

ment biochimique et pathogénique, mais également diagnostique.

D'une façon générale, lorsque le médecin observe chez un malade une coloration ictérique de la peau, c'est à la bilirubine qu'il pense et c'est ce pigment qu'il recherche dans l'urine et dose dans le sang. Les données de la littérature et les recherches de l'un de nous (G. B.) montrent que cette façon de procéder n'est pas toujours suffisante.

Sans insister sur l'intoxication picrique, rare par ailleurs, soulignons tout d'abord que la coloration jaune de la peau peut être déterminée par :

- 1) un trouble du métabolisme des caroténoïdes chez certains diabétiques,
- 2) l'urochrome ou des pigments voisins chez les urémiques.

Chez les ictériques en dehors de la bilirubine on peut trouver dans certains cas de la biliverdine aussi bien dans l'urine que dans le sang. En cas d'ictère hémolytique, l'urine peut contenir de l'uroérythrine, mais non de la bilirubine.

- 3) Enfin, dans certains cas d'ictères, même en dehors des cirrhoses, on voit des dépôts de mélanine dans le foie, dans la peau, ainsi qu'une apparition de ce pigment dans l'urine.

Chez la malade que nous vous présentons, l'urine ne contient pas de bilirubine, malgré une élévation certaine de la bilirubinémie. Ce fait n'est pas pour nous étonner. Dans l'espèce humaine la bilirubine n'apparaît constamment dans l'urine que lorsque la bilirubinémie atteint 50 mgr. ‰ ce qui n'est pas le cas de notre malade. D'autre part, l'urine de cette malade est foncée, noirâtre. Cette constatation est en faveur de la présence de mélanine dans l'urine.

Si vous voulez bien prendre en considération le fait que notre malade présente une mélanodermie très accusée surtout faciale, que son foie est hypertrophié, qu'elle est diabétique, on peut se demander s'il ne s'agit pas de diabète avec cirrhose du foie et troubles du métabolisme des mélanines, associés à un ictère bilirubinique dont la nature exacte ne nous est pas encore connue.

#### Discussion

*Dr E. Nizet.* — En étudiant avec le *Dr Barac* la localisation intrahépatique de la

bilirubine dans les foies des chiens rendus ictériques par ligature du cholédoque, j'ai pu observer sur des coupes la présence, non seulement de bilirubine, mais aussi de pigments mélaniques.

*Prof. Brull.* — Il serait intéressant de faire une biopsie cutanée chez cette malade et de rechercher la présence de fer.

*Dr Barac.* — Certainement. Cependant, la biopsie cutanée ne mettra pas nécessairement en évidence un excès de fer. D'autre part, la coloration particulière de la peau dans les mélanodermies n'est pas due aux dérivés de fer, mais le plus souvent aux mélanines.

*Dr Brakjer.* — Nous présenterons avec le *Dr Barac* à notre prochaine réunion une observation clinique qui aborde l'étude du problème des mélanines cutanées.

*Prof. Brull.* — Il serait utile d'étudier expérimentalement l'origine des mélanines hépatiques chez les chiens rendus ictériques par ligature du cholédoque et la façon d'empêcher le dépôt de ces pigments.

*Dr Barac.* — Je remercie le Professeur Brull de cette suggestion. Je pense que l'emploi de certains antioxygènes nous permettra d'avancer dans l'étude de ce problème.

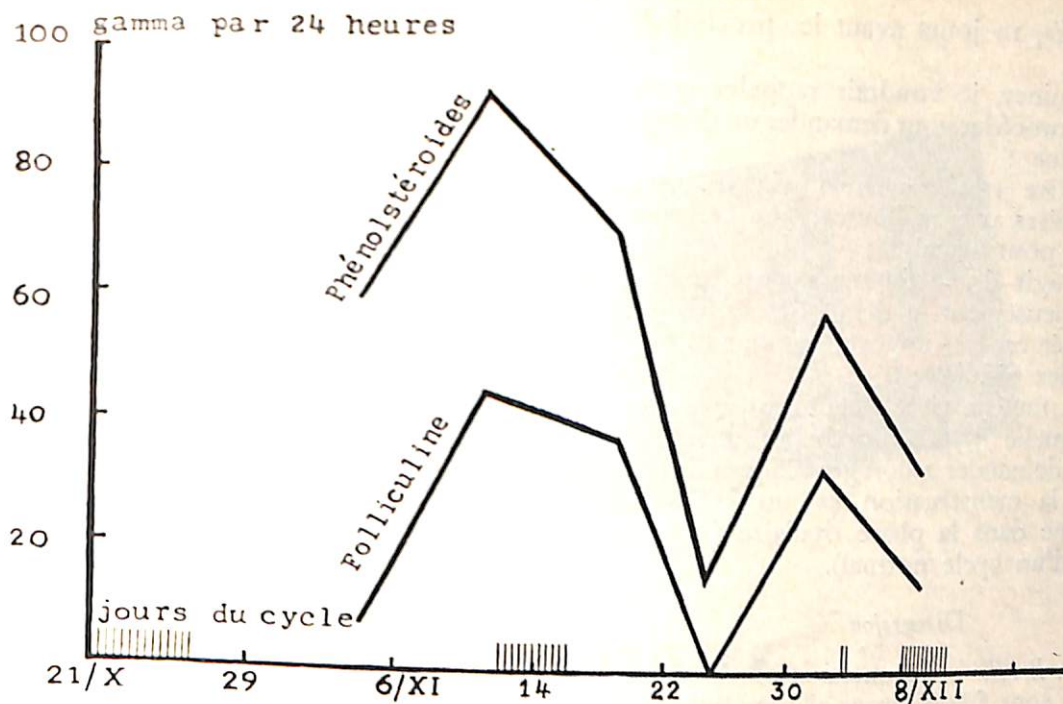
\* \* \*

#### Dyspepsie et migraine avec hyperfolliculinie, par Marcel Leclercq.

Une femme de 28 ans, sans antécédents pathologiques, consulte pour céphalées migraineuses, gonflement du visage, état dépressif marqué, troubles digestifs avec nausées et vomissements bilieux. Ces troubles coïncident régulièrement avec la fin de la période menstruelle. Les règles ont toujours été régulières, normalement abondantes, d'une durée moyenne de 5 jours. En dehors de la période menstruelle, la malade ne signale aucun trouble.

L'examen clinique est négatif, de même que les explorations radiologiques (estomac, transit intestinal, vésicule).

Nous avons effectué une série de dosages d'œstrogènes, suivant la technique de Jayle et Crepy (1950); les résultats sont indiqués sur le graphique : ils mettent en évidence une hyperfolliculinie nette, surtout pendant les menstruations (graphique).



Voici nos chiffres :

Dernières règles : 21-X au 26-X-51.

6-XI-51 :

Diurèse de 24 heures : 1,025 litre.

Folliculine : 7 gammas par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 60 gammas par 24 heures.

11-XI-51 :

Diurèse de 24 heures : 1,035 litre.

Folliculine : 45 gammas par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 93 gammas par 24 heures.

Dernières règles : 12-XI au 16-XI-51.

19-XI-51 :

Diurèse de 24 heures : 970 cc.

Folliculine : 38 gammas par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 70 gammas par 24 heures.

25-XI-51 :

Diurèse de 24 heures : 800 cc.

Folliculine : 0 gamma par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 15 gammas par 24 heures.

2-XII-51 :

Diurèse de 24 heures : 1,080 litre.

Folliculine : 33 gammas par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 58 gammas par 24 heures.

4-XII-51 :

Légères pertes de sang.

Dernières règles : 8-XII au 11-XII-51.

9-XII-51 :

Diurèse de 24 heures : 1,400 litre.

Folliculine : 14 gammas par 24 heures.

Phénoistéroïdes : 33 gammas par 24 heures.

Rappelons que chez une femme normalement réglée, la Folliculine urinaire varie de 0 à 30 gammas par 24 heures au cours du cycle : 0 à 5 gammas pendant la menstruation, 20 à 30 gammas à l'ovulation et la phase lutéale. Les Phénoistéroïdes (Estrogènes totaux) varient de 20 à 80 gammas par 24 heures, avec sommet à l'ovulation et pendant la phase lutéale.

Depuis les publications de Gilbert-Dreyfus (1949), on traite les syndromes hyperfolliculiniques par la thérapeutique mixte antagoniste Testostérone-Progestérone, pendant les 10 jours précédant la date présumée des règles.

Dans le cas présent, nous avons simplement administré, par voie perlinguale, deux comprimés de Testolutine Veride par jour, les 10 jours précédant les règles. La malade a été nettement améliorée. Elle a seulement présenté un peu de migraine, mais a travaillé normalement pendant la période menstruelle, ce qu'elle n'avait plus fait depuis un an. Ce traitement sera continué à la dose de 3 com.

primés *pro die*, 10 jours avant les prochaines règles.

Pour terminer, je voudrais rappeler comment il faut procéder pour demander un dosage de Folliculine :

1° connaître très exactement la quantité d'urines émises par 24 heures; 300 cc. sont nécessaires pour l'analyse;

2° s'il s'agit d'une femme encore réglée, noter soigneusement le début de ses règles. Cette donnée est très importante pour l'interprétation des résultats;

3° pour mettre simplement en évidence une éventuelle hyper ou hypofolliculinie, il suffit de demander 2 dosages : le premier au début de la menstruation (2<sup>e</sup> au 3<sup>e</sup> jour), le deuxième dans la phase ovulaire (vers le 13<sup>e</sup> jour d'un cycle normal).

#### Discussion

*Prof. L. Brull.* — La question est de savoir si ces cas sont fréquents et si nous allons à

la rencontre de succès pareils sur une grande échelle.

*Dr G. Debré.* — Il serait aussi intéressant de faire des dosages hormonaux dans les cas d'épilepsie coïncidant avec la période menstruelle. Chez une de mes malades épileptiques j'ai obtenu de bons résultats par injections de testostérone avant les règles.

*Dr M. Leclercq.* — Nous sommes en train, en effet, de faire des dosages hormonaux dans ces cas. Chez une malade épileptique, oligoménorrhéique, nos dosages ont indiqué une hyperfolliculinie nette. Nous avons essayé le traitement par testolutine et attendons les résultats.

#### BIBLIOGRAPHIE

- GILBERT-DRIEYUS. — Le Syndrome hyperfolliculinique et son traitement par l'association Testostérone-Progestérone. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, n° 51, 2171-2174.
- JAYLE, M. F. et CRIPY, O. — Dosage des Phénolstéroïdes et de la Folliculine urinaires. *Bull. Soc. Chim. Biolog.*, 1950, XXXII, 1067-1071.

## La détection d'états de carence de thiamine par l'examen de l'urine et du sang<sup>(1)</sup>

par H. G. K. WESTENBRINK

Professeur de Chimie Physiologique à l'Université d'Utrecht.

Tout en poursuivant notre étude de l'action physiologique et du métabolisme de la thiamine, mes collaborateurs et moi sommes revenus de temps en temps à la recherche de meilleures méthodes pour déceler des états de carence de cette vitamine chez l'homme. Ce problème ne semble pas avoir beaucoup d'importance pratique pour le monde civilisé, parce qu'il est très facile d'administrer de la thiamine — substance fabriquée en quantités énormes par les grandes industries pharmaceutiques — aux malades, chez qui l'on soupçonne une carence. Or, on n'observe que rarement des cas sévères de mauvaise nutrition. En général les malaises, qu'on espère faire disparaître par administration

de thiamine, sont vagues et subjectifs, de sorte qu'il est difficile de se rendre compte du résultat du traitement. L'importance d'une méthode objective pour la détection d'états de carence légère ne peut donc pas être niée. En outre le désir purement scientifique de connaître l'organisme humain aussi bien que possible à tous les points de vue, nous a conduit à l'étude de la quantité de thiamine que le corps humain a en provision dans les diverses conditions où il se trouve.

Tandis qu'on peut étudier les tissus des animaux en les sacrifiant, c'est seulement l'urine et le sang qu'on peut étudier pour l'examen de l'homme. La thiamine est présente à l'état libre dans l'urine, tandis qu'elle se trouve presque uniquement sous forme d'ester pyrophosphorique, combiné à des protéines, c'est-à-dire comme groupement

(1) D'après deux leçons données à l'Université de Liège, le 6 et le 7 mars 1952.

INJECTIONS  
INTRAVEINEUSES



# SUXIL

DINITRILE SUCCINIQUE

Angoisses  
Neurasthénie  
Épuisement nerveux  
Surmenage intellectuel

*En substitution, complément ou consolidation  
du traitement par*

## L'ELECTRO-CHOC

*Cas bénins, cure d'entretien : SUPPOSITOIRES*

LABORATOIRES DU DR. **F. DEBAT** 60, RUE DE MONCEAU - PARIS 8<sup>e</sup>.

Belgique - Luxembourg - Congo Belge :  
Produits pharmaceutiques A. Christiaens S. A. - Bruxelles

