique pour qu'on puisse souvent le reconnaître de prime abord. C'est un sujet pâle, maigre, de taille, souvent supérieure à la moyenne. Les membres sont grêles, longs, sans saillies musculaires, les apophyses osseuses se sont pas saillantes mais arrondies dans leurs angles. Le cou est effilé, le thorax étroit et long. On note la disposition anguleuse des divers éléments du squelette, sensible surtout au niveau des épaules, et il est évident à première vue que chez ces sujets l'harmonie des formes telle que l'indiquent les canons de l'art n'existe pas (la taille dépasse le chiffre obtenu par la mensuration transversale du corps les bras étendus, elle correspond à plus de huit fois la hauteur de la tête.).

Mais examinons de plus près le thorax et l'abdomen. Le thorax est étroit et long. L'ouverture supérieure en est notablement rétrécie; il en est de même de l'ouverture inférieure. L'angle épigastrique est aigu; les espaces intercostaux sont larges. Un signe très important, qui même, d'après Stiller, est pathognomonique de l'état asthénique, est constitué par la mobilité de la dixième côte. Celle-ci résulte d'une malformation du dixième cartilage costal qui, au lieu de fixer solidement la côte, la laisse plus ou moins libre. Pour Stiller, la valeur de ce signe est tellement grande que d'après le degré de mobilité de la côte, on peut conclure au degré de l'affection. Il existe, alors que les autres modifications du squelette font défaut et permet de