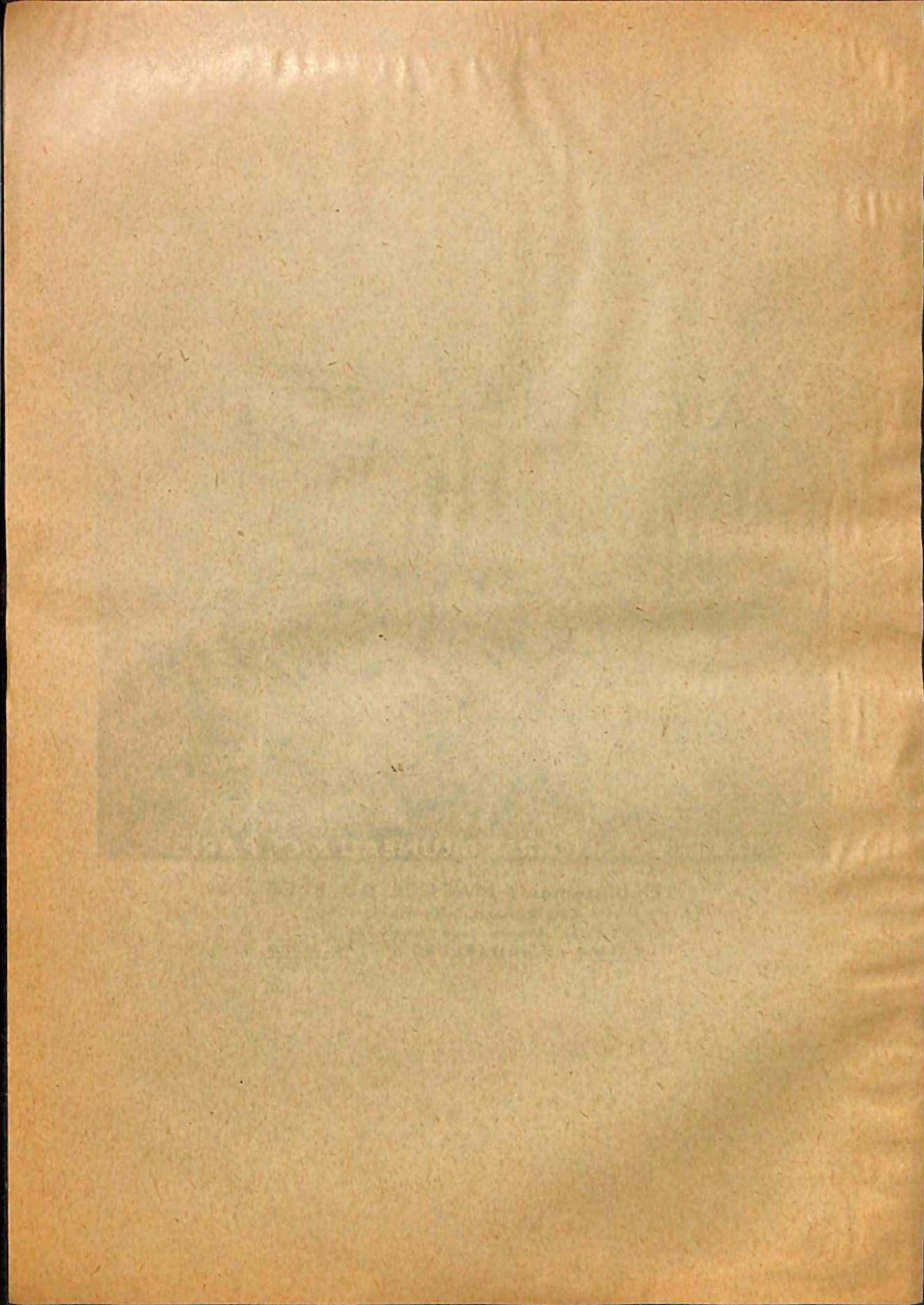


Bulletin
de la
Société
des
SCIENCES MÉDICALES
du
Grand-Duché de Luxembourg

FÉVRIER 1940

LUXEMBOURG
Imprimerie de la Cour Joseph Belfort



*Un nouveau Progrès dans la
Chimiothérapie Sulfamidée*

D A G E N A N

a (p-amino-phényl-sulfamido) pyridine
CORPS 693

**TOXICITÉ MINIME
ACTIVITÉ POLYVALENTE**

s'exercant principalement sur

PNEUMOCOQUE

dans la pneumonie mortalité diminuée des 2/3

GONOCOQUE

MENINGOCOQUE

STAPHYLOCOQUE

COMPRIMÉS à 0 g. 50

Dose moyenne chez
l'adulte pour les pre-
miers jours : 3 grammes

**LITTERATURE ET
ECHANTILLONS
SUR DEMANDE**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" — PARIS (8^e) —

Établissement MARCEL DU BÉTO
Ch. Roud, 187
à Paris
BRUXELLES 2

AIGUILLÉES SERTIX

AIGUILLES SANS CHAS
BREVETÉES - MARQUE DÉPOSÉE



NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE
LES LABORATOIRES BRUNEAU & C°, PARIS

Etablissements MARCEL DU BLED

Ch. Renard, pharmacien

46, Avenue Jean Jaurès, 46

Tél. 15.89.35

BRUXELLES 3

Tél. 15.89.35

BULLETIN
de la Société des
Sciences Médicales
du Grand-Duché
de Luxembourg

*Les articles originaux ainsi que les communications
de la Société des Sciences Médicales sont publiés
sous la responsabilité unique de leurs auteurs
Le Comité de Rédaction*

Bulletin

de la

Société

des

SCIENCES MÉDICALES

du

Grand-Duché de Luxembourg

FÉVRIER 1940

LUXEMBOURG
Imprimerie de la Cour Joseph Beffort

Nouveauté!

Dolantine

Antispasmodique et Analgésique

inédit, doué de propriétés antispasmodiques souveraines.

Renferme un constituant puissamment analgésique de caractère morphinoïde. - Tolérance parfaite.

La DOLANTINE remplace largement l'atropine et les opiacés.

La DOLANTINE n'a pas d'effet stupéfiant.

La DOLANTINE s'administre par les voies buccale et parentérale.

La DOLANTINE se trouve indiquée dans les cas suivants: Spasmes de la musculature lisse, coliques, douleurs les plus diverses, même les algies extrêmement graves.

Comprimés: Tubes de 20 comprimés à 0 gr. 025

Solution: Boite de 5 ampoules de 2 cc.



«BELGO-PHARMA»

143, Avenue Louise, BRUXELLES

Tél. no. 37.13.75 (3 lignes)

Articles originaux

Dr. Jean FABER.

La Mission du Corps Médical Luxembourgeois pendant la Guerre.

Rapport présenté à l'Assemblée Générale
de la Société des Sciences Médicales du 8 oct. 1939.

Messieurs,

L'orage qui obscurcissait si longtemps nos horizons et dont on espérait jusqu'à la dernière minute qu'il allait se dissiper, vient d'éclater et déjà nous entendons ses sourds grondements aux confins de notre patrie. Comme par miracle nous ne sommes pas encore pris dans la tourmente. Mais il s'en faut de bien peu pour que la bourrasque déferle sur nos villes et nos champs paisibles et que le démon destructeur de la guerre ne sème la terreur et la mort autour de nous.

Alors que la vie des peuples voisins a subi de profonds changements par la mobilisation ou par la guerre, nous nous trouvons jusqu'ici encore dans une situation privilégiée. Cette situation, malgré la trompeuse illusion de la paix qu'elle peut nous donner, ne doit cependant pas nous cacher la menace qui nous guette. Dans cette attente anxieuse et devant le péril menaçant il est de toute nécessité de regarder le danger en face et de prendre toutes les mesures de sécurité et de protection qui sont dictées par la gravité de la situation.

Le corps médical luxembourgeois qui jusqu'ici n'était pas contraint de s'occuper des choses de la guerre et qui avait le bonheur de pouvoir s'adonner uniquement aux oeuvres de la paix, a résolument attaqué les problèmes nouveaux qui se posaient devant lui. Il sait qu'au cas de conflit dans notre pays sa tâche sera dure. Le travail supplémentaire par le traitement des blessés pourra devenir écrasant. La responsabilité devant les devoirs nouveaux et inaccoutumés pourra

devenir lourde. Le danger dans les différents services que comporte la protection de la population et les soins à donner aux sinistrés pourra devenir terrible.

Mais dès à présent tous les médecins luxembourgeois conscients de leur haute mission sont prêts à se mettre corps et âme au service du pays, au service de leurs prochains auxquels ils pourraient être appelés à donner aide et secours.

Nous attendons les événements avec calme et courage et peut-être avec un brin de fatalisme. Si le cataclysme devait nous atteindre — plutôt à Dieu que ce ne soit pas le cas — le corps médical luxembourgeois se montrera à la hauteur de sa tâche et saura montrer ses qualités de dévouement et d'abnégation dont il ne s'est jamais départi.

Les médecins luxembourgeois actuels suivront en cela l'exemple que leur ont laissé leurs pères et leurs aînés.

Rappellerai-je que déjà pendant la guerre de 1870 un groupe de médecins luxembourgeois s'est mis au service de la France et a du subir au moins pendant un temps le siège de Metz. Dans ce groupe de médecins luxembourgeois figurait entre autres le Dr. Niederkorn qui devait devenir quelques années plus tard président de notre Société. Un autre médecin luxembourgeois qui, en 1870 travaillait dans les hôpitaux de Paris fit de la France sa seconde patrie et légua son nom à une génération de savants et de médecins. J'ai nommé le Dr. Funk-Brentano, père de l'accoucheur bien connu et de l'historien non moins illustre, grand-père du Dr. Paul Funk-Brentano chirurgien des hôpitaux de Paris et professeur agrégé de la faculté de Médecine.

La guerre de 1914—1918 a appelé presque tous les médecins luxembourgeois sur la brèche. Le flot des blessés qui submergeait le pays pendant les premiers mois de la guerre mettait nos médecins devant une lourde tâche à laquelle ils s'attachaient avec dévouement et désintéressement.

Dans les ambulances improvisées, dans les cliniques surpeuplées de blessés des deux camps vieux praticiens, jeunes étudiants en médecin, chirurgiens rompus à la tâche rivalisaient de zèle pour abattre le travail insolite et souvent difficile par lequel ils étaient débordés d'un jour à l'autre. Il est vrai que cette activité, consentie de plein gré prit fin dès le début de l'année 1915. Les allemands évacuaient en effet à ce moment tous les blessés vers leur pays et évitaient soigneusement par la suite de diriger des convois de blessés sur notre pays. Cette courte vision de la chirurgie de guerre ne restera pas moins dans le souvenir de ceux qui l'ont vécue avec tout ce qu'elle avait d'horrible et de passionnant à la fois.

La menace d'une nouvelle guerre à nos portes a rallié une fois de plus toutes les bonnes volontés pour mettre sur pied ce que j'appellerai volontiers un plan de mobilisation sani-

taire. Deux grandes organisations se partagent la tâche de cette mobilisation sanitaire dans le pays. Elles sont toutes deux conseillées et guidées dans leurs réalisations par des médecins. Ce sont la Croix Rouge Luxembourgeoise et le Conseil Supérieur de la Défense Passive.

J'ai hâte de faire remarquer que loin de se contrecarrer dans leurs buts ces deux organismes se complètent de la façon la plus heureuse.

Le Conseil Supérieur de la Défense Passive, dont le conseiller médical est le confrère Pundel, s'occupe avant tout de la protection de la population contre le péril aérien, de l'organisation de services de premiers secours aux cas de sinistre (incendies, bombardements, attaque de gaz) de la formation d'équipes mixtes de premiers secours, d'installations de postes sanitaires et de premier secours.

La Société de la Croix Rouge Luxembourgeoise conseillée par le Dr. Demuth et par moi-même, tous les deux membres du Comité exécutif de la Croix Rouge, s'attache à élargir ses cadres et à se mettre en état de pouvoir muer facilement son organisation de paix en organisation de guerre. Elle s'occupe du transport des blessés et de leurs soins ultérieurs soit dans les hôpitaux soit dans des ambulances auxiliaires. Elle organise un service de transport pour les grands malades et infirmes en cas d'une évacuation partielle de la population. Elle se charge de l'instruction d'infirmiers et d'infirmières bénévoles qui devront assurer le service du personnel infirmier dans toutes ses organisations, (évacuation des malades, service des gares, hôpitaux auxiliaires), ou compléter dans les hôpitaux existants le personnel infirmier régulier si celui-ci est surchargé.

Le service de transfusion sanguine, que la Croix Rouge a organisé dans tout le pays et qui fonctionne merveilleusement est en train d'être considérablement renforcé. Le Dr. Demuth, avec l'aide du Laboratoire Bactériologique de l'Etat est en train d'examiner un lot de nouveaux donneurs et nous pourrons compter que bientôt le pays disposera d'une centaine de donneurs contrôlés.

Je voudrais dire enfin un mot sur une autre oeuvre de la Croix Rouge luxembourgeoise quoiqu'elle ne soit encore que dans sa phase préparatoire et que sa réalisation dépende de plusieurs facteurs qui sont jusqu'ici encore plus ou moins incertains. Je veux parler de l'oeuvre d'assistance aux mutilés, prisonniers de guerre. La suggestion de faire admettre et de soigner dans notre pays une certaine catégorie de grands blessés des deux camps a été donnée par la Croix Rouge Luxembourgeoise à notre Gouvernement dès le début du mois de septembre. Le Gouvernement a donné immédiatement son accord de principe. Des pour-

parlers diplomatiques avec les belligérants sont en cours à l'heure même à ce sujet. Quant à la question financière, nous avons des raisons précises qui nous permettent de compter sur une aide active et efficace de la Croix Rouge américaine. L'idée maîtresse qui guide les promoteurs de cette oeuvre essentiellement humanitaire est celle d'admettre au pays des grands blessés de guerre, prisonniers de guerre, inaptes à reprendre leur service militaire, qui pourraient parfaire ici leur convalescence dans de bonnes conditions hygiéniques et sanitaires. Ils seraient répartis dans toutes les cliniques du pays et même chez des particuliers si leur état de santé le permet. Si cette oeuvre se réalisait, un vaste champ d'action s'ouvrirait à nos médecins luxembourgeois. Nul doute qu'ils s'attacheraient à cette tâche avec ardeur et conscience, fiers de pouvoir en dehors de la bagarre soulager les souffrances et la misère humaines.

Il est certain que tous ces services, aussi bien de la Défense Passive que de la Croix Rouge ne pourront fonctionner utilement qu'avec l'aide et très souvent la direction des médecins. Disons tout de suite que les médecins luxembourgeois auxquels se sont joints les médecins dentistes par l'intermédiaire de l'association des médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg se sont unanimement mis à la disposition des oeuvres de la Croix Rouge et de la Défense Passive.

Pour faciliter la coordination de l'effort et pour organiser la répartition des médecins sur les différents services le syndicat local de la ville de Luxembourg à la suite de sa dernière réunion a adressé aux médecins de la capitale un questionnaire par lequel ils sont sollicités d'indiquer les services auxquels ils désirent être affectés. Les réponses à ce questionnaire permettront d'établir un plan de mobilisation qui évitera toute déorganisation.

La ville de Luxembourg, pour ne citer que cet exemple, possède 3 postes sanitaires souterrains complets, protégés contre les gaz et les bombardements. Ces postes sanitaires sont pourvus de salles d'opération, de salles de traitement pour les gazés et un certain nombre de lits pour l'admission de plusieurs grands blessés avant leur évacuation vers les centres hospitaliers. Plusieurs médecins sont attachés à ces postes sanitaires. En dehors de ces 3 grands centres sanitaires 15 autres postes de secours éparpillés sur tout le territoire de la capitale seront organisés pour le cas de complication guerrière.

C'est au médecin du poste qu'incombe la tâche souvent difficile des premiers soins à donner aux blessés ou aux gazés. C'est lui qui fera le triage en vue de la répartition des blessés dans les centres hospitaliers ou dans les hôpitaux auxiliaires. Inutile de dire que les chirurgiens des différentes

cliniques se tiendront à leur poste dans leurs cliniques respectives. Ils s'entoureront de l'aide de jeunes confrères et organiseront le cas échéant dans leurs centres respectifs des équipes de travail. Des équipes de travail analogues seront organisées dans les hôpitaux auxiliaires qui pourront être créés dans la suite dans la capitale ou dans tout le pays, si le besoin s'en fera sentir.

Le bon fonctionnement des services de protection et de premier secours réclame un personnel infirmier nombreux et instruit voire entraîné pour certains services spéciaux (détection des gaz, traitement des gazés). C'est encore aux médecins qu'incombe la tâche d'instruire le personnel auxiliaire et de créer ainsi des cadres pour les différents services. Sous l'impulsion du Conseil Supérieur de Défense passive ou de la Croix Rouge, des cours de premier secours ont été organisés un peu dans tout le pays. A Luxembourg le Dr. Felten a fait l'instruction de quelque 250 infirmiers et infirmières bénévoles, destinés plus spécialement aux postes de secours de la ville de Luxembourg. A Esch onze confrères ont fait chacun un cours complet sur les premiers secours à donner aux blessés et aux gazés et ont fait dans ces cours l'instruction de 370 infirmiers. En plus de cela les confrères Colling, Nickels et Colbach ont fait l'instruction de 90 scouts en vue du premier secours. Dans le secteur sud-ouest du pays, les confrères Geisel, Wilhelm et Bisdorff ont organisé et instruit des équipes sanitaires à Differdange, les confrères Faltz et Schrantz à Pétange resp. à Rodange. Le Dr. Gratia commencera ses cours à Bascharage incessamment. Des cours pareils ont été fait ou sont encore en cours à Grevenmacher par le confrère Clees, à Wasserbillig par le confrère Ludig, à Echternach par le confrère Speck, à Wormeldange par le confrère Thurm, à Remich par les confrères Risch et Mousel, à Dudelange par le confrère Bellwald. A Ettelbruck le confrère Stumper a organisé les services de protection et de défense passive. L'instruction des équipes sanitaires a été faite par les confrères Angelsberg à Ettelbruck et Hetto à Diekirch. A Steinfort le confrère Tourneur commencera ses cours sous l'égide de la Croix Rouge la semaine prochaine. Cette énumération est certainement incomplète. Je prie d'excuser les oublis involontaires. Mentionnons encore le succès considérable qu'ont eu les cours organisés par les soins de la Croix Rouge à Luxembourg même et qui ont été assumés par les confrères Demuth, Loutsch, Thys et Jean Faber. Ces derniers cours visent surtout à la formation d'un personnel infirmier hospitalier.

Il est un fait que tous ces cours ont suscité un intérêt général et ont eu un succès considérable. Mis à part une certaine curiosité, voire même chez d'aucuns un certain snobisme, on peut dire que la population luxembourgeoise et surtout la

jeunesse luxembourgeois a montré une spontanéité et une ardeur à se mettre au service des oeuvres humanitaires qui est digne du plus grand éloge.

Même si ces services ainsi créés ne devaient pas fonctionner — ce que nous désirons ardemment — il est indubitable que cette instruction massive d'une partie de notre population en vue des premiers secours à donner aux malades et aux blessés ne peut qu'être fructueuse aussi pour les temps de paix.

Le corps médical est donc prêt à entrer en action si le malheur de la guerre devait s'abattre sur notre patrie. Nous préparons notre barque tel le marin qui aménage son bateau à l'approche de la tempête pourqu'il soit à même de lutter contre la furie des éléments. Les dangers que nous encourrons, les peines que nous souffrirons, les sacrifices que nous consentirons nous semblent des choses toutes naturelles et indignes d'être relevées. Nous sommes habitués à nous mettre au service de l'humanité souffrante sans en faire grand cas. Mais notre plus intime satisfaction notre suprême félicité, sera d'avoir contribué de toutes nos forces à soulager et à guérir les plaies et les maux que l'insanité et la cruauté des hommes ont infligé à de pauvres êtres humains.

Dr. Ernest FELTGEN.

Rôle particulier des dispensaires antituberculeux.

En reprenant la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose, sommairement entamée dans mon «Aperçu sur la lutte engagée contre le mal tuberculeux dans le Grand-Duché de Luxembourg», je voudrais plus spécialement attirer l'attention des intéressés sur quelques données relatives à ce grave sujet de controverse et notifiées par le «Service des renseignements épidémiologiques» de la Société des Nations.

Sur ma demande au Ministère du Service Sanitaire, on a obligeamment mis à ma disposition quelques exposés de faits précieux, aptes à instruire le gros du public au sujet de ce problème vis-à-vis duquel personne n'a le droit de rester indifférent. — — —

Il est un fait que, dans certaines de ses formes, la tuberculose est à déclaration obligatoire.

Cela ne signifie cependant nullement qu'elle soit effectivement déclarée.

A cet égard, nous sommes, malheureusement, à même de noter des différences bien sensibles d'un pays à l'autre, voire, d'une région à l'autre du même pays.

Il est également un fait que dans maints pays, où la déclaration de la tuberculose est obligatoire, le nombre des déclarations est infime par rapport au nombre des tuberculoses actives réelles.

Ceci est un fait regrettable, notamment du point de vue de l'hygiène publique. — — —

Que recherchent, au fond, les autorités sanitaires dans cette importante question sociale?

Que semblent-elles désirer *de la part des médecins* au sujet de ce problème, dont personne ne conteste la haute signification sociale?

Il paraît qu'on ne tâche *pas tant* d'obtenir du praticien le signalement administratif des cas de tuberculose déterminés avec précision par lui, *mais plutôt* de diriger aux «Dispensaires

saires anticuberculeux spécialisés» les malades reconnus contaminés et notamment aussi les «suspects», en vue d'examen de confirmation.

Quel avantage peut-elle avoir, cette venue aux Dispensaires?

Un avantage incontesté et incontestable.

En effet, elle permet, le diagnostic une fois établi, d'examiner par prévention les membres de la famille du malade et de faire leur *éducation prophylactique*, de les initier aux diverses dispositions à prendre vis-à-vis du danger de contamination, de leur apprendre, au besoin, la profonde signification du dicton, vieux et neuf à la fois: *mieux vaut prévenir que guérir!*

Les mesures hygiéniques prises par prévoyance et la pratique méthodique de la désinfection, que préconise *cette éducation* mûrissent des résultats importants à l'égard de ceux qui viennent particulièrement en ligne de compte. Ils profitent, en effet, bien plus de *cette éducation* que des éventuelles mesures d'hygiène et de désinfection à la suite d'une banale et administrative déclaration de tuberculose, comme maladie infectieuse, tout simplement.

D'autre part, est-il dit dans le communiqué officiel du Service des renseignements épidémiologiques et de statistiques sanitaires de Genève, que du point de vue de la statistique, l'autorité sanitaire a avantage à utiliser des statistiques aux «*Dispensaires*» plutôt que des statistiques de «*déclaration de tuberculose*», moins complètes en général, parce que s'appliquant le plus souvent à des cas très avancés, notifiés «au dernier moment».

Quant au médecin lui-même, l'expérience de plusieurs pays paraît être, qu'on obtient plus facilement de lui qu'il envoie un malade «au Dispensaire» (qui, s'il le demande, lui fournira les résultats d'examens exécutés) que de déclarer le cas à l'autorité sanitaire, dont il redoute une intervention désagréable à son malade et moins immédiatement utile à ce dernier et à sa famille. — — —

Soulignons encore une fois qu'il y a des pays, où la déclaration de la tuberculose est obligatoire, tant pour les cas de tuberculose pulmonaire que pour les cas de tuberculose non pulmonaire, mais, que, par malheur, les conditions, sous lesquelles les déclarations sont obligatoires, diffèrent trop entre elles et empêchent ainsi une solution nette. C'est ainsi que pour la Suisse, par exemple, la déclaration est obligatoire partout dans la Confédération de par une loi fédérale, mais elle est *limitée aux cas, où la maladie constitue un danger pour autrui*.

Le Grand-Duché de Luxembourg nous présente un autre exemple: chez nous la déclaration est obligatoire *en cas de décès du malade seulement*.

En conclusion, il nous semble qu'il est de notre devoir, *en attendant*, d'appliquer dans la mesure du possible, comme par le passé, la méthode consistant à «*Prévenir*», à *sauver la graine*, en donnant à nos «*Dispensaires*» toute l'importance qui leur revient, c'est à dire, à nos *Dispensaires antituberculeux* et à tout ce qui s'y rattache, ainsi qu'à nos «*Préventorioms*» et à notre «*Placement familial*» de même qu'au institutions analogues, ayant toutes des buts préventifs, pratiques!

Dr. HERTZ.

Tumeur bénigne dégénérée de l'estomac.

Nous avons eu l'occasion de voir récemment un cas de tumeur bénigne dégénérée de l'estomac, la rareté de cette affection et son grand intérêt pratique nous incitent à vous exposer cette histoire clinique.

En mai 1939 nous sommes consulté par une femme de 60 ans pour une diarrhée chronique.

Cette diarrhée a débuté il y a un an, elle consiste en 3—4 selles quotidiennes, liquides, impérieuses, inodores; il n'y a ni glaires, ni pus, ni sang, ni faux besoin, aucune douleur n'accompagne ces selles; aucun incident fébrile ou douloureux n'a présidé à leur installation.

La malade n'a noté aucune influence alimentaire sur cette diarrhée. D'ailleurs comme son appétit est normal, que son état de santé a toujours été parfait, elle ne s'est décidée à consulter qu'au bout de un an, lorsque à ces troubles digestifs s'est ajouté un amaigrissement de 6 kg.

Dans les antécédents on trouve quelques faits à signaler.

Son père est mort à 78 ans; sa mère est morte à 61 ans à la suite d'une hémoptysie ou d'une hématomérose.

De ses 12 frères et soeurs deux sont morts, l'une de Cancer utérin, l'autre d'un ictère chronique par rétention à 72 ans.

Elle a eu 9 enfants dont 4 sont bien portants, 5 sont morts en bas-âge.

Elle même n'a aucun passé pathologique et en particulier aucun passé digestif.

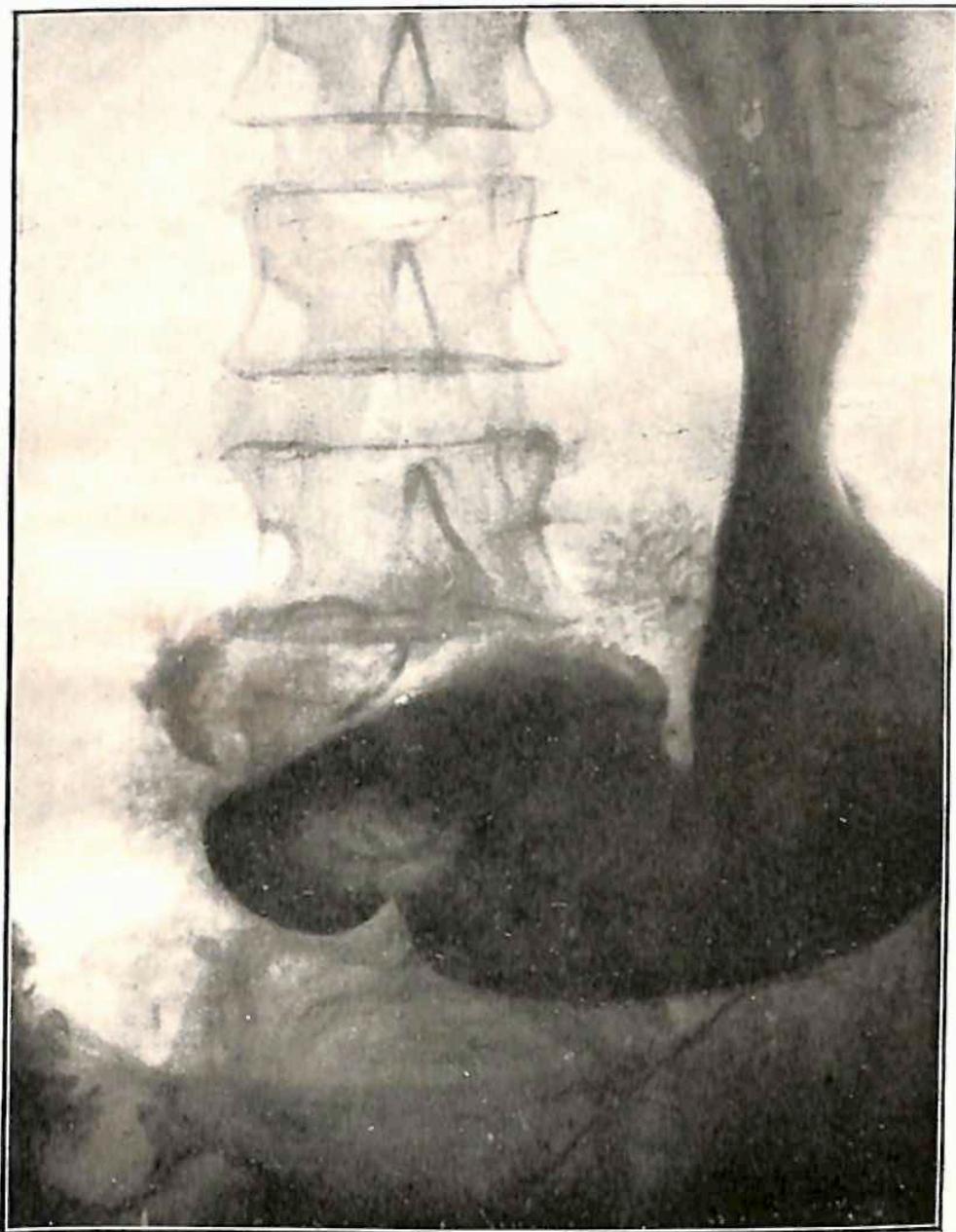
L'examen de cette femme d'aspect floride, est entièrement négatif. L'exploration clinique du tube digestif ne montre rien; foie et rate sont normaux, la tension est de 12—8.

Aussi pratiquons-nous des examens complémentaires pour trouver la cause de cette diarrhée.

L'examen du gros intestin, par rectoscopie et par lavement étant normal, nous faisons ingérer de la gélobarine à notre malade.

Dès les premières gorgées l'attention est attirée par la région pylorique. La baryte ne gagne pas directement le pylore, mais contourne une plage circulaire et décrit une image lacunaire.

Cette lacune siège près du pylore à environ 6 cm, elle a la grandeur d'une pièce de dix fr. et elle est circulaire.



Située plus près de la grande que de la petite courbure elle n'atteint cependant pas la première; une bande mince de gélobarine l'en sépare.

Les contractions passent au niveau de cette lacune.

Le fonctionnement de l'estomac est normal et l'évacuation se fait rapidement par le pylore.

Cette lacune est surtout évidente au début, lorsque l'estomac contient très peu de baryte, elle disparaît lorsque l'estomac est complètement rempli, mais elle reparait par compression.

Le palper sous écran permet de voir avec netteté les contours circulaires de la lacune.

Il montre de plus deux faits importants:

1° La parfaite souplesse de la paroi gastrique au voisinage de la tumeur.

2° Son indolence absolue.

Cette image lacunaire circulaire que nous retrouvons à deux examens successifs nous fait porter le diagnostic de polype gastrique.

Le BW étant négatif et l'urée normale nous conseillons à cette malade une intervention chirurgicale.

Elle est opérée le 8. 6. 1939. Opérateur: Dr. Pauly.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac est normal en apparence.

Au palper on trouve, faisant saillie dans la cavité gastrique, une tumeur; la gastrotomie permet de la voir avec netteté.

C'est une tumeur bourgeonnante ayant environ 6 cm de diamètre de couleur rouge et rattachée à la paroi postérieure par un pédicule étroit.

Au palper cette tumeur est molle, sa base d'implantation est souple, on ne trouve aucun ganglion sur la petite courbure ni sur la région sous-pylorique.

Nous pensons qu'il s'agit d'un polype et nous enlevons la tumeur en faisant une résection circulaire de sa base.

Les suites opératoires sont normales.

Mais l'examen histologique va montrer qu'il s'agit en réalité d'une tumeur maligne ou plus exactement d'une tumeur dégénérée.

L'aspect histologique de la tumeur est, en effet, le suivant:

Tissu conjonctif très lâche, parsemé d'éléments inflammatoires, en majorité de plasmocytes et infiltré de tubes glandulaires de structure atypique étant donné que l'épithélium est cylindrique et pseudo-stratifié avec mitoses et quelques monstruosité. On assiste quelquefois à la formation de travées pleines (épithélioma glandulaire).

La tumeur est très friable et désagrégée en surface.

On ne trouve à aucun endroit une structure papilloma-teuse typique. Au niveau du pédicule on trouve une dégénérescence muqueuse.

Sur la foi de ce résultat histologique nous nous décidons à faire une gastrectomie secondaire.

Elle est faite le 18 septembre 1939.

Nous ne trouvons aucune adhérence, aucune réaction ganglionnaire; au niveau de la suture muqueuse existe un bourrelet, mais malheureusement pour des raisons techniques l'examen histologique n'a pu en être pratiqué.

Cette malade opérée par le docteur Pauly va parfaitement bien actuellement.

Telle est l'histoire clinique de cette malade qui appelle quelques considérations d'ordre clinique et radiologique.

Cliniquement on peut s'étonner que la seule manifestation de cette tumeur gastrique soit une diarrhée, dont l'explication est fort difficile: diarrhée toxique anachlorhydrique ou diarrhée liée à une infection de la tumeur. De toute façon elle a été supprimée par l'ablation de la tumeur, de sorte que l'on



peut probablement admettre que ce soit l'infection de la tumeur qui en ait été la cause.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic causal n'a été possible que par un examen radiologique complet du tube digestif.

C'est la radioscopie gastrique qui nous a révélé l'image lacunaire typique.

Rappelons qu'elle était la plus nette au début de l'examen, rappelons aussi l'importance du liséré périphérique et de la

souplesse au palper pour le diagnostic de la nature bénigne de cette affection lacunaire.

Macroscopiquement la tumeur semblait bénigne et ce n'est que l'examen histologique qui nous en a révélé la nature exacte. Et comme au niveau du pédicule on a trouvé un tissu bénin en dégénérescence muqueuse, l'on doit admettre qu'il s'est agi, dans notre cas, d'un polype dégénéré. La cause de cette dégénérescence nous échappe certes, mais peut-être convien-t-il de signaler que dans la famille de cette malade deux sinon trois membres sont morts de cancer.

Cette dégénérescence est de fréquence discutée. Pour Gosset elle ne serait que de 25%. Aussi la plupart des auteurs conseillent-ils de faire une excision localisée. Mais en cas de dégénérescence il semble indispensable de compléter par une gastrectomie secondaire.

Nous croyons que le pronostic post-opératoire est relativement favorable dans notre cas, puisque ni cliniquement ni histologiquement nous n'avons trouvé de signes d'extension néoplastique.

De cette observation clinique nous ne voulons retenir que l'intérêt d'un examen radiologique complet du tube digestif en présence de n'importe quel trouble digestif. C'est lui qui nous a permis de saisir à son début une transformation cancéreuse d'une tumeur gastrique et, nous l'espérons, d'éviter à notre malade le malheureux destin des cancers gastriques.

Dr. Jean FABER.

La réparation immédiate des grandes pertes de substance de la main.

La réfection des grandes pertes de substance cutanées de la main pose les mêmes problèmes que la réfection des pertes de substances au niveau des autres parties du corps. C'est sans nul doute aux greffes et aux autoplasties qu'on doit avoir recours pour réparer ces grandes plaies. Mais si pour beaucoup de parties du corps cette réparation par greffes ou par autoplasties n'est pas indiquée d'une manière absolue, pour la main elle devient une nécessité impérieuse. Ce n'est que par elle en effet qu'on peut éviter les rétraction cicatricielles si néfastes au niveau des doigts ou de la main, des adhérences des tendons aux cicatrices, bref une impotence plus ou moins considérable de la main toute entière. Mais la question se pose à quel moment on doit faire cette réparation? Doit-on attendre le bourgeonnement et surveiller la septicité de la plaie pour pratiquer l'autoplastie réparatrice au moment voulu ou peut-on faire cette réparation immédiatement? L'excision et la suture primitive des plaies accidentelles est une méthode, qui nous donne journellement des succès si constants que nous nous estimons autorisés de tenter des autoplasties primitives dans la réparation des plaies accidentelles. Ce n'est donc que grâce au traitement moderne des plaies que nous pouvons hasarder des interventions qui jadis auraient été jugées condamnables et vouées à un échec certain à cause de l'infection.

Qu'il me soit donc permis de donner tout d'abord quelques considérations générales sur l'excision et la suture des plaies en général et des plaies de la main en particulier.

Il est sans contredit que l'excision et la suture primitive des plaies préconisées par Lemaitre dès 1916 *) ont changé

*) Dans la littérature récente allemande on s'efforce d'attribuer la priorité de la méthode de l'excision et de la suture primitive des plaies au chirurgien allemand Friedrich qui aurait déjà préconisé cette méthode en 1898. Il est vrai que Friedrich avait proposé en 1898 (Archiv für klinische Chirurgie) l'excision et la

du tout au tout l'évolution et le pronostic des blessures de guerre. L'abstention érigée en règle par l'école allemande avant et au début de la guerre 1914 a dû céder le pas à une intervention chirurgicale précoce et active. Ces principes doivent être appliqués également au traumatisme du temps de paix et doivent présider à toute la thérapeutique des accidents du travail et des écrasements de la rue. Ce sont en effet ces deux catégories d'accidents qui fournissent en temps de paix le gros des grands blessés. La complication et la puissance toujours plus grande des machines-outils et la motorisation toujours plus intense de la circulation sont la cause de l'accroissement des plaies accidentelles compliquées et étendues. Pour ces cas il faut des directives chirurgicales bien définies et bien réglées. Mais, alors qu'on aurait pu croire que l'excision et la suture primitive des plaies traumatiques étaient un dogme universellement reconnu, nous assistons aujourd'hui ci et là à un recul en ce sens, que certains chirurgiens ont abandonné la suture primitive pour en revenir au traitement à plaie ouverte (F. Schule, Ergebnisse primär operativer Behandlung offener Weichteilverletzungen und die Gefahren dieser Versorgung; Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1935). D'où vient ce revirement quelque peu compréhensible? Il est à mettre sur le compte des nombreux échecs et des complications infectieuses graves qui ont été enregistrés dans les cas de blessures insuffisamment traitées ou traitées par une méthode défectueuse. Or, cette chirurgie des plaies récentes n'est pas si facile qu'elle n'en a l'air. Elle est en tout cas lourde en conséquences et en responsabilités. Une excision mal faite et suivie d'une suture primitive immédiate peut donner lieu à des accidents infectieux graves, à la gangrène gazeuse, au tétanos etc. alors qu'un traitement à ciel ouvert aurait mis le blessé à l'abri de ces complications dangereuses. L'accord est d'ailleurs fait aujourd'hui sur ce point et chacun consent, que dans une plaie où l'excision n'a pas pu être complète et où il reste des foyers profonds d'attrition, des tissus dévitalisés, l'excision de la plaie ne doit jamais être suivie de suture primitive ou seulement d'une suture partielle. On décidera plus tard, si l'état de la plaie et son degré d'infection, qui se révélera dans les premiers jours, permet une suture secondaire. A ce sujet, on doit remarquer que la suture d'une plaie excisée n'est pas défendue, si même il s'y trouve encore des microbes décelables par l'examen bactériologique et l'ensemencement. Il est parfaitement illusoire de vouloir rendre stérile une plaie acciden-

suture primitive des plaies, mais il semble s'être borné pour cette pratique aux petites blessures insignifiantes. Pour les grandes blessures il a proposé l'excision aussi parfaite que possible et le traitement à plaie ouverte (cf. Heller, Der Chirurg, Heft 14, 1938).

telle par l'excision. Les plaies peuvent guérir même par première intention quoi qu'elles contiennent encore quelques microbes. Mais ceci à une condition: c'est que ceux-ci ne soient pas des streptocoques. Pour cette raison, certains chirurgiens (Neuman. Traumatismes de la main et des doigts. Rapport au 7^e congrès international des accidents et maladies du travail. Bruxelles 1935) érigent en règle d'examiner bactériologiquement toutes les plaies avant la suture. Si le laboratoire décèle des streptocoques, la plaie n'est pas suturée, ou si elle l'a déjà été, elle doit être désunie de peur de voir s'installer des complications infectieuses graves.

Ce procédé, excellent en soi-même, n'est pas toujours utilisable dans la pratique chirurgicale courante. En pratique, nous pourrions nous guider par quelques notions acquises par l'expérience et qui ont une réelle valeur. Nous savons en effet que le danger de l'infection des plaies dépend:

1) De la gravité de la blessure c. à d. de la profondeur, de l'état et de la qualité des tissus atteints.

2) Du degré et de la qualité de la souillure.

A ce sujet, on peut prétendre que les plaies souillées par l'huile des machines et par la poussière de charbon, ce qui est le cas pour les plaies des ouvriers d'usines, sont bien moins menacées d'infection que les plaies dues à des accidents de route et souillées par de la terre ou par de la poussière des rues. Il est en effet de notion courante que les plaies des ouvriers d'usines donnent lieu bien plus rarement à des accidents infectieux que les plaies des ouvriers agricoles. Cette notion d'expérience nous incitera donc de fermer chez les ouvriers d'usines les plaies traitées par la suture primitive. Nous entendons par là des plaies qui ne datent pas plus de 8 heures. Ajoutons cependant que cette limite du temps n'a rien de fixe et qu'il nous arrive d'exciser et de suturer avec succès des plaies datant de la veille.

Dans l'ensemble nous pouvons prétendre que l'excision et la suture primitive nous donnent dans les plaies récentes des succès constants et que nous voyons très rarement des accidents infectieux. Ces derniers sont d'ailleurs toujours bénins et peuvent être enrayés rapidement en faisant sauter quelques fils.

Pour les plaies de la main et des doigts nous ne nous départissons pas des mêmes lignes de conduite. Quoiqu'en dise Iselin, qui est un adversaire de la suture immédiate, des plaies de la main et des doigts, nous pratiquons systématiquement l'excision et la suture des plaies de la main sans assister à l'éclosion des complications graves (phlegmons cellulaires, phlegmons des gaines, arthrites purulentes) que redoute cet auteur. Bien au contraire, nous pourrions citer de nom-

breux cas où le traitement à plaie ouverte a donné lieu à des infections et des désordres de toutes sortes.

Il est malheureusement des plaies de la main et des doigts où la perte d'une partie plus ou moins importante de la peau empêche la suture primitive. C'est le cas pour les accidents de machines. Le traumatisme d'abord, l'excision ensuite met à nu les aponévroses, les muscles, et les tendons, les os et les articulations. Si on laissait se cicatrifier ces grandes plaies elles seraient vouées presque fatalement à l'infection, ou donneraient lieu à des ankyloses, à des rétractions cicatricielles, à des cicatrices adhérentes aux os et aux tendons. Dans des cas pareils, nous basant sur les bons résultats de l'excision et de la suture primitive nous n'hésitons pas, de réparer ces grandes pertes de substance de la main par des autoplasties immédiates.

La réparation immédiate des pertes de substance cutanées de la main a été déjà préconisée par plusieurs chirurgiens allemands. Déjà en 1913 Isnardi et Sievers de la clinique de Payr à Leipzig, Steinmann en 1916 et Meyer de Göttingen ont proposé tour à tour l'autoplastie immédiate des plaies récentes. Clairmont, en rapportant au Congrès allemand de Chirurgie en 1924 3 cas traités avec succès par cette méthode s'est fait surtout le promoteur de l'autoplastie immédiate dans les plaies de la main. Les chirurgiens français n'ont pas cru devoir adopter cette ligne de conduite. Lenormant et Iselin (Traumatismes de la main et des doigts, Rapport au VII^e Congrès International des Accidents et des Maladies du Travail, Bruxelles 1935) estiment plus prudents d'abandonner d'abord la plaie à son évolution naturelle et de laisser s'amorcer le bourgeonnement et la cicatrisation. Ils craignent malgré l'excision soignée les risques d'une infection toujours possible. La réparation n'est faite que lorsque la plaie s'est détergée et est parvenue à un état suffisant de désinfection. Ce n'est que dans la section franche d'un doigt, ou dans la destruction étendue de l'enveloppe cutanée du pouce que ces auteurs conseillent de recouvrir la tranche osseuse ou la plaie par une autoplastie immédiate à lambeau pédiculé.

Nous ne partageons pas les hésitations et les scrupules des auteurs français et nous pensons avec Clairmont que par la réparation immédiate le traitement sera beaucoup simplifié, la durée en sera raccourcie très notablement et les résultats fonctionnels seront meilleurs. Si nous pouvons escompter une guérison per primam dans les plaies que nous pourrions réunir par suture nous pourrions d'autant plus nous attendre dans ces cas à une réunion aseptique, que nous suturons sur la plaie nettoyée un lambeau sain, non traumatisé et qui viendra facilement à bout des germes banaux et plus ou moins inoffensifs qui auront pu échapper à l'excision.

Dans les petites pertes de substance cutanées des doigts nous recourons couramment à la transplantation par des greffes de Thiersch. Dans les grandes pertes de substance de

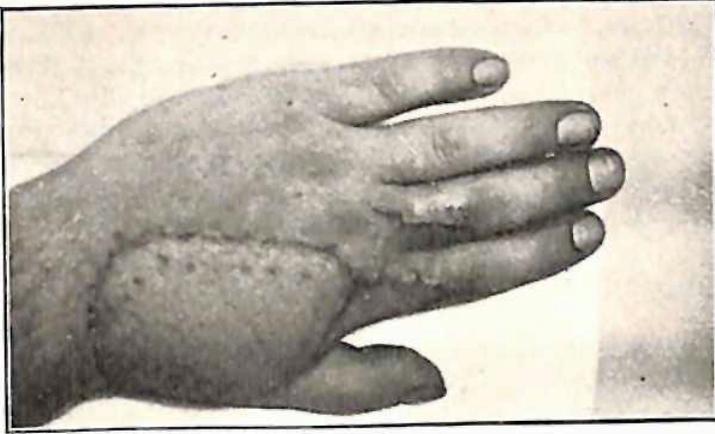


Fig. 1.

la main surtout celles de la face dorsale où il faut avant tout éviter l'adhérence de la cicatrice aux tendons extenseurs, l'autoplastie à lambeau trouve une indication formelle.

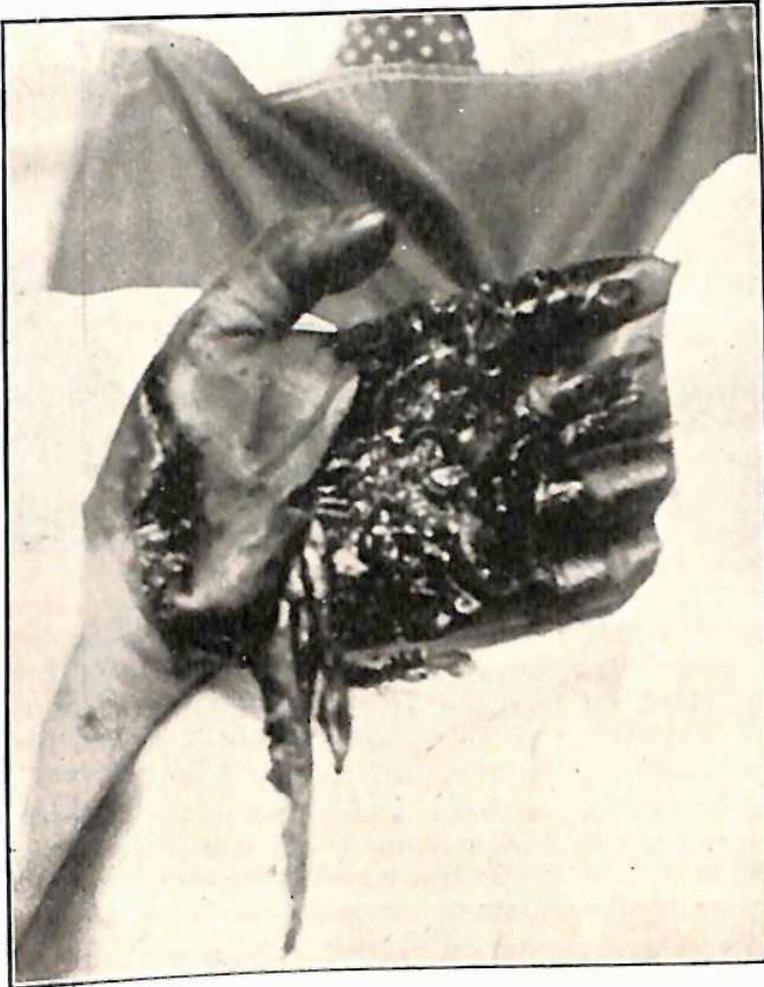


Fig. 2.

Les trois cas que nous allons rapporter ont été traités avec plein succès par autoplastie immédiate à lambeau de la paroi abdominale.

Obs. 1). Bl. Nic., ouvrier d'usine, blessé par un meule à l'émeri tournant à 25 m. à la seconde. Grande perte de substance du dos de la main auche. La plaie a une superficie de 7×6 cms. Les faces dorsales des phalanges du médius et de l'index présentent des plaies qu'on peut suturer après excision. La plaie du dos de la main met à nu le tendon extenseur du médius tandis que le tendon extenseur de l'index manque sur un trajet de 6 cms. Le 2^{me} métacarpien est à nu sur presque toute sa face dorsale. Celle-ci a été rasée à plat. Excision minutieuse de la grande plaie et transplantation immédiate d'un lambeau adéquat de la peau de l'abdo-



Fig. 3.

men. Le tendon extenseur de l'index n'est pas remplacé par une tendoplastie, je me propose de faire celle-ci dans un second temps.

La guérison du lambeau se fait sans la moindre réaction. Il est séparé le 21 jour. A ce moment il est déjà très bien vitalisé. Suture immédiate de la base. Guérison définitive après 12 jours.

Dans la suite le lambeau prend une teinte violacée et gonfle quelque peu par des phénomènes de stase et aussi parce que probablement la couche graisseuse a été prise un peu trop épaisse. Il reprend plus tard une teinte normale (fig. 1).

A cause de la perte du tendon extenseur de l'index celui-ci reste en position de flexion. La tendoplastie projetée n'a pas pu

être pratiquée parce que le blessé a quitté le pays. Il est très satisfait du résultat.

Obs. 2). Ba. Jean, menuisier, blessé par un tour. Arrachement de toute la peau de la paume de la main droite. Le lambeau cutané tient encore à un étroit pédicule près du pouce. L'index est broyé et fracturé en plusieurs endroits. Son tendon fléchisseur est mis à nu et dilacéré. Le médius présente à sa face palmaire un grand lambeau cutané à large base externe, une fracture de la phalange mais son tendon fléchisseur est intact (fig. 2).

Le lambeau palmaire n'est plus utilisable et détaché. L'index est exarticulé à l'articulation phalango-métacarpienne. Le lambeau du médius est suturé après excision. Excision minutieuse de la plaie et autoplastie immédiate par un large lambeau de la peau de

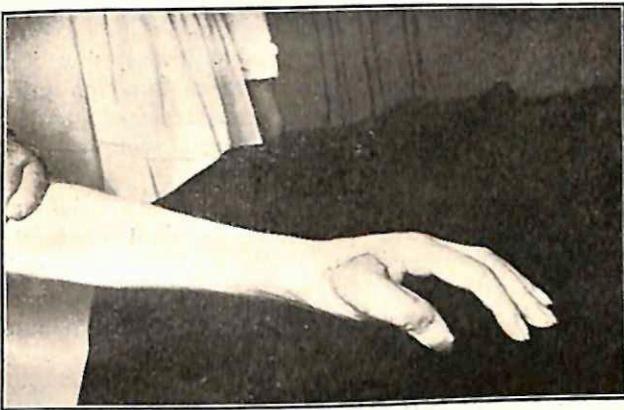


Fig. 4.

l'abdomen, recouvrant toute la paume de la main (fig. 3). Suites normales. Guérison per primam; détachement du lambeau le 22^{me} jour. Le lambeau est très bien vitalisé. Il ne présente pas de troubles trophiques dans la suite. La paume de la main est très bien matelassée et la peau s'adapte bien à ses nouvelles fonctions.

Obs. 3). Th. Marcel, ouvrier agricole. Arrachement de toute la peau recouvrant le pouce droit du côté dorsal par une chaîne de laquelle le blessé n'a pas pu se dégager lors d'une chute. Les tendons extenseurs sont à nu. L'articulation métacarpo-phalangéenne est ouverte. Excision de la plaie et autoplastie immédiate par un lambeau pédiculé de la peau de l'abdomen. Guérison par première intention, section du pédicule le 21^{me} jour. Pas de troubles trophiques du lambeau. Récupération d'une bonne fonction du pouce (fig. 4).

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1939

La luxation de la hanche chez l'adulte. — M. FABER.

La luxation de la hanche chez l'adulte est une lésion assez rare. Personnellement, je ne l'ai observée dans ma pratique que trois fois. Je me permets de vous présenter les deux derniers cas que j'ai pu observer parce qu'ils présentent quelques particularités intéressantes.

Nous savons que les luxations de la hanche ne s'observent chez l'adulte qu'à la suite de traumatisme très violent touchant la cuisse en flexion. Dans cette position la tête sort de la capsule par sa partie inférieure et prend désormais une position soit en avant, soit en arrière. Il y a donc deux variétés: la luxation antérieure et la luxation postérieure. Dans chaque variété la tête peut occuper deux situations: haute ou basse. Dès lors, nous pourrions distinguer les 4 luxations suivantes:

antérieure haute = suspubienne, luxatio, suprapubica
antérieure basse = ovalaire ou obturatrice, luxatio obturatoria
postérieure haute = iliaque, luxatio iliaca
postérieure basse = ischiatique, luxatio ischiatica.

La position de la jambe dans ces différentes sortes de luxation est imposée par la tension du ligament de Bertin. C'est ainsi que nous trouverons dans les variétés antérieures (les plus rares), la jambe en abduction et en rotation externe. Dans les variétés postérieures (les plus fréquentes) la jambe en *adduction* et en *rotation interne*.

Dans les luxations hautes (antérieures ou postérieures) le membre se trouve en extension, dans les luxations basses, le membre se trouve en flexion.

1) Dans notre premier cas il s'agit d'une luxation ischiatique, donc d'une postérieure basse. Il est remarquable à ce point de vue qu'il s'agit d'un homme de 76 ans, âge où la luxation est très rare, parce que nous observons à cet âge dans les accidents touchant l'articulation de la hanche surtout des fractures du col. La luxation est survenue par une chute dans les escaliers. La réduction a été très facile. La récupération fonctionnelle a été très rapide malgré l'âge et une petite fracture du bord du cotyle bien visible à la radio.

2) Dans le 2^{me} cas il s'agit aussi d'une luxation ischiatique chez un homme de 35 ans où la réduction a rencontré plus de difficultés. En effet, pendant les manoeuvres de réduction — qui se font comme on sait par traction continue, la cuisse étant fléchie à angle droit et le malade étant couché par terre — la tête ne s'est pas engagée dans le cotyle, mais l'a contourné en bas pour se mettre devant le trou obturateur réalisant dès lors une luxation antérieure basse. Les radiographies faites au cours des manoeuvres de réduction montrent très bien ces deux positions. Ce n'est qu'après différentes tentatives qui ont régulièrement abouti au résultat décrit que la réduction a réussi.

Corps étranger de la troisième portion du duodénum. —

M. FABER.

Chez l'enfant la plupart des corps étrangers avalés, même les corps étrangers pointus, passent le tube digestif sans encombre. Il est rare qu'on doive intervenir pour extraire un corps étranger qui, à cause de sa forme ou de sa grandeur, a été arrêté en route.

Dans le cas présent il s'agit d'une pince à cheveux longue de 5,5 cm qui avait été avalée par une fillette de 3 ans. La pince avait été repérée d'abord dans l'estomac où elle a séjourné pendant plusieurs jours. Quatre jours après l'ingestion nous la voyons dans une autre position. La pointe qui auparavant était tournée vers le pylore regarde maintenant à gauche et en haut. Elle est donc de toute évidence sortie de l'estomac, mais ne se trouve pas dans le colon transverse, comme le montre la réplétion du colon par un repas baryté. Après une nouvelle ingestion de baryum la radioscopie de face pourrait faire croire que la pointe se trouve encore dans l'estomac. Mais c'est la radioscopie et graphie de profil qui permettent de la localiser derrière l'estomac. Elle doit donc se trouver dans la 3^{me} portion du duodénum où elle a été arrêtée par l'angle duodéno-jéjunal. Après plusieurs observations qui ont montré que la pince ne pouvait pas franchir cet obstacle je me suis décidé à l'enlever par laparatomie 15 jours après l'ingestion. L'intervention n'a pas été facile en raison de la profondeur de la situation du corps étranger et de la difficulté de le mobiliser. Il a été en effet impossible de lui faire franchir l'angle duodéno-jéjunal comme c'était ma première intention pour pouvoir l'extraire de la première anse jéjunale. J'ai dû refouler la pince dans la portion descendante du duodénum où j'ai pu l'extraire par une incision de la face antérieure du duodénum immédiatement au-dessus de la partie qui est recouverte par le mésocolon,

Les suites de l'opération ont été normales et la guérison s'est faite sans incident.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1939

Lésion du nerf cubital par brûlure cutanée. — M. FELTGEN.

Monteur-électricien d'une trentaine d'années essuie deux brûlures du 4^e degré par courant électrique: l'une à proximité de l'aisselle droite côté extension, l'autre au coude droit, également côté extension. Plaies promptement guéries par application du *Tulle gras Lumière*. Les cicatrices sont luisantes-rougeâtres-faiblement renflées, un peu dures au toucher ne causant pas de tension cutanée d'importance. La seconde plaie a sécrété jusque dans les derniers temps, elle est sèche depuis deux semaines.

Les deux cicatrices (de 7/2 et de 4/5 cm de surface) sont donc pratiquement insignifiantes.

Détail fâcheux:

Le nerf cubital semble avoir souffert à son passage au coude par la seconde brûlure, car, tous les symptômes habituels se font remarquer:

- 1) 4^e et 5^e doigt sont froids au toucher;
- 2) la peau en est assez livide;
- 3) les deux doigts se présentent en flexion (à 50%);
- 4) tous les muscles desservis par le nerf cubital sont plus ou moins atrophiés;
- 5) la sensibilité est émoussée à l'hypothenar, au 5^e doigt et à la moitié latérale du 4^e doigt.

En serrant le poing, tous les doigts y prennent part normalement, l'opposabilité des doigts est défectueuse, surtout quant au 4^e et notamment quant au 5^e doigt, ce dernier ne pouvant toucher l'extrémité du pouce convenablement.

La circonférence de la main moyenne à droite 21,75 cm. à gauche 19,50 cm., différence de 2,25, donc atrophie générale de la main.

L'accident est survenu le 16 juin 1939.

Le premier examen médical par l'Association d'assurances: le 4 octobre 1939: symptômes de lésion du nerf cubital remarqués pour la première fois, paraît-il.

Le deuxième examen: le 8 novembre 1939: symptômes aggravés.

Le cas de lésion du nerf cubital par courant électrique est plutôt rare, d'après mon expérience personnelle.

Présentation de pièces anatomo-pathologiques. — M. SPARTZ.

M. le docteur SPARTZ, vétérinaire municipal à Luxembourg, présente quelques pièces pathologiques provenant d'animaux de boucherie, à savoir:

- 1 — *des fragments de rate, de foie et de poumon d'un veau belge, mâle, pie rouge, âgé de 5 semaines, atteint de granulie tuberculeuse, documentée par de nombreux tubercules fibreux et*

fibro-calcaires siégeant dans les organes des cavités pectorale et abdominale. Tous les ganglions lymphatiques viscéraux et intermusculaires ont fortement augmenté de volume et sont parsemés d'infiltrations radiaires ou de tubercules fibro-calcaires en voie de subir la dégénérescence caséuse. Les deux faces du diaphragme présentent de nombreux placards tuberculeux. En égard à l'âge du veau, au volume et aux caractères anathomo-pathologiques des lésions, il y a lieu d'admettre qu'il s'agit d'un des cas très rares de tuberculose congénitale, la dissémination des bacilles de Koch ayant eu lieu vers le 8^{me} mois de la gestation;

- 2 — *un ostéome tuberculeux du volume d'un oeuf d'oie*, situé dans la soudure des os frontaux, au milieu du front et se présentant cliniquement sous forme d'une bosselure dure, indolore, de forme allongée, nettement délimitée des parties avoisinantes. L'ostéome fait hernie dans la cavité crânienne sous forme d'une poire très épaisse, comprimant le cortex. Les lobes olfactifs du cerveau sont parsemés de granulations tuberculeuses. Les sinus maxillaires et frontaux présentent de nombreux tubercules du volume d'un petit pois. La vache a été saisie en totalité pour cause de tuberculose généralisée, à base de lésions anciennes, très graves, siégeant dans les cavités thoracique et abdominale.
- 3 — *un cas d'échinococcose à vésicules fertiles* chez une truie âgée de 2½ ans. Les vésicules échinococciques ont le volume d'un oeuf de poule et présentent d'innombrables scolex juxtaposés.
- 4 — *des lymphosarcomes multiples* chez un veau de 4 mois. Un ganglion lymphatique de l'intestin grêle présente un lymphosarcome de 400 grammes. La portion sternale des côtes présente des lymphosarcomes allongés et mous. Deux lymphosarcomes du volume d'un gros pois siègent dans la région rénale du canal médullaire et ont provoqué la paralysie de l'arrière-train par compression de la moelle épinière.
- 5 — *un cas de fibromatose* chez une vache âgée. Le muscle peaucier, la crosse de l'aorte, l'épicarde et l'endocarde présentent des fibromes multiples du volume d'une grosse noix. Les fibromes sont à coupe homogène, gris blanc, quelques tumeurs ont subi une dégénérescence centrale avec présence d'un contenu huileux. Le ganglion lymphatique du rein droit présente un lipofibrome du volume d'un gros poing, le ganglion lymphatique souscapulaire droit présente un lipofibrome d'un poids de 2 kgs.

Forme pseudo-pleurétique des kystes aériens du poumon. —

MM. HERTZ et ZOLLER.

Le docteur Zoller et moi nous avons eu l'occasion de voir un cas de kystes aériens du poumon à symptomatologie pleurétique. La rareté de cette maladie pulmonaire, la difficulté et l'importance

des problèmes diagnostiques et pronostiques qu'elle comporte nous incitent à vous le rapporter succinctement.

Au mois de novembre 1938 un paysan de 51 ans est pris brusquement d'une crise douloureuse violente. Cette douleur siège dans la fosse iliaque droite, elle s'accompagne de vomissements et d'une dyspnée violente avec accès de suffocation. Malgré un malaise général intense le malade ne fait appeler aucun médecin. Au bout de 48 heures de douleurs et d'angoisse, l'intensité de la dyspnée l'oblige cependant à faire appel à un médecin. Celui-ci trouve un épanchement droit abondant, note, fait à retenir, l'absence de température et prescrit une médication calmante. Mais l'intensité de la dyspnée impose le lendemain une thoracentèse de 1100 gr de liquide clair. Au bout de huit jours la situation s'aggrave de nouveau et le malade est transporté dans une clinique où l'on fait une deuxième ponction évacuatrice de 1500 gr. A partir de ce moment, d'après les dires du malade, son état se serait compliqué.

La fièvre absente jusqu'e-là s'allume, elle oscille autour de 38, l'appétit diminue, un amaigrissement discret s'installe. La douleur thoracique s'est atténuée mais il persiste un point de côté permanent droit.

L'expectoration est abondante, glaireuse mais non purulente, évacuée après des accès de toux répétés.

Il n'y a pas eu d'hémoptysie.

C'est pour ces symptômes que le malade vient nous voir.

A l'examen on se trouve en présence d'un homme de forte taille de constitution presque athlétique.

Dans ses antécédents on ne trouve qu'une sciatique rhumatismale il y a quelques années; il est père de deux enfants bien portants — ses parents sont morts l'un d'un accident à 67 ans, l'autre d'une maladie aiguë à 37 ans.

Trois soeurs et un frère sont bien portants.

On ne trouve aucune trace de bacillose familiale.

La maladie est venue surprendre notre malade en pleine possession de ses forces.

A l'examen on trouve une matité s'étendant sur les deux tiers inférieurs du poumon droit.

une abolition complète des vibrations,

une absence du murmure vésiculaire avec égophonie,

il n'y a aucun bruit surajouté ni du côté malade ni du côté opposé,

le foie déborde de trois travers de doigt,

le coeur n'est pas déplacé, il n'y a d'ailleurs aucun signe objectif ni myocardique,

la tension est de 13-9, le pouls à 90,

la rate n'est pas palpable,

l'examen général ne révèle rien de particulier,

les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, B. W. = négatif,

le diagnostic clinique de pleurésie est confirmé par la ponction qui ramène un liquide clair,

le liquide ne contient que quelques rares lymphocytes sans placards endothéliaux et sans microbes,

la culture est stérile, il n'y a pas de B. K.,

les crachats ne contiennent pas de BK.,

la radioscopie montre une opacité de la base droite mais sa limite supérieure ne dessine pas du tout une courbe à concavité supérieure;

pour préciser cet aspect nous faisons une radiographie pulmonaire après injection de lipiodol descendant.

L'examen de ces clichés est des plus intéressant. Trois éléments frappent:

1. la présence de cavités claires creusées en plein parenchyme elles siègent dans le tiers moyen du poumon droit; elles sont assez grandes, deux de ces cavités ont environ 4 cm de haut sur 3 cm de large, la trame pulmonaire y est moins nettement dessinée que partout ailleurs. Elles sont ovalaires, les unes d'une clarté uniforme, les autres présentent un niveau horizontal, le bord est très finement dessiné.

2. Une opacité peu dense couvre tout le tiers inférieur droit de l'image thoracique; le bord péricardique droit est mal dessiné.

3. Une ligne assez épaisse et régulière dessine un pneumothorax droit peu étendu, l'image thoracique gauche est tout à fait normale. Cette image permet de faire le diagnostic de kystes aéro-liquidiens du poumon droit; elle nous permet aussi de comprendre la symptomatologie: crise douloureuse initiale avec état de choc et dyspnée, apparition d'emblée d'un épanchement abondant et apyrétique. Chez un malade sans antécédent. Nous l'interprétons comme la rupture d'un kyste aéro-liquidien.

Fort de ce diagnostic nous conseillons au malade un traitement simple de désinfection pulmonaire; nous renonçons à tout traitement bacillaire, à toute cure sanatoriale et à toute convalescence prolongée. Néanmoins le pronostic semble un peu réservé du fait de cette fistule pleuro-pulmonaire.

L'évolution va nous surprendre par sa bénignité clinique et les modifications radiologiques.

Cliniquement la température va régresser, l'état général reste parfait. Cependant de temps en temps le malade se sent mal à l'aise pendant un ou deux jours; il éprouve une certaine gêne respiratoire pendant un ou deux jours. Puis au cours d'une vomique il rejette un liquide glaireux visqueux, assez abondant; cette vomique est suivie de la disparition de tout trouble fonctionnel. La radioscopie montre une légère diminution de la transparence pulmonaire sans trace de formation kystique; ce n'est qu'en oblique antérieure droite que le cliché montre un pneumothorax partiel résiduel (20. 4. 39).

Cette histoire clinique nous semble intéressante à plusieurs points de vue. Par le syndrome de perforation pulmonaire apyrétique qui a inauguré ce tableau clinique, par l'intérêt majeur du diagnostic exact de ces hydro-pneumothorax; par les problèmes qu'elle soulève, problèmes radiologique et évolutif.

Comment expliquer en effet cette disparition d'image kystique pulmonaire, comment comprendre la guérison spontanée d'une fistule pleuro-pulmonaire et peut-être pleuro-bronchique?

Ces modifications importantes du parenchyme pulmonaire sont signalées par différents auteurs; mais il faut avouer que nous ignorons complètement pourquoi ces kystes apparaissent à un certain moment et pourquoi ils disparaissent. D'ailleurs ce nettoyage radiologique ne signifie peut-être pas la disparition des lésions. Il est possible que des stratigraphies permettent de déceler des lésions invisibles sur un cliché normal.

L'évolution favorable est sans doute le fait le plus étonnant. Lorsqu'on pense à la gravité des perforations pulmonaires qu'il s'agisse d'un poumon tuberculeux ou d'un abcès cortical, on est frappé par la bénignité de l'évolution chez notre malade. Il est probable qu'il faut l'attribuer à une double raison: la minceur de la paroi kystique et l'intégrité du parenchyme environnant; à l'opposé des cavernes tuberculeuses et des abcès qui sont entourés par une coque épaisse, le kyste semble, pour ainsi dire, creusé en parenchyme sain, et l'on sait que les cavernes dont la coque est le moins épaisse sont le plus facilement curables.

L'état normal du parenchyme environnant qui a conservé toute son élasticité et ses moyens de défense permet de comprendre la fermeture de cette fistule pleuro-pulmonaire. Et c'est à cette intégrité du parenchyme pulmonaire entourant les kystes et la fistule qu'il faut attribuer l'évolution favorable de ce tableau sérieux de perforation pulmonaire et peut-être aussi le nettoyage radiologique de ces images de kyste aéro-liquidien du poumon.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1939

Panari osseux guéri par ondes courtes. — Dr. FELTGEN.

A la suite d'un panari banal de l'index se développe une ostéite de la phalange. La guérison en est obtenue en 3 semaines par des applications d'ondes courtes tous les jours.

Monstre chez un veau. — Dr. SPARTZ

donne quelques explications sur un cas rare de monstruosité, qu'il a eu l'occasion d'observer chez un veau. Il s'agissait d'un cas de coelosomia.

Tumeur bénigne dégénérée de l'estomac. — Dr. HERTZ.

Voir page 16 un autoréférent de cette communication.

Spasme de l'artère fémorale. — Dr. LOUTSCH

rapporte une observation de spasme de l'artère fémorale qui se produisit chez une femme de 42 ans 6 jours après une hystérectomie pour fibrome. Le début des accidents fut brutal par une douleur extrêmement violente suivie d'un refroidissement et d'une pâleur livide de tout le membre inférieur. L'absence complète de

battements artériels et de toute oscillation au Pachon fit faire le diagnostic d'embolie artérielle d'autant plus que la malade était une cardiaque. A l'intervention on ne trouva aucun caillot, mais un spasme de l'artère fémorale qui était réduite à l'épaisseur d'un mince cordon. Une sympathectomie péri-artérielle eut raison des accidents et amena la guérison sans sequelles.

A propos d'un cas de maladie de Simmonds. — Dr. J. FABER rapporte un cas typique de maladie de Simmonds chez une jeune fille, qui fut améliorée considérablement par des extraits hypophysaires.

Traitement de la polyglobulie. — Dr. DEMUTH pose la question du traitement de la polyglobulie par la transfusion sanguine. Ce traitement paradoxal en apparence l'est moins quand on réfléchit que dans certains cas bien déterminés de transfusion d'un groupe à un autre, compatibles évidemment quant à la réalisation de la transfusion, on arriverait à obtenir une destruction de globules rouges. Question posée, qui n'a pas encore eu d'essai pratique.

Société Luxembourgeoise de Chirurgie

Au Comité de la Société des Sciences Médicales et au Comité de Rédaction du «Bulletin» qui nous ont offert une hospitalité généreuse et nous ont cédé ces pages, les membres de la Société Luxembourgeoise de Chirurgie expriment leurs remerciements dévoués.

* * *

La Société Luxembourgeoise de Chirurgie a passé son premier anniversaire. Une année d'existence, c'est bien peu, mais cela représente quand même une étape, et non des moins pénibles. Après cette période de discrète incubation, la Société de Chirurgie prendra sa part aux manifestations du corps médical luxembourgeois; elle publiera à l'avenir les comptes-rendu de ses séances et ses nouvelles, ainsi que — in extenso — certaines communications de ses membres dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales.

SÉANCE ANNUELLE DU 19 OCTOBRE 1939

M. N. *Pauly*, Président, rappelle les débuts de la Société qui a groupé, dès les premiers jours, la majorité des chirurgiens luxembourgeois. Des séances d'organisation, des communications et des discussions ont marqué la première année d'existence. Il souligne la portée de nos relations internationales. Mais ce qui reste à faire est toujours plus important que ce qui a été fait. Le Président en appelle aux qualités chirurgicales des membres, à leur activité et à leur persévérance dont il aimerait voir imprégnés les travaux de la Société.

Après le rapport du Secrétaire et du Trésorier, l'assemblée établit le plan de travail pour 1939—1940; elle décide de faire des séances mensuelles qui auront lieu le 3^{me} jeudi de chaque mois. Au cours de la discussion sur l'organisation des séances, certains membres demandent à voir figurer sur l'ordre du jour des questions de traumatologie qui nécessitent une mise au point et à qui les événements ont donné un caractère d'actualité de premier plan.

Le Comité sortant, composé de Messieurs *Pauly*, Président, *Marx*, Secrétaire et *Houdremont*, Trésorier, est réélu par acclamation.

* * *

Nous donnons ci-dessous quelques extraits du rapport du Secrétaire sur l'activité de la Société pendant sa première année.

Rapport sur l'activité de la Société Luxembourgeoise de Chirurgie

La Société Luxembourgeoise de Chirurgie fut fondée le 19 août 1938.

Réunir les chirurgiens luxembourgeois en une société a paru pour beaucoup d'entre nous un illusoire défi aux lois des compatibilités; mais il aurait été certes plus honorable pour nous et peut-être plus fécond pour notre activité de voir cette société naître du désir spontané des chirurgiens de se rencontrer ailleurs que dans une clinique. Ce fût à la faveur de circonstances extérieures que prit naissance notre société.

Dans une de ses séances préparatoires pour le Congrès International de Chirurgie de 1938, le comité de la Société Internationale qui siège à Bruxelles a manifesté le désir de voir le Grand-Duché figurer parmi les 48 nations qui sont représentées dans cette société. Je crois même que le Luxembourg était le seul pays européen chirurgical à n'en pas faire partie.

L'inépuisable et universel Secrétaire de la Société Internationale M. Léopold Mayer, nous demandait donc de constituer une Société nationale de Chirurgie, condition préalable pour faire partie de la Société Internationale de Chirurgie.

C'est ainsi que sous le parrainage de Léopold Mayer s'est formée la Société Luxembourgeoise de Chirurgie.

Les débuts de notre Société furent encourageants. Sur les 14 chirurgiens à qui nous nous étions adressés, 11 ont répondu à notre appel: Bellwald, Faber, Houdremont, Knaff, Knebgen, Loutsch, Mouton, Marx, Pauly, Pesch et Schuman.

La Société eut rapidement un bel état civil et une morphologie de vraie société, avec son Comité composé de Pauly, président, Marx, secrétaire et Houdremont, trésorier, avec des statuts et une cotisation

et avec un élan admirable de bonne volonté pour faire des séances régulières.

Le comité eut soin de respecter les convenances officielles et confraternelles en annonçant la constitution au Ministre du Service Sanitaire, au Ministre de la Prévoyance Sociale, au Collège Médical et à la Société des Sciences Médicales.

Cette annonce coïncidait avec les journées spasmodiques du mois de septembre 1938 et il faut probablement chercher dans les trances de cette époque la raison de l'indifférence et de la discrétion qui nous accueillit. Le Comité tient cependant à exprimer ses remerciements à la Société des Sciences Médicales qui a mis à notre disposition sa salle pour nos réunions et son bulletin pour nos publications.

Pourtant, la constitution d'une Société nationale de Chirurgie ne se justifiait pas seulement par l'unique désir de voir les chirurgiens luxembourgeois représentés au Congrès International de Bruxelles. Je suis convaincu, aujourd'hui encore, que l'existence de notre société s'impose pleinement. N'oublions pas que nous sommes une société homogène, composée uniquement de chirurgiens de carrière. Que les obligations vis-à-vis d'une clientèle de plus en plus instable et l'exiguïté surtout de notre pays, puissent parfois susciter des rivalités, pourquoi le nier? Mais à l'opposé n'avons-nous pas une même activité scientifique, les mêmes aspirations professionnelles, les mêmes gestes et les mêmes réflexes, quelque soit l'école d'où nous sortions? L'ensemble des qualités chirurgicales, intellectuelles et manuelles, depuis nos premiers essais maladroits jusqu'à la réalisation de cette magnifique anastomose entre le cerveau et les mains nous place — sans vanité et sans fausse modestie — parmi l'élite du corps médical.

La collaboration scientifique et la défense de nos intérêts, pourront réaliser une oeuvre, modeste il est vrai, mais pourtant vivante, intéressante et utile.

Parmi les travaux de la Société il faut signaler en premier lieu le rapport d'Henri Loutsch sur l'anatoxine tétanique. Henri Loutsch nous a exposé d'une façon claire, personnelle et critique les nouvelles acquisitions dans la prophylaxie du tétanos. Ceux qui n'assistaient pas à cette réunion ont certainement lu son article dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales. Nous pouvons à titre de remerciements lui dire qu'il a appris à beaucoup d'entre nous des choses nouvelles.

A la demande du Service Sanitaire, la Société a élaboré un «Projet d'organisation chirurgicale du Grand-Duché en temps de guerre». Les mesures que nous avons préconisées ne visaient nullement à supplanter celles que la Défense Passive avait déjà prises ou était en train de réaliser. Elles ne faisaient que les compléter, en s'occupant uniquement du traitement des blessés chirurgicaux, problème aussi important que celui du traitement médical des gazés et des asphyxiés. Par la même occasion nous avons attiré l'attention des pouvoirs publics sur la situation toute spéciale dans laquelle seraient entraînées les cliniques, tant au point de vue de l'hospitalisation que celui de l'approvisionnement.

Ce projet fut rapidement mis au point et déposé au Gouvernement dans le délai le plus bref, mais il fut enveloppé soigneusement du plus opaque silence administratif qui garantit les secrets de l'Etat. Le projet ne semble cependant pas avoir été si mauvais, à en juger par les différents camouflages sous lesquels il a été remis en circulation. Mais

ce qu'il faut retenir, c'est que les chirurgiens n'ont pas été appelés officiellement à mettre sur pied une organisation de secours aux blessés chirurgicaux. Pourtant, notre projet, élaboré il y a un an, n'a rien perdu de son caractère actuel, bien au contraire. Le traitement des plaies, des fractures, des brûlures, de tous les traumatismes en un mot, qui se fait dans le silence d'une salle d'opération ou d'une salle de pansement, est peut-être dépourvu de ce côté spectaculaire et encore un peu mystérieux dont s'entoure la lutte contre les gaz et les toxiques de guerre et qui frappe davantage l'imagination des foules. Pourtant, à en juger par les leçons de la campagne de Pologne, la menace d'accidents chirurgicaux est beaucoup plus immédiate et plus certaine.

Dans ses manifestations extérieures, notre société a plusieurs succès à inscrire.

En premier lieu nous devons signaler notre participation au 11^{me} Congrès International de Chirurgie qui se déroulait à Bruxelles du 19 au 22 septembre 1938. La Société Luxembourgeoise de Chirurgie y était représentée par Faber, Houdremont et Marx. Aux séances de travail où les questions du traitement chirurgical de l'hypertension, des greffes osseuses et du traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon étaient à l'ordre du jour, nous nous sommes trouvés dans une atmosphère de haute science chirurgicale. Les réceptions et les représentations organisées dans la somptueuse et cordiale tradition de nos confrères belges, nous ont donné l'occasion de renouer d'anciennes relations avec nos Maîtres de Facultés et de créer de nouvelles amitiés avec des chirurgiens étrangers.

A la suite du Congrès de Bruxelles, huit chirurgiens luxembourgeois ont été només membres titulaires de la Société Internationale de Chirurgie: Faber, Houdremont, Knaff, Knebgen, Loutsch, Marx, Pauly et Schuman.

Nous avons eu une seconde fois l'occasion de représenter notre société à l'étranger à l'occasion des Journées Médicales de Bruxelles qui eurent pour cadre cette année l'Exposition de Liège. La Société Belge de Chirurgie avait invité les chirurgiens luxembourgeois à prendre part à sa séance extraordinaire du 24 juin à l'Hôpital de Bavière. Le Président et le Secrétaire qui représentaient notre société assistaient aux séances où furent discutés le traitement chirurgical des affections du colon (cancer et tuberculose exceptés) et les obstructions des voies biliaires.

Au cours de ces mêmes journées, nous avons eu l'honneur de représenter notre société au Congrès International de Traumatologie qui eut lieu sous la Présidence du Professeur Albert. Tout comme à Bruxelles, nous avons été reçus à Liège dans la chaleureuse ambiance de l'hospitalité belge.

Nous avons l'intention de profiter du Congrès Français de Chirurgie pour établir des rapports plus suivis avec des chirurgiens français — les événements s'y sont opposés.

Cependant nos relations avec les chirurgiens belges, amorcées au Congrès de Bruxelles, consolidées aux Journées Médicales de Liège, s'engagent dans une voie de véritable collaboration. Nous avons trouvé auprès des dirigeants de la Société Belge de Chirurgie comme L. Mayer, Spehl, Lorthioir, Dejardin, de réelles amitiés. Spontanément, les chirurgiens belges ont exprimé le désir de renforcer nos relations. Ils vont mettre à l'ordre du jour de leur prochaine assemblée générale, la question des chirurgiens luxembourgeois dans l'intention de nous faire pren-

dre une part active à leurs séances, non pas comme associés étrangers, mais en quelque sorte comme associés nationaux. Notre Comité estime que cette distinction nous honorerait grandement. Nous tenons à signaler encore que le Comité de Rédaction de Bruxelles-Médical a mis aimablement à notre disposition les colonnes de l'excellente revue belge pour y faire paraître les compte-rendu de nos séances.

Que reste-t-il à faire?

D'abord organiser nos réunions, les rendre plus vivantes, mieux fréquentées. Un programme scientifique, un programme professionnel. Reprenons l'idée de mettre en discussion certaines questions de pratique courante que l'un de nous exposera. Il est un chapitre de la pathologie chirurgicale qui est à l'heure actuelle de premier plan: c'est celui des traumatismes. J. Faber nous doit toujours son rapport sur le traitement des plaies des parties molles. Pourquoi ne pas enchaîner en pulsanant dans le vaste domaine de la traumatologie les questions sur le traitement des fractures ouvertes, des traumatismes crâniens, des plaies des articulations, des nerfs, des tendons. Une mise au point de ces différentes questions dépasse largement le seul intérêt théorique.

Mais l'étude de ces questions ne doit pas faire écarter les observations personnelles, la présentation de radiographies, de pièces opératoires, c'est-à-dire tous les problèmes de la pratique courante et de notre travail journalier.

Nous sommes ici entre chirurgiens qui savons ce que notre spécialité nous réserve souvent comme imprévus et nous pouvons avoir entre nous la sincérité de nos erreurs. «On tire de notre art encore plus d'instruction des fautes que des succès» écrit *Forgue* dans son livre passionnant sur «Les Pièges de la chirurgie»...

A côté de ces questions purement scientifiques, il est des questions professionnelles que nous pouvons aborder également, sans pour cela empiéter sur les prérogatives du Syndicat. Pourquoi ne nous mettrions-nous pas, nous chirurgiens, à établir un tarif d'honoraires adaptés à l'état actuel de la chirurgie. Les Caisses de Maladie et les Assurances Sociales n'écarteraient peut-être pas d'emblée un tel projet. Pourquoi n'en prendrions-nous pas l'initiative?

Tout acte médical comporte une conclusion de pronostic. Quel est le pronostic pour notre société? Ne soyons pas pessimistes.

Qui d'entre nous n'a pas, à la fin d'une journée de tracas, de surprises désagréables, d'inquiétudes post-opératoires, chassé la vague de découragement par le même réflexe de défense qui fait s'écrier Antoine Thibaut de Roger Martin du Gard «un beau métier tout de même».

Le comité est convaincu que notre petite société fera une oeuvre utile, si à nos travaux, nous transfusions ce sentiment qui préside à toute notre activité chirurgicale: l'amour de notre métier.

Dr. Jean FABER.

Le traitement des septicémies à streptocoques.

Le traitement des septicémies à streptocoques était, jusqu'il y a peu d'années, encore bien décevant. Les médicaments, que la chimiothérapie mettait jadis à notre disposition pour lutter contre l'infection streptococcique généralisée étaient — il faut bien l'avouer — fort peu efficaces pour ne pas dire inopérants. Ceci s'applique aussi bien à l'urotropine intraveineux, qu'au salicylate de soude, aux arsénobenzènes, au bleu de méthylène et aux autres colorants comme la trypaflavine, le rivanol etc. La vogue des métaux colloïdaux tels que l'électrargol, le lantol, l'or colloïdal, l'électrocuprol a été bientôt réfrénée par les médiocres résultats de cette médication, qui en somme ne réalisait qu'un choc plus ou moins brutal selon qu'on employait l'injection intraveineuse ou l'injection intramusculaire. Pour ma part je dois dire que j'ai toujours été frappé par l'inefficacité des métaux colloïdaux dans les infections graves et que c'est pour cette raison que je les ai abandonné depuis longtemps.

En l'absence de toute médication antiinfectieuse efficace il était et il est encore aujourd'hui de règle de pratiquer dans les cas sévères de septicémie un abcès de fixation. Cette méthode, qui rapelle les vieilles thérapeutiques de dérivation, les fontanelles et les cautères des médecins de Louis XIV est née en France où elle est fréquemment employée. Elle a été préconisée en 1891 par Fochier de Lyon qui se basait sur la notion bien connue que les états infectieux et septicémiques qui s'accompagnent de suppurations sont ordinairement d'un pronostic plus bénin. Il était donc logique de penser qu'en provoquant une suppuration artificielle celle-ci pourrait contribuer à la guérison de l'infection. Le mode d'action de l'abcès de fixation demeure cependant relativement obscur. Agit-il par une fixation de germes ou de toxines ou par une renouation leucocitaire ou par une action dérivatrice ou enfin, ce qui est le plus probable, par un effet stimulateur de la production d'anticorps spécifiques? On ne le sait pas trop. Personnellement je ne suis pas partisan de l'abcès de fixation, dont les avantages ne me semblent pas contrebalancer les inconvénients. On doit avouer cependant qu'il est un bon

élément de pronostic. Nous savons, que s'il ne se forme pas d'abcès malgré la répétition des injections de thérébentine, le pronostic peut être considéré comme fatal. Ajoutons que l'inverse est loin d'être vraie. Mais quoi qu'il en soit nous savons que nous pourrions escompter en général une marche favorable de la maladie si l'abcès prend rapidement. Cet élément de pronostic n'est donc pas à négliger.

Les dernières années ont heureusement enrichi singulièrement notre arsenal thérapeutique dans la lutte contre les septicémies à streptocoques. Ce sont avant tout trois moyens thérapeutiques que nous pourrions mettre en oeuvre pour combattre efficacement ces redoutables affections. A savoir, *les composés organiques du soufre, la transfusion sanguine et la sérothérapie*. Ces nouvelles médications et interventions thérapeutiques ont permis d'éclaircir très notablement le pronostic des septicémies à streptocoques et de sauver des malades qui, jadis, auraient été irrémédiablement perdus.

Une remarque préliminaire s'impose.

Il serait parfaitement illogique de vouloir traiter médicalement une septicémie à streptocoques sans intervenir sur le foyer initial, d'où part l'ensemencement du sang. Encore faut-il savoir que l'intervention chirurgicale sur la zone infectée peut aggraver la septicémie. Pour éviter l'essaimage des bacilles dans le sang, nous nous servons dans les interventions sur les foyers infectieux, comme p. ex. pour l'ablation en bloc d'un anthrax, du bistouri électrique. L'intervention chirurgicale est donc très souvent à la base du traitement des septicémies à streptocoques. Toujours est-il, qu'en dehors des amputations qui peuvent quelquefois sauver le malade ou des ligatures veineuses, dont nous avons pu apprécier la valeur dans un cas (obs. 5) en dehors naturellement des interventions sur les foyers de suppuration formés secondairement, la chirurgie doit céder le pas à la médecine dans le traitement des septicémies à streptocoques.

Dans ce traitement il y a un facteur qui est particulièrement favorable à notre action thérapeutique, c'est l'évolution parfois très longue de la septicémie qui nous laisse le temps d'agir et d'insister avec les différents moyens thérapeutiques qui sont à notre disposition. Inutile de dire, que contre les formes suraigues qui tuent en trois ou quatre jours, nous sommes ordinairement désarmés. Mais dans les formes subaigues qui peuvent durer des semaines et des mois (comme dans notre obs. 4) nous avons le loisir de mettre en jeu toutes les ressources de la thérapeutique moderne.

Passons en revue les trois moyens thérapeutiques les plus efficaces et qu'on devrait mettre toujours en oeuvre dans le cas d'une septicémie à streptocoques d'allure quelque peu grave.

1^o La transfusion sanguine.

Elle nous a donné des résultats remarquables et dans quelques cas, comme dans notre obs. 1. un effet miraculeux. Nous pensons que dans les infections le sang nouveau renforce et débloque les moyens de résistance du malade, que probablement aussi, il lui apporte des anticorps et des éléments sanguins bactéricides. Son action sur l'état anémique et sur les hémorragies est indéniable et intervient sûrement dans l'efficacité de la méthode.

Ce qui est certain, c'est qu'on peut noter après la transfusion sanguine une chute quelquefois définitive de la température et du pouls. De pair avec cette amélioration très souvent immédiate, nous constatons une amélioration subjective très nette, une stimulation de l'appétit et la reprise des forces.

Dans une étude très intéressante et étayée par des courbes de températures fort suggestives sur la transfusion sanguine dans les infections puerpérales généralisées (Revue française de gynécologie et d'obstétrique, mars 1939) notre compatriote *J. Limpach* en collaboration avec le *Dr. Keller*, conclut que «la valeur thérapeutique de la transfusion sanguine est incontestable; actuellement elle constitue la méthode la plus efficace que nous avons à notre disposition pour lutter contre l'infection puerpérale généralisée».

Ajoutons que l'efficacité de la transfusion est liée à la précocité de son application. Elle a son maximum d'efficacité au début de la phase sanguine de la septicémie. Quant à la quantité de sang transfusé, des transfusions de 150 à 200 grammes sont suffisantes, mais on doit les répéter à des intervalles assez rapprochés.

L'idéal serait évidemment, si on pouvait disposer d'un donneur convalescent d'une septicémie à streptocoques pour pouvoir réaliser une immunotransfusion. En pratique ceci ne pourra être réalisé que très rarement. Il est sans contredit que l'immunotransfusion par l'introduction massive d'anticorps spécifiques a une action beaucoup plus efficace. Dans le cas de l'observation qui va suivre, je n'hésite pas à attribuer la véritable résurrection du malade presque moribond, au fait, que j'ai eu la chance de pouvoir pratiquer une immunotransfusion:

Obs. 1) Malade de 45 ans, pleurésie purulente postgrippale. mauvais état général, l'état septicémique se maintient malgré la résection costale et le drainage de la plèvre, apparition d'un épanchement pleural de l'autre côté nécessitant des ponctions répétées. dyspnée intense. Le malade ne peut vivre qu'avec de l'oxygène. Le professeur Stoltz de Strasbourg, appelé en consultation estime la situation désespérée, mais conseille encore une transfusion sanguine.

Comme donneur, nous employons le frère du malade, convalescent d'un erysipèle. L'effet de la transfusion, suivie d'une seconde après deux jours, rétablit du coup la situation. Le malade est transformé, se sent guéri, n'a plus besoin d'oxygène, recommence à manger et guérit sans autres complications.

Cette action bienfaisante de l'immunotransfusion a incité Wright en 1919 d'imaginer une méthode d'immunisation du donneur, immédiatement avant la transfusion. La technique de Wright sera difficilement applicable à nos donneurs de la Croix Rouge. Mais elle vaut la peine d'être tentée le cas échéant, si on a l'occasion de préparer un membre de la famille du malade, qui se prête comme donneur, par une vaccination spécifique préalable.

Rappelons qu'elle consiste à injecter le vaccin au donneur la veille de la transfusion; le pouvoir bactéricide apparaît en deux à 5 heures et disparaît en un ou deux jours.

2° Les composés organiques du soufre.

La découverte de la valeur thérapeutique des composés organiques du soufre est venue démontrer une fois de plus qu'en médecine il n'est pas permis de formuler des conclusions rigides. La chimiothérapie anti-infectieuse, qui avait laissé entrevoir des possibilités nouvelles avec la découverte des arsenobenzènes par Ehrlich, n'avait pas eu de suite après ce brillant début et semblait de plus en plus abandonnée en faveur des méthodes d'immunisation par la vaccinothérapie ou la sérothérapie. La découverte en 1935 par Domagk des propriétés extraordinaires des sulfamides dans la streptococcie expérimentale de la souris a de nouveau littéralement renversé le cours de la médecine et orienté la thérapeutique vers des procédés chimiothérapeutiques nouveaux et extrêmement efficaces.

Qu'il s'agisse de corps azoïques comme le prontosil ou le rubiazol ou de corps sulfamidés non azoïques comme le prontosil blanc; l'astreptine, la septazine, l'ulirone ou le Dagénan, ou en fin de compte de corps non sulfamidés mais sulfonés comme le Rodilone ou 1399 F (di phényl sulfone acétylé) les corps de ces trois séries se sont avérés très actifs dans les infections les plus diverses mais surtout dans la streptococcie.

L'accord est loin d'être fait sur la valeur spécifique des différents produits dans les affections bactériennes. Dès maintenant leur électivité pour les maladies microbiennes se dessine; on peut dire que si le Dagénan ou l'Uliron sont avant tout actifs contre les gonocoques, les staphylocoques, les méningocoques et les pneumocoques les corps des trois séries se sont montrés tous actifs dans les affections streptococciques sauf pour le streptococcus viridans.

Il est malheureusement impossible de transposer les résultats de l'activité expérimentale des corps organiques soufrés en clinique. Le mécanisme de l'action de ces corps *in vivo* est très complexe et loin d'être élucidé complètement. L'action bactéricide, qui est très nette *in vitro* pour les sulfamides blancs et pour les sulfones, mais non pour les corps azoïques, ne semble pas entrer en jeu pour une grande part *in vivo*. La neutralisation des toxines, l'obstacle à l'encapsulation des streptocoques, l'exaltation de la phagocytose et des autres moyens de défense de l'organisme semblent devoir expliquer l'activité remarquable de ces produits vis-à-vis des streptocoques.

Quoiqu'il en soit, il nous a été permis de vérifier dans de très nombreux cas d'infections streptococciques, l'efficacité extraordinaire des produits organiques soufrés. Personnellement, je préfère dans les infections dans lesquelles on peut déceler ou soupçonner le streptocoque, les produits de la série azoïque, donc le prontosil rouge, ou le rubiazol. Mais j'ai hâte d'ajouter que les produits non colorés donc de la série sulfamidée mais non azoïque, la septazine ou le prontosil blanc m'ont donné des résultats aussi probants.

3° La sérothérapie.

A vrai dire, la sérothérapie antistreptococcique n'est pas une méthode récente. Marmorek en 1895 avait déjà préparé un sérum antistreptococcique contre l'érysipèle. Mais aussi bien le sérum de Marmorek que tous ceux qui sont venus à sa suite, ceux de Moser, d'Aronsohn n'ont donné que des résultats très inconstants et incertains. Ceci tient essentiellement au fait, que jadis le sérum antistreptococcique était avant tout un sérum antimicrobien et non un sérum antitoxique. La préparation d'un sérum antimicrobien est plus difficile que celle d'un sérum dirigé contre les toxines (comme le sérum antitétanique ou antidiphthérique). D'abord les animaux doivent être traités avec les microbes eux-mêmes, ce qu'ils supportent plus difficilement, en suite pour être efficace, le sérum doit être polyvalent vu la grande variété des streptocoques. C'est à cause de l'absence de la polyvalence que les vieux séra antistreptococciques étaient le plus souvent inefficaces. C'est pour cette raison aussi qu'on doit injecter des doses beaucoup plus fortes que dans les maladies productrices de toxines. Des doses de 50 à 100 ccm par jour répétées plusieurs jours de suite, sont nécessaires pour produire un effet curateur. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra voir des résultats de la sérothérapie.

Les séra antistreptococciques que nous avons actuellement à notre disposition se sont avérés très actifs grâce à leur polyvalence et à leur pouvoir antitoxique et bactéricide puis-

sant. Nous utilisons couramment la streptosérine des usines Behringwerke, le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur ou le sérum de Vincent. Il est regrettable que ce dernier, qui est fort efficace, soit d'un prix presque prohibitif en employant, comme c'est absolument nécessaire des doses fortes.

D'après Savy, «la sérothérapie doit être utilisée avant tout dans les streptococcies franchement septicémiques à fièvre régulière et d'allure grave et dans les formes toxémiques comme celles de certains phlegmons diffus où l'intensité des phénomènes généraux dépasse largement celle des phénomènes locaux».

Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots sur un sérum que nous sommes amenés à employer parfois dans les affections streptococciques, quoique se soit un sérum antistreptococcique s'adressant à une maladie spéciale. Nous voulons parler du sérum antiscarlatineux Behring. Nous employons ce sérum depuis plus de 10 ans chez chaque scarlatineux que nous sommes appelés à soigner. Dans la presque totalité des cas l'effet curatif de ce sérum, dont nous employons la forme purifiée et concentrée à 10 cme, est surprenant. La baisse de la température le lendemain de l'injection va de pair avec la disparition ultra-rapide de l'exanthème scarlatineux. La desquamation est minime en raison de la cessation rapide de la dermatite toxique. Les complications sont devenues extrêmement rares avec cette médication. Si nous parlons de ce sérum à cette place, c'est que dans les infections streptococciques on observe assez souvent un rash scarlatiniforme. Si nous sommes en présence de plaies nous parlons même volontiers d'une scarlatine chirurgicale ou «Wundscharlach». Dans ces cas, nous n'hésitons pas à faire appel au sérum antiscarlatineux avec un succès constant. Voici l'observation d'un cas pareil:

Obs. 2) Garçon de 10 ans, opéré il y a un an pour péritonite appendiculaire grave presque in extremis. Drainage de la cavité péritonéale sans ablation de l'appendice. Guérison avec une fistule stercorale qui se ferme lentement en 7 mois. Rétablissement complet. Onze mois après, nouvelle péritonite vite enkystée, formation d'un abcès du Douglas et de la fosse iliaque gauche. Drainage de l'abcès au 8^{me} jour. Deux jours après cette opération l'enfant montre une éruption scarlatiniforme sur le tout le corps qui disparaît rapidement après injection de sérum antiscarlatineux Behring. Amélioration rapide de l'état général et disparition de la fièvre après le sérum.

Nous avons donc aujourd'hui des armes extrêmement efficaces pour lutter contre l'infection streptococcique. Il semble bien que la combinaison du traitement par la transfusion sanguine, la séro-thérapie et les composés organiques soufrés soit aujourd'hui le traitement le plus efficace que nous

pouvons instituer. Nous rapporterons encore quelques observations dans lesquelles cette action combinée semble avoir eu un effet décisif:

Obs. 3). Mademoiselle Y. K. 16 ans, opérée pour appendicite aiguë d'apparence peu grave. L'opération révèle cependant une exsudation péritonéale très abondante, légèrement hémorragique. Rien aux annexes. Etat rapidement empiré après l'opération. Péritonite, état septicémique. Réouverture du péritoine et drainage du Douglas. Présence d'une exsudation extrêmement abondante, séro-fibrineuse, légèrement hémorragique. L'analyse bactériologique y révèle du streptocoque en masse. Dans la suite la péritonite rétrocede, mais il s'installe un épanchement pleural abondant à droite et un épanchement pleural moins abondant à gauche. Dyspnée intense, nécessitant l'emploi constant d'oxygène. L'état général devient très alarmant. L'hémoculture donne des streptocoques en grande quantité. Deux ponctions pleurales, faites successivement à droite et une ponction pleurale à gauche donne un liquide louche séro-fibrineux cultivant le streptocoque. Traitement par le prontosil rouge intramusculaire et per os, plus tard par le prontosil blanc, 150 cm 3 de sérum anti-streptococcique Behring, deux transfusions sanguines de 100 grammes à un intervalle de 3 jours. Sous l'influence de ce traitement la malade qui semblait perdue se rétablit. Les épanchements pleureux disparaissent sans donner lieu à une pleurésie purulente. Il apparaît cependant une arthrite purulente de l'articulation tibio-tarsienne gauche qui nécessite une arthrotomie externe et interne de cette articulation.

Obs. 4). M^{me} Ch. W. 33 ans, septicémie puerpérale et érysipèle migrateur. 9 jours après un accouchement normal frisson; septicémie puerpérale qui prend son point de départ du sein gauche. Erysipèle du sein gauche partant de rhagades de la mamelle. Frissons répétés. L'érysipèle malgré toutes les interventions (injections de barrage de sérum anti-streptococcique, de Rivanol etc.) s'étend jusqu'au dos, à la nuque, au bras gauche et à la cuisse gauche. Phlegmasie de la jambe gauche donnant lieu plus tard à des supurations locales. Récidive de l'érysipèle qui reprend sa migration sur la même moitié du corps. La maladie évolue pendant 2 mois avec des frissons et des fièvres intenses.

Traitement au début par du sérum antistreptococcique Vincent resté inefficace probablement à cause des doses trop minimes. Plus tard par des transfusions répétées qui ont une action manifeste sur la température et sur l'état général. Après 2 mois le prontosil, récemment introduit dans la thérapeutique (nous sommes en juillet 1935) est essayé en injections intraveineuses quotidiennes telles qu'elles se pratiquaient au début. Chute impressionnante de la température. Cessation de l'érysipèle et de l'état septicémique. Guérison rapide.

Obs. 5). B. 17 ans, étudiant, mastoïdite suppurée opérée par le Dr. Becker. Thrombophlébite du sinus. Frissons répétés. Streptocoques dans l'hémoculture. Ligature de la jugulaire interne. Les frissons cessent après cette intervention. Traitement par des transfusions sanguines répétées, la sérothérapie et les sulfamides. Guérison.

Obs. 6). Sch., 22 ans, septicémie d'origine inconnue. Le ma-

lade n'est admis à la clinique que dans un état extrêmement précaire, quasiment moribond. Des diarrhées profuses et l'état cachectique font penser tout d'abord à une tuberculose intestinale. Il existe en même temps une arthrite suppurée et fistulisée de la hanche gauche, escarres étendues et multiples au sacrum, à l'épine iliaque droite, à la hanche droite, au genou droit et aux deux talons.

Traitement par 2 transfusions sanguines, prontosil, rubiazol, septazine à tour de rôle. Maladie évoluant pendant 8 mois. Etat très précaire pendant très longtemps. Contre toute attente rétablissement de l'état général, cicatrisation des escarres et guérison. Ankylose de la hanche gauche en position vicieuse nécessitant plus tard une ostéotomie de redressement du fémur.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1939

Tumeur du Rein gauche. — M. H. LOUTSCH.

Un homme d'une cinquantaine d'années est pris, en pleine santé apparente, d'une hématurie abondante, sans présenter aucun autre trouble général ni fonctionnel, sans autre symptôme clinique. La pyélographie montre une amputation nette du calice supérieur révélant ainsi l'existence d'une tumeur rénale.

L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a de soumettre tout hématurique à une exploration complète du système urinaire.

Lésion indéterminée de l'articulation tibio-tarsienne. —

M. H. LOUTSCH.

Un garçon de 11 ans accuse brusquement des phénomènes douloureux du cou-de-pied entraînant une impotence fonctionnelle complète. Le médecin traitant immobilise le pied et la jambe dans un plâtre; malgré cette mise au repos les phénomènes douloureux persistent. Au moment où L. est appelé à voir le petit malade, ni le tableau clinique, ni les radiographies ne permettent de conclure à une lésion précise traumatique ou infectieuse. On laisse rentrer le malade chez lui, sans plâtre, et le soir même il se bute contre une chaise et tombe en accusant une violente douleur du cou-de-pied. A partir de ce moment les phénomènes douloureux cessent brusquement et les mouvements du pied reviennent à la normale.

L. admet qu'il s'agit d'un coincement d'une frange synoviale qui s'est dégagée par suite de la chute.

Chondrome ostéo-génétique de l'aile iliaque. — M. Ch. MARX.

Chez un blessé en traitement pour une pseudarthrose du tibia, l'examen clinique a fait découvrir une tumeur de la fosse iliaque externe. Cette tumeur qui était indolore et n'entraînait aucun trouble fonctionnel avait la dimension d'une orange et elle était dure, irrégulière, mamelonnée, difficile à délimiter. Une radiographie montre une tumeur osseuse arborescente; elle réalise un aspect en grappe de raisin avec un pédicule qui s'attache dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Une biopsie fut pratiquée et l'examen histologique a montré l'existence d'un chondrome ostéogénétique. L'ablation chirurgicale de cette tumeur n'a pas été faite.

La spécialité chirurgicale et la nouvelle loi luxembourgeoise sur la collation des grades. — M. Ch. MARX.

Une nouvelle loi luxembourgeoise sur la collation des grades entend réglementer le titre de spécialiste, en prescrivant un stage de 3 ans dans un service de spécialité. L'application pratique de cette loi nécessite cependant au préalable une définition et une délimitation des spécialités. L'ancien titre de Docteur en médecine, chirurgie et accouchement que la nouvelle loi a conservé risque d'entretenir une confusion préjudiciable aux chirurgiens de carrière. Par ailleurs il y a lieu de limiter la liste des spécialistes, pour éviter un morcellement de la profession médicale, pour protéger les spécialités médicales majeures et pour assurer au médecin de pratique générale une base morale et matérielle indispensable.

SEANCE DU 21 DÉCEMBRE 1939

Traitement des septicémies à streptocoques. — M. J. FABER.

A propos de 6 observations personnelles de septicémie à streptocoques, fait un exposé des moyens thérapeutiques que les acquisitions récentes, chimiques et biologiques ont mis à notre disposition. Sans perdre de vue la valeur primordiale du traitement chirurgical du foyer primaire (dans les cas où il est abordable), l'auteur détaille les armes biologiques et chimiques qu'il y a lieu d'opposer à ces septicémies: transfusion sanguine simple ou immuno-transfusion, sulfamides, sérothérapie. Ces moyens thérapeutiques appliqués isolément ou le plus souvent en association, ont permis d'améliorer le pronostic grave des septicémies à streptocoques. Sur les 6 observations de F., 2 cas ont été traités par une seule méthode: une fois par immuno-transfusion (le donneur a été le frère du malade convalescent d'un érysipèle), l'autrefois par la sérothérapie. Dans les 4 autres cas, on a mis en oeuvre une thérapeutique combinée (voir in extenso le rapport page 41).

Discussions.

M. Ch. HOUDREMONT, tout en appréciant la valeur des différentes thérapeutiques préconisées par le rapporteur, reste cependant partisan de l'abcès de fixation qui lui a donné des résultats dans certains cas graves où les autres moyens avaient échoué.

M. Ch. MARX signale un cas de septicémie à hémoculture positive au streptocoque. Deux transfusions de sang rubiazolé, selon la technique de Jeanneney, sont arrivées à faire disparaître les streptocoques du sang. La transfusion de sang rubiazolé, d'une pratique plus aisée que l'immuno-transfusion, devrait trouver un emploi plus courant.

Tumeurs osseuses.

M. H. LOUSCH, pour s'orienter dans le vaste domaine des tumeurs osseuses, préconise une classification pratique de diagnostic qui se base sur les signes cliniques et les lésions radiologiques. Tout en insistant sur les difficultés du diagnostic que, dans certains cas seule la biopsie et l'examen histologique peuvent trancher, l'auteur expose schématiquement comment les renseignements cli-

niques et l'étude des détails osseux fournis par le cliché radiographique permettent de classer telle ou telle tumeur osseuse. Plusieurs radiographies de tumeurs osseuse bénignes et malignes (dont un cas de sarcome d'Ewing) illustrent l'exposé.

Fistules post-appendiculaires.

M. Ch. MARX, sur 180 appendicite aiguës, a vu se produire 4 fistules stercorales dont une seule s'est fermée spontanément. Les autres ont dû être réopérées: 2 fois par fermeture intra-péritonéale, une fois par dérivation interne. A ce propos, l'auteur envisage la pathogénie des fistules stercorales qui siègent le plus souvent, non pas au niveau du moignon appendiculaire, mais sur la face antérieure du caecum. Cette localisation ne pourrait s'expliquer que par des phénomènes vasculaires de thrombose artérielle.

Nouvelles et Informations

Rapport sur l'Assemblée Générale de la Société.

L'assemblée générale de la Société a eu lieu dimanche, le 8 octobre 1939, à 15 heures, à la grande salle des fêtes de l'Hôtel de l'Ancre d'Or à Luxembourg, en présence d'un grand nombre de représentants du corps médical, dont MM. les docteurs Forman, président du Collège Médical, Feltgen, président de la Société d'Hygiène Scolaire et Olivier Ries, un des doyens du corps médical d'Esch-s.-Alzette.

La séance fut ouverte par le président, le docteur Jean Faber, qui rappelle en termes émus la mémoire des membres décédés: MM. les docteurs Edmond Knaff, Camille Rischard, Lazare Cerf et Robert Reuter de Luxembourg, MM. Paul Koch, vétérinaire du Gouvernement à Luxembourg et Jean Scholer, vétérinaire du Gouvernement à Cap et Messieurs Victor François et Aloyse Mergen, pharmaciens à Luxembourg resp. à Rédange.

M. Faber informe la société que, grâce aux démarches du docteur Forman, le médecin général docteur Sillevaerts de Bruxelles fera dimanche prochain, à la salle des fêtes du Lycée des Jeunes Filles à Luxembourg, une conférence sur les lésions provoquées par les gaz toxiques et sur leur traitement.

M. le docteur Pierre Felten, l'actif secrétaire, rend compte des travaux scientifiques de la société pendant l'année écoulée, fait un exposé très détaillé sur la situation financière, devenue excellente grâce au soutien matériel et moral accordé par M. René Blum, Ministre du service sanitaire.

MM. les docteurs Jean Faber, Félix Hess de Differdange, Pierre Felten, Henri Loutsch et François Demuth de Luxembourg, M. Jean-Pierre Waldbillig, médecin-dentiste à Esch-s.-Alz. et M. le docteur Léandre Spartz, vétérinaire municipal à Luxembourg, sont élus par scrutin secret membres du bureau de la société.

Le président M. Faber fait ensuite une magnifique conférence, remarquable par sa haute tenue littéraire, sur «la mission du corps médical pendant la guerre».

Après avoir rappelé les services rendus par les médecins luxembourgeois sur les champs de bataille de 1870 et pendant la grande guerre de 1914 à 1918, M. Faber expose que la mobilisation sanitaire projetée se trouve sous la direction de deux grandes administrations, de la Croix Rouge Luxembourgeoise et du Conseil Supérieur de Défense Passive, conseillées et guidées dans leurs réalisations par des médecins.

Le docteur Faber termine son magistral discours par la péroraison suivante: Le corps médical est donc prêt à entrer en action si le malheur de la guerre devait s'abattre sur notre patrie. Nous préparons notre barque, tel le marin qui aménage son bateau à l'approche de la tempête pour qu'il soit à même de lutter contre la furie des éléments. Les dangers que nous encourons, les peines que nous souffrirons, les sacrifices que nous consentirons nous semblent des choses toutes naturelles et indignes d'être relevées. Nous sommes habitués à nous mettre au service de l'humanité souffrante sans en faire grand cas. Mais notre plus intime satisfaction, notre suprême félicité sera d'avoir contribué de toutes nos forces à soulager et à guérir les plaies et les maux que l'insanité et la cruauté des hommes ont infligés à de pauvres êtres humains.

Le docteur Schaeftgen d'Esch-s.-Alz., invite le bureau à faire des démarches auprès du Ministre du service sanitaire, en vue de la mise en vigueur des nouvelles dispositions législatives sur la prostitution.

M. Jean-Pierre Waldbillig, médecin-dentiste à Esch-s.-Alzette, fera samedi prochain à 16 heures, au laboratoire bactériologique de l'Etat, une conférence sur le traitement des fractures maxillaires par ajustage immédiat en bouche d'un appareillage, sans prise d'empreintes.

Le docteur Faber lève la séance vers 18 heures, après avoir remercié tous les membres de leur assiduité et avoir rappelé la conférence de M. le médecin général Sillevaerts.

Rapport du secrétaire sur l'activité de la Société des Sciences Médicales pendant la Session 1938/39.

Pendant la session éconlée, c.-à-d. du mois d'octobre 1938 jusqu'au mois d'octobre 1939, l'activité de la Société a été multiple et féconde.

Voici d'abord la liste des conférenciers et les sujets qui ont été traités:

le 27 novembre 1938, le prof. *A. Hamant*: Des arthrites non tuberculeuses de l'adulte: Indications du traitement médico-chirurgical;

le 22 janvier 1939, le prof. *Korkhaus*: Die Einflüsse von Erbmasse und Umwelt auf das Gebiss;

le 12 février 1939, le *Dr. Pagniez*: Conceptions actuelles sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie;

le 12 mars 1939, le *Dr. Senèque*: Les troubles consécutifs à la gastro-entérostomie;

le 11 juin 1939, notre compatriote, le *prof. Michel Mosinger*, de la faculté de médecine de Marseille, nous a fait un exposé magistral sur les tendances actuelles de la Neuro-Endocrinologie;

le 30 juillet 1939, le *prof. Dautrebande*: Principes expérimentaux de la protection individuelle contre les gaz toxiques; pathologie et thérapeutique des intoxications par les gaz de combat.

Le comité s'est réuni 10 fois; dans sa séance du 13 octobre 1938 il a décidé de créer un rayon dans la bibliothèque de la société où l'on réunirait toutes les publications médicales des confrères luxembourgeois parues jusqu'à ce jour ou à paraître encore à l'avenir. Dans sa séance du mois de juillet dernier, le comité a décidé de proposer au Gouvernement de bien vouloir s'intéresser à la confection d'un supplément au Code Médical pour les années 1919-1939.

Le 20 novembre 1938, la Société Belgo-Pharma a présenté à nos membres une série de films sur le Sommeil, le Diagnostic urographique et la Sympathectomie.

Sous les auspices de la Société des Sciences Médicales eut lieu le 4 novembre 1938 une visite des Etablissements Louis Sanders à Bruxelles et le 16 juillet 1939 un voyage d'études en Suisse avec visite et conférences aux Laboratoires Hoffmann La Roche à Bâle.

Au Congrès de la Diurèse à Vittel (27-29 mai 1939) et aux Journées Médicales de Bruxelles à Liège (du 24-28 juin 1939), la Société a été officiellement représentée.

Au mois de mai 1939 a paru le deuxième numéro du Bulletin de notre société: il a été réussi sous tous les rapports. La présentation de la part de l'imprimerie était parfaite et des fabriques pharmaceutiques françaises très réputées nous avaient confié des annonces qui ont rapporté la somme de 1250 fr.

Lors de la conférence du 22 janvier 1939, veille de l'anniversaire de Son Altesse Royale Madame la Grande-Duchesse, la société a envoyé à la Souveraine un télégramme exprimant les hommages respectueux et les sentiments de fidèle attachement de tous ses membres.

Le 29 janvier 1939 la Société a fait une demande pour devenir membre effectif de la «Société Internationale des Hôpitaux». Un congrès international de cette société aurait dû avoir lieu au mois de septembre dernier à Toronto au Canada; notre président avait voulu représenter le Grand-Duché et la Société des Sciences Médicales à ce congrès. Malheureusement les circonstances politiques n'ont pas permis de réaliser ce projet.

Du mois de septembre 38 jusqu'au mois de juin 39 eurent lieu nos séances de communications mensuelles. Elles étaient bien fréquentées et ont montré que le travail scientifique était encore en

honneur parmi beaucoup de confrères. Une partie des communications a été publiée dans le deuxième numéro du Bulletin. Ces séances de communications ont montré qu'elles constituent le meilleur moyen pour prouver la vitalité de notre société et pour maintenir le contact entre les membres.

Du 15-30 juin 1939 eut lieu au Cercle Municipal à Luxembourg, dans le cadre des Fêtes du Centenaire de l'Indépendance, une Exposition Nationale du Livre et de la Presse. Notre Société a pris une part active à cette grande manifestation et a exposé des livres concernant la médecine, l'art dentaire, la pharmacie et les sciences vétérinaires. Lors de sa visite, Son Altesse Royale Madame la Grande-Duchesse s'est vivement intéressée aux portraits des anciens présidents de notre Société ainsi qu'aux vieux livres. Le 29 juin notre président a fait au sujet de la section de médecine de l'exposition une causerie au microphone de Radio Luxembourg.

Le 4 mai 1939, le comité a appris la douloureuse nouvelle du décès d'un de ces membres, le confrère Lazare Cerf; le Dr. Cerf faisait partie de notre Société depuis 1933 et a rendu de grands services à la Société tant par ses judicieux conseils que par ses précieuses relations scientifiques à l'étranger. Le comité lui gardera un inoubliable souvenir.

M. le Ministre du Service sanitaire a demandé au courant de l'année l'avis de la Société sur les questions suivantes: 1. Adaptation à notre législation d'un avant-projet de loi belge concernant le contrôle des spécialités pharmaceutiques. 2. Réorganisation de la partie médicale de l'Etablissement thermal de Mondorf-les-Bains. 3. Intensification de la propagande en faveur de Mondorf-Etat avec organisation d'une journée médicale annuelle à Mondorf. 4. Rapport sur les modifications à apporter au questionnaire à remplir par les médecins-inspecteurs lors de l'inspection sanitaire des communes de leur ressort. 5. Proposition de loi Razen concernant la lutte contre les maladies sociales. 6. Propositions de M. le député Clement sur les mesures d'ordre général à prendre en matière sanitaire.

En outre la Société a été saisi de la part du Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires d'un projet visant la création à Luxembourg d'un Institut International des Hautes Etudes Médico-Militaires destiné à donner un enseignement international médical et déontologique à un certain nombre de médecins militaires de chaque pays, de façon à créer un esprit médico-militaire international. Inutile de dire que ce beau projet, comme tant d'autres, a dû être remis sine die.

Tel est, Messieurs, en termes succincts, ce qui s'est passé dans notre société pendant la session écoulée. L'Assemblée générale de cette année suivie d'une excursion et du banquet traditionnel aurait dû avoir lieu le 17 septembre dernier à Differdange. La guerre a brutalement interrompu ce projet. Désormais nous serons forcés de restreindre l'activité de la Société et de l'adapter aux circonstances

actuelles. Nous n'aurons plus le plaisir de voir des conférenciers étrangers parmi nous; nous ne pourrions peut-être plus faire paraître notre bulletin. Mais il nous reste un des meilleurs moyens — sinon le meilleur — de manifester notre activité: ce sont les séances de communications mensuelles que nous allons reprendre incessamment.

Am Samstag, den 21. Oktober 1939, hielt Herr J. P. Waldbillig aus Esch-Alzette im Bakteriologischen Institut in Luxemburg vor zahlreichen Kollegen einen Vortrag über: „Die freihändige Behandlung der Kieferfrakturen“.

Einleitend hob der Vortragende hervor, dass die Frequenz der Kieferfrakturen durch den Aufschwung der Industrie, besonders des Automobilwesens, in der letzten Friedensperiode immer gestiegen ist, sowohl auf dem Lande wie in den Städten und Industriezentren.

Die zahlreichsten Kieferfrakturen kommen in den Kriegszeiten durch die verschiedenartigsten Schussverletzungen vor. Aber nicht nur die kämpfenden Soldaten sind allen möglichen Kriegsverletzungen ausgeliefert, sondern im modernen Kriege ist die Zivilbevölkerung hinter der Front durch Fliegerangriffe derselben Gefahr ausgesetzt.

Obschon die Kieferbrüche Ausnahmefälle in der Praxis sind, müssen die Zahnärzte in der heutigen Zeit im Allgemeinen mehr auf die Behandlung von Kieferfrakturen eingestellt sein als sonst.

Auf die Behandlung der Kieferfrakturen eingehend, wies der Vortragende auf die grosse und praktische Bedeutung der genauen Kenntnis des Mechanismus der Kieferbrüche hin. Diese Kenntnis ermöglicht es schon aus der Art der Gewalteinwirkung auf den Sitz verborgener Frakturen zu schliessen. — Dann folgte an Hand von Skizzen die Darstellung der hauptsächlichsten und verschiedenartigsten Bruchformen und deren Sitz. — Die meisten Kieferbrüche sind offene Brüche und darum komplizierte Brüche. Arzt und Zahnarzt müssen bei der Behandlung von Kieferbrüchen zusammenwirken. Die Reponierung und Konsolidierung der Brüche muss sobald als möglich erfolgen, wenn der Allgemeinzustand des Patienten es erlaubt.

Nach diesen Ausführungen entwickelte der Vortragende die einfachsten Schienungsmethoden der Kieferbrüche und zwar solche, die sich während des Weltkrieges und der Friedenszeiten in sehr vielen Fällen bewährt haben und sich am Bette des Kranken herstellen lassen ohne Abdruck der Kiefer und ohne Zuhilfenahme des Laboratoriums. Daran schloss sich die genaue Erklärung von einer sorgfältigen und exakten Anbringung der Kieferschienung nach orthodontischem System unter Heranziehung von Zahnbändern, Bogen aus Aluminiumbronze, Drahtligaturen und intermaxillären Gummizügen.

Durch eine Auswahl vortrefflicher Lichtbilder veranschaulichte der Konferenzler die Anlage der intraoralen und extraoralen Schienung bei Unter- und Oberkieferbrüchen verschiedener Art.

Diesem elastischen oder funktionellen Schienungssystem stellte Herr Waldbillig das starre System gegenüber, das in einer festen Verschnürung mittels Drahtligaturen an den Zähnen der Bruchfragmente des Unterkiefers mit den Zähnen an dem gesunden Oberkiefer besteht. Dieses System soll aber wegen seiner besonderen Nachteile nur in seltenen Fällen angewandt werden.

Auch durch Lichtbilder zeigte der Vortragende die Verwendung von rostfreiem Material für orthodontische Schienung in vielen Fällen von Kieferfrakturen ohne Lötung der einzelnen Teile des Verbandes.

Zum Schlusse erklärte Herr Zahnarzt Waldbillig die Herstellung der verschiedenartigsten Kopfkappen als Stützpunkt bei extraoralen Kieferschienung, speziell den „appui craniofacial“ von Prof. Dr. Marc Darcissac, Paris, mittels Gips und Tarlatan.

Während 1½ Stunden wusste der Konferenzler die Aufmerksamkeit der Zuhörer durch seine interessanten Ausführungen zu fesseln und erntete allgemeinen Beifall.

**Quatrième Congrès International d'Oto-Rhino-Laryngologie
Amsterdam 29 juillet — 2 août 1940**

Sous le Haut Patronage de Sa Majesté la Reine.

C'est avec un profond regret que le Bureau du quatrième Congrès international d'Oto-Rhino-Laryngologie a dû prendre la décision d'ajourner le Congrès pour une période indéterminée.

Notre première circulaire a été prête au mois d'août afin d'être expédiée aux 8000 Oto-Rhino-Laryngologistes dont les adresses nous étaient connues. Elle contenait les informations suivantes:

Sa Majesté la Reine des Pays-Bas avait daigné honorer le Congrès de Son Haut Patronage. Quatre Ministres, le Gouverneur du département de la Hollande Septentrionale et le Bourmestre d'Amsterdam étaient les présidents d'honneur.

Une réception des Congressistes par le Gouvernement Néerlandais aurait lieu au Musée de l'Etat et une invitation de la Société Néerlandaise d'Oto-Rhino-Laryngologie serait lancée aux participants, les priant d'assister au banquet de clôture.

Avec toute notre gratitude, nous mentionnons que pour les trois sujets principaux neuf collègues bien connus avaient promis leurs rapports. En outre, plus de 20 confrères de divers pays avaient déjà présenté des conférences.

Nous espérons que l'horreur d'aujourd'hui fera place à une période de paix et de bonheur et qu'il nous sera possible de renouveler notre invitation dans un futur qui ne soit pas trop éloigné.

H. BURGER, Président.

A. MARRES, Secrétaire.

Le numéro 5 du Bulletin d'informations de la Croix Rouge Luxembourgeoise, a paru en juillet 1939.

Voici le contenu:

Das Luxemburger Rote Kreuz und die Krebsbekämpfung von Dr. Franz Demuth, Sekretär der Krebsliga. — La propagande éducative contre le Cancer par le docteur Forman. — Qu'est-ce que le cancer? par le docteur H. Loutsch. — Cancer et chirurgie par le docteur Charles Marx, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. — Faisons le Point par le docteur Maurice Wilwers. — Bemerkungen zur Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Radium von Dr. Rob. Reuter †, Präsident des Vereins für Volkshygiene. — Ist Krebs ansteckend? Ist Krebs erblich? von Dr. Fr. Demuth. — Über die Möglichkeit der Krebsbehandlung in Luxemburg von Dr. Emile Stolz. — Hauptunterschiede zwischen dem Krebs des Menschen und den Krebswucherungen der Haustiere von Dr. L. Spartz. — Les maisons à Cancer par le docteur Forman.

Dans sa réunion mensuelle du mois de novembre 1939, la Société Royale Belge de Gynécologie et d'Obsétrique a élu au titre de membre correspondant étranger notre confrère Charles Marx de Ettelbruck. Nos chaleureuses félicitations.

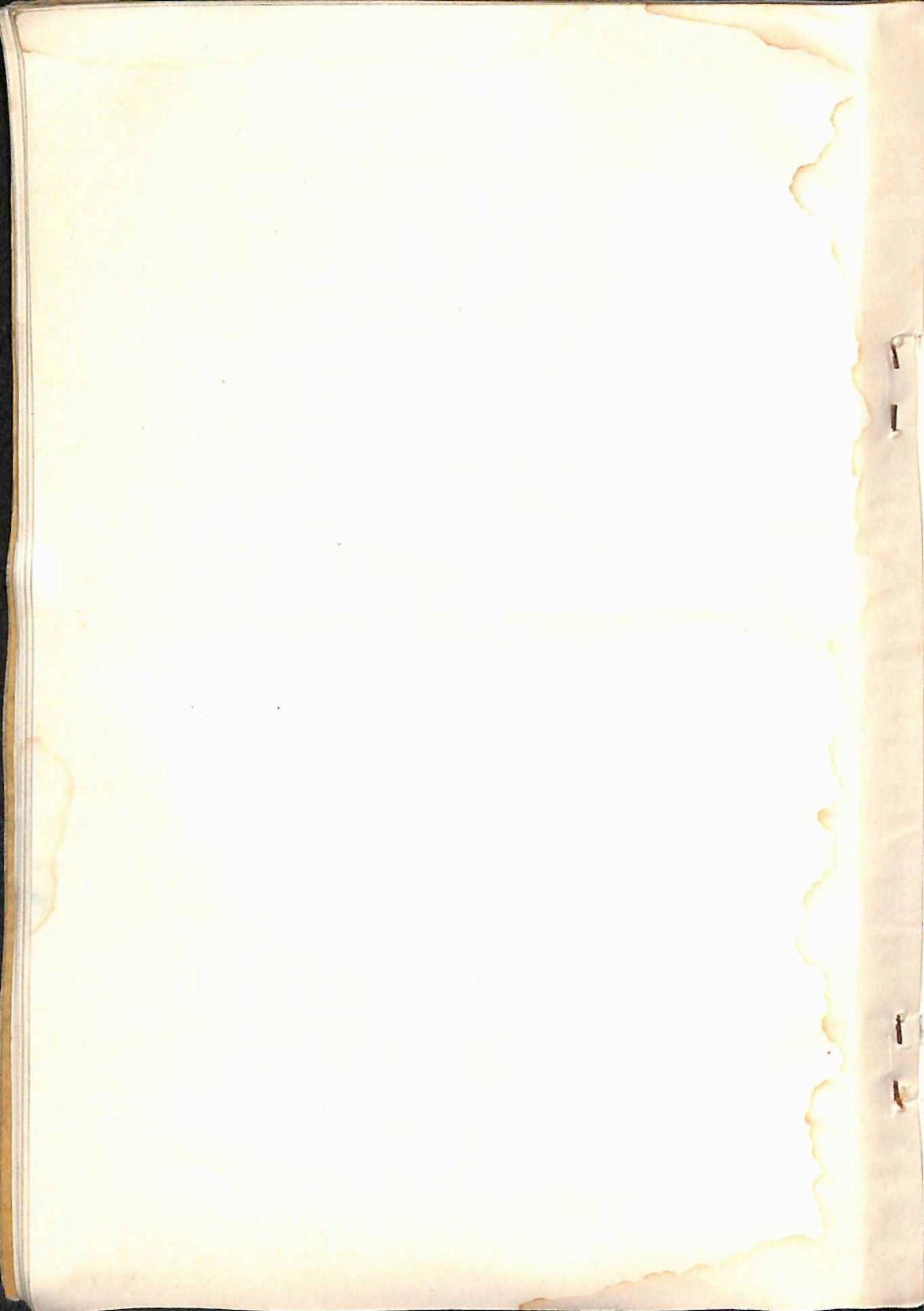
Nécrologie.

Depuis la publication du deuxième numéro de notre bulletin nous avons à déplorer le décès des membres suivants: :

Monsieur *Mergen Aloyse*, pharmacien, décédé à Rédange-s.-Att., le 15 mai 1939.

Le docteur *Reuter Robert*, décédé à Liège, le 24 juin 1939.

Le docteur *Scherer Eugène*, décédé à Luxembourg, le 18 décembre 1939.



SOMMAIRE

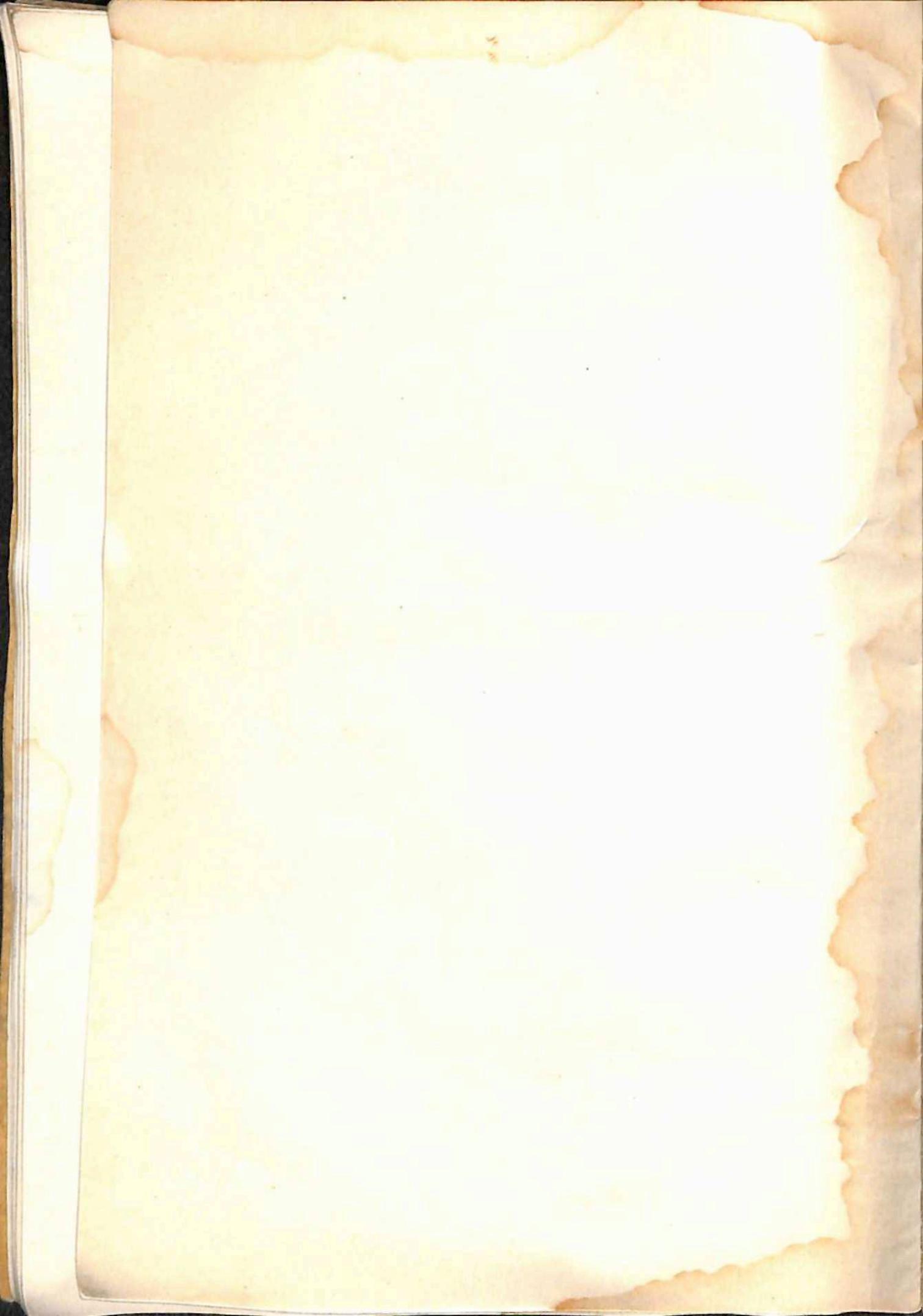
D ^r Jean FABER: La Mission du Corps Médical Luxembourgeois pendant la Guerre	7
D ^r Ernest FELTGEN: Rôle Particulier des Dispensaires antituberculeux	13
D ^r HERTZ: Tumeur bénigne dégénérée de l'estomac	16
D ^r Jean FABER: La Réparation immédiate des grandes Pertes de Substance de la Main	21

Société des Sciences Médicales

Séance du 5 octobre 1939	28
Séance du 9 novembre 1939	30
Séance du 7 décembre 1939	34

Société Luxembourgeoise de Chirurgie

Séance annuelle du 19 octobre 1939	37
D ^r J. FABER: Le Traitement des Septicémies à Streptocoques	41
Séance du 16 novembre 1939	48
Séance du 21 décembre 1939	49
<i>Nouvelles et informations</i>	51



Les Hormones BYLA:

ANTÉLOBINE
HÉPARMONE
HARMODUODINE
HARMOFLAVÉINE
HORMOVARINE
INSULINE BYLA
PARATYRONE
PITUILOBINE
SPLÉNARMONE
VAGOTONINE

Les Vitamines BYLA:

AMUNINE (Vitamine A)
VITAMINE B¹ Byla
VITAMINOL (Vitamine B)
VITAMINE C BYLA
(acide ascorbique)
IRRASTÉRINE (Vitamine D)
VITADONE (Vitamine A et D)
VITAMINE E BYLA
VITAMINE P. P. Byla

Laboratoire d'endocrinologie appliquée
Concessionnaires des marques des

Etablissements BYLA

26, AVENUE DE L'OBSERVATOIRE - PARIS 14^e

Anesthésique intraveineux

NARCONUMAL

„Roche”

Permet d'éviter au malade toute sensation psychique désagréable avant et après l'intervention.

Absence de vomissements, d'excitation post-opératoire et de complications pulmonaires.

Présentation:

Ampoules à 1 g de Narconumal „Roche” et ampoules de 10 cm³ d'Aqua bidest. steril.

3 ampoules de Narconumal „Roche”
+ 3 ampoules de solvant.

25 ampoules de Narconumal „Roche”
+ 25 ampoules de solvant.

PRODUITS ROCHE S. A., 157, avenue du Roi, BRUXELLES