

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ

DES

SCIENCES MÉDICALES

DU

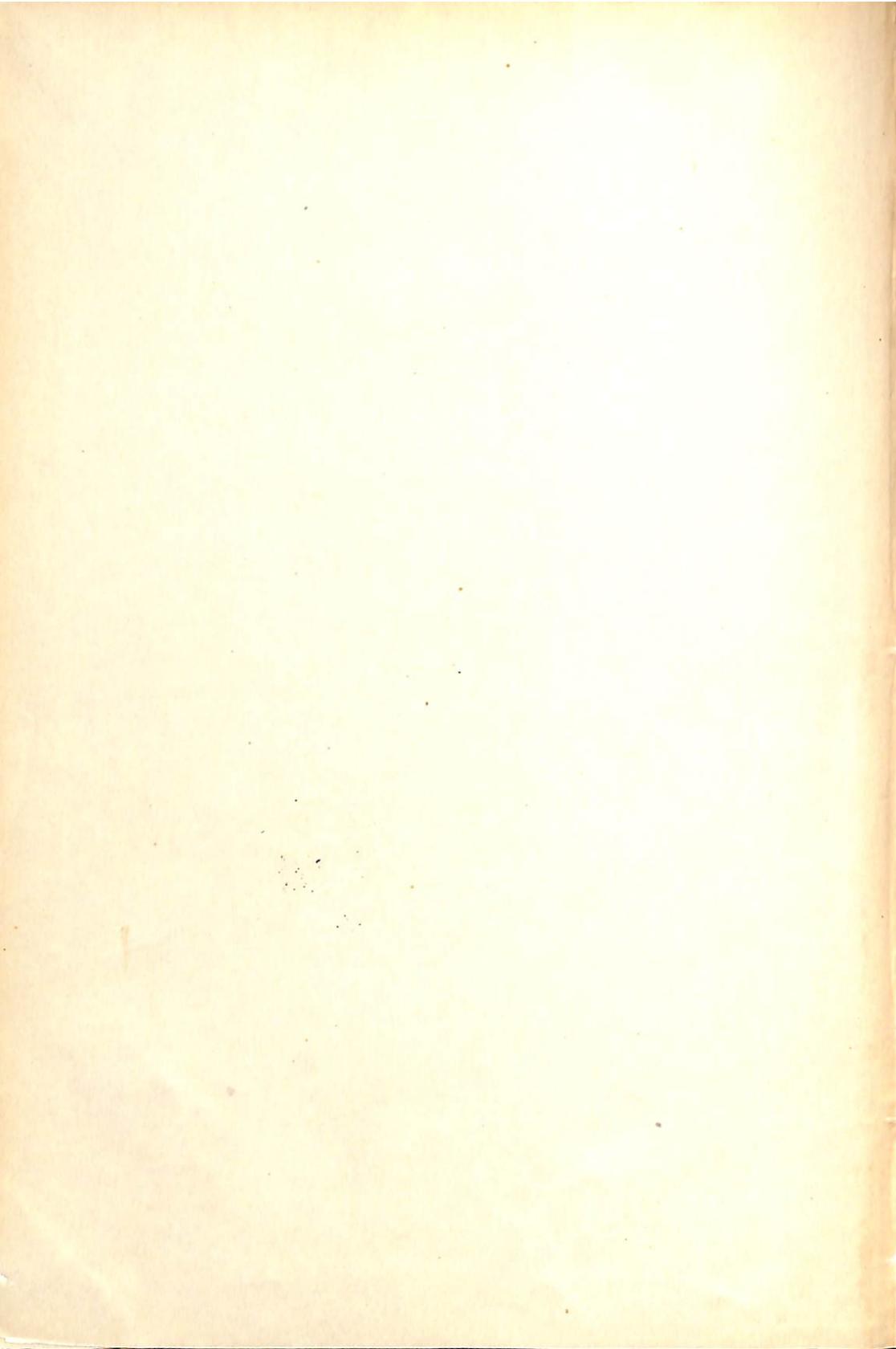
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

1898.



LUXEMBOURG.

IMPRIMERIE TH. SCHROELL.





La Société des sciences médicales, en décidant l'impression d'un travail, considère les opinions émises comme propres à leur auteur, auquel elle laisse toute responsabilité. Elle n'entend ni les approuver ni les improuver.



LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ.

BUREAU.

MM. D^r KOCH, Président.

D^r KLEIN, Ch. SIEGEN, H. KROMBACH, Membres.

D^r PRAUM, Secrétaire.

— 2 —

I. Membres effectifs.

- MM. Ackermann, Félix, médecin à Luxembourg.
Alesch, Victor, médecin à Luxembourg.
Atten, Adolphe, médecin à Wiltz.
Baldauff, François, médecin à Luxembourg.
Baldauff, Gustave, médecin à Remich.
Bauler, Guillaume, médecin à Wiltz.
Bertemes, Emile, médecin à Clervaux.
Bivort, J.-Hyp., vétérinaire à Esch-sur-l'Alzette.
Bøever, Jean, médecin à Diekirch.
Bohler, Félix, médecin à Wiltz.
Bourggraff, Michel, médecin à Luxembourg.
Buffet, Adolphe, médecin à Ettelbrück.
Buffet, Lucien, médecin à Ettelbrück.
Cary, Adolphe, médecin à Luxembourg.
Clasen, Frédéric, médecin à Grevenmacher.
Conzemius, J.-B., médecin à Differdange.
Dasbourg, Victor, médecin à Larochette.
Decker, Aloyse, dentiste à Luxembourg.
Demuth, Ernest, pharmacien à Esch-sur-l'Alzette.
Drussel, Ernest, médecin à Echternach.
Ecker, J.-P., médecin à Bissen.
Engling, Jean, médecin à Bettembourg.
Faber, Auguste, médecin à Eich.

- MM. Feltgen, Jean, médecin à Luxembourg.
Feltgen, Ernest, médecin à Luxembourg.
Feyder, Victor, médecin à Ettelbrück.
Fischer, Eugène, vétérinaire à Luxembourg.
Flesch, Auguste, médecin à Rumelange.
Fonck, Gustave, médecin à Luxembourg.
Forman, Joseph, médecin à Luxembourg.
Gaasch, J., médecin à Rodange.
Gaspar, François, pharmacien à Grevenmacher.
Giver, Eugène, médecin à Luxembourg.
Glæsener, J.-P., médecin à Diekirch.
Godart, Pierre, médecin à Grevenmacher.
Graf, Ernest, médecin à Echternach.
Gretsch, Gustave, médecin à Echternach.
Gusenburger, H.-L., pharmacien à Luxembourg.
Heldenstein, François, pharmacien à Luxembourg.
Hermes, Pierre, médecin à Remich.
Herr, Gustave, médecin à Ettelbrück.
Hoffmann, Félix, vétérinaire à Dudelange.
Hoffmann, J., vétérinaire à Ettelbrück.
Huss, Nicolas, pharmacien à Bettembourg.
Jørg, Jules, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Kintgen, François, dentiste à Luxembourg.
Kintgen, Joseph, médecin à Luxembourg.
Klees, Rodolphe, médecin à Luxembourg.
Klein, Martin, médecin à Eich.
Klingenberg, Georges, pharmacien à Bascharage.
Knaff, Edmond, médecin à Grevenmacher.
Knepper, Adolphe, pharmacien à Ettelbrück.
Koch, Paul, médecin à Luxembourg.
Kœpp, J.-N., médecin à Hosingen.
Krombach, Charles, vétérinaire à Dudelange.
Krombach, Guillaume, médecin à Luxembourg-gare.
Krombach, H., pharmacien à Ettelbrück.
Krombach, Nicolas, vétérinaire à Redange.
Kuborn, Al., pharmacien à Luxembourg.
Leclère, Prosper, médecin à Dudelange.
Lehnertz, J.-P., médecin à Rodange.
Lefort, Charles, médecin à Echternach.
Loutsch, J.-A., pharmacien à Wiltz.
Loutsch, Alphonse, médecin à Pétange.
Mackel, Nicolas, vétérinaire à Grevenmacher.
Metzler, Pierre, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Metzler, J.-P., médecin à Mersch.
Meyer, pharmacien à Pompey (M. et-M.)
Meyer, Edouard, pharmacien-droguiste à Luxembourg.

- MM. Muller, François, médecin à Luxembourg-gare.
Namur, Joseph, pharmacien à Luxembourg.
Namiur, Max, médecin à Luxembourg.
Nelles, Alfred, pharmacien à Diekirch.
Nepper, Philogone, médecin à Ettelbrück.
Neyen, J.-A., vétérinaire à Remich.
Niederkorn, Jean, médecin à Luxembourg.
Nuel, J.-P., professeur à Liège.
Pinth, Ch.-J., médecin à Bascharage.
Pinth, Otto, médecin à Bascharage.
Praum, Auguste, médecin à Luxembourg.
Pundel, Léon, médecin à Wormeldange.
Razen, Fr., médecin à Cap.
Ries, Olivier, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Schneiders, Jean, médecin à Luxembourg-gare.
Scholtes, Guillaume, médecin à Eich.
Scholtes, J.-P., médecin à Diekirch.
Schommer, Gustave, pharmacien à Luxembourg.
Schommer, Joseph, pharmacien à Luxembourg.
Schoué, Pierre, pharmacien à Eich.
Schrøder, Jules, médecin à Redange.
Schrøder, Victor, médecin à Diekirch.
Schumann, J.-B., médecin à Dudelange.
Schumacher, Auguste, médecin à Luxembourg.
Schütz, Jean, médecin à Vianden.
Siegen, Charles, vétérinaire à Luxembourg.
Steichen, Edouard, médecin à Rumelange.
Steichen, Victor, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Thinnes, Guillaume, médecin à Trois-Vierges.
Thilges, Victor, médecin à Mondorf.
Valerius, Albert, médecin à Diekirch.
Wehenkel, Louis, médecin à Mersch.
de Waha, Jean, médecin à Redange.
Weber, Auguste, médecin à Luxembourg.
Weber, Victor, médecin à Remich.
Weber, Joseph, dentiste à Luxembourg.
Weiss, Antoine, pharmacien à Dudelange.
Welter, Michel, médecin à Esch-sur-l'Alzette.
Wester, Jacques, médecin à Differdange.
Witry, Nicolas, pharmacien à Rodange.

II. Membres correspondants.

- MM. Van den Corput, médecin à l'hôpital S^t Pierre, professeur d'hygiène à Bruxelles.
Macorps, ancien Président de la Société vétérinaire de Liège.

- MM. **Remy**, secrétaire de la Société vétérinaire de Liège.
Erlenmeyer, médecin en chef à Bendorf, près Coblenze.
von Pettenkofer, professeur à l'Université de Munich.
Kœberlé, D^r, médecin à Strasbourg.
Maréchal, D^r, médecin à Mondelange.
Rendu, D^r, secrétaire de la Société anatomique à Paris.
Spillmann, D^r, secrétaire de la Société de médecine à Nancy.
Drasche, D^r, professeur à Vienne.
Gallez, D^r, à Châtelet.
Contamines, médecin-vétérinaire du Gouvernement à Peruwels (Belgique).
Scheuer, D^r, médecin à Spa.
José-Thomaz de Souza-Martins, professeur à Lisbonne.
Janssens, E., inspecteur du service de santé de la ville de et à Bruxelles.
Dunant, médecin à Genève.
Van de Vyvère, D^r, pharmacien à Bruxelles.
de Smeth, Jos., D^r, professeur à l'Université de Bruxelles.
Romiée, H., médecin-oculiste à Liège.
Molitor, D^r, médecin à Arlon.
Feigneaux, D^r, médecin de la Légation française et rédacteur de *l'Art médical* à Bruxelles.
Fredericq, Léon, D^r, professeur à l'Université de Liège.
Kleinwächter, Louis, D^r, professeur à l'Université de Czernowitz (Bukowina Autriche).
Thiriart, J., D^r, médecin à Bruxelles.
Lenger, D^r, médecin à Liège.
Cagny, Paul, vétérinaire à Senlis (Oise).
Lydin, A., D^r, vétérinaire supérieur à Carlsruhe.
Nocard, Ed., professeur à l'École de médecine vétérinaire à Alfort.
Maréchal, F., D^r, médecin, Bruxelles.
Gallez, fils, D^r, médecin à Châtelet.
Henrot, Henri, D^r, médecin à Reims.
Ritti, Antoine, D^r, médecin en chef à la maison nationale de Charenton.
Lenglet, D^r, professeur de Physiologie à Reims.
Lévêque, P., D^r, médecin à Reims.
Doyen, D^r, professeur à Reims.
Roux, D^r, sous-directeur de l'Institut Pasteur à Paris.
Funck-Brentano, Th., D^r, professeur à Paris.
-

Extraits des comptes-rendus des Assemblées générales de la Société.

Séance du 30 octobre 1897 à Luxembourg.

Présidence de M. le Dr Koch, Président.

Au bureau : M. Siegen, membre, Praum, secrétaire.

Présents : MM. Ackermann, Baldauff, Bøever, Dasburg, Decker, Ecker, Faber, Flesch, Jøerg, Kintgen, Klees, Leclère, Lehnertz, Loutsch. Müller, Ries, Schneiders, Schumacher, Thilges, Weber A., Weber J., Welter.

M. le Docteur Stemmler d'Ems, présenté par M. le Docteur Klees, a assisté à l'assemblée en qualité d'invité.

Procès-verbal. Le procès-verbal de l'assemblée générale du 15 juillet 1897 est lu et adopté.

Correspondance. Lettre de remerciements de M. le Docteur Roux à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant de la Société.

Présentation de malades. M. Faber présente un enfant atteint de polydactylie et d'acromégalie, âgé de 5 ans et 9 mois et qu'il avait déjà amené à la séance du 25 janvier 1896.

Il communique les moyennes de différentes mensurations faites sur 6 enfants âgés, d'environ 6 ans, comparées à celles faites sur l'enfant qu'il présente.

	Norme.	Enfant présenté.
Pourtour du bras	17 cm.	24 cm.
" de la cuisse	29 cm.	44 cm.
" du thorax	56 cm.	78 cm.
" de la tête	52 cm.	55 cm.
Distance entre les acromions	27 cm.	33 cm.

Circonférence du ventre . . .	79 cm.	82 cm.
Poids	19 kg.	35 kg.
Hauteur de la taille . . .	1.00 m.	1.02 m.

M. *Ackermann* présente un enfant de sept semaines atteint de goitre congénital de nature cystoïde.

M. *Kintgen* relate un cas d'ascite consécutif à une cirrhose hépatique qu'il allait ponctionner lorsque la malade fit une forte chute la veille du jour fixé pour l'opération. Ensuite de cet accident une forte diurèse s'établit (10 litres par jour) et l'ascite diminuait rapidement de façon à ne plus demander l'intervention chirurgicale.

Communications diverses. M. *Welter* fait une vive critique des rémunérations accordées aux médecins opérant en matière civile, surtout en ce qui concerne les frais de route. Il prie l'assemblée de faire les démarches nécessaires pour obtenir la révision des tarifs existants, datant du commencement du siècle.

M. *Klees* demande la révision du tarif d'honoraires des médecins et l'abrogation du privilège accordé aux communes et aux bureaux de bienfaisance.

L'assemblée s'associe à ces vœux.

Séance du 29 janvier 1898 à Luxembourg.

Présidence de M. le Dr Koch, Président.

Au bureau : MM. Klein et Krombach, membres, Praum, secrétaire.

M. Siegen, membre du bureau, s'est fait excuser.

Présents : MM. Ackermann, Bœver, Dasburg, Decker, Ecker, Engling, Faber, Herr, Kintgen Jos., Klees, Knaff, Krombach G., Lehnertz, Loutsch, Meyer Ed., Muller, Namur M., Pundel, Ries, Schumacher, Thinnes, Weber A.

M. le Président : Messieurs, l'année 1897 n'a pas pu s'achever sans frapper notre société d'un nouveau deuil : la mort inexorable a enlevé de nos rangs un vétéran, un des membres composant ce petit groupe de confrères auxquels notre société doit son existence et auquel la génération actuelle doit plus

de reconnaissance que peut-être elle ne pense: Nicolas Bertemes est décédé à Clervaux après avoir consciencieusement rempli pendant une longue série d'années son devoir et de médecin praticien, et de médecin cantonal, et de bourgmestre de sa commune. Adressons les derniers hommages au regretté confrère en nous levant de nos sièges.

Les assistants se lèvent en signe de deuil.

Procès-verbal. Le procès-verbal de l'assemblée générale du 30 octobre est lu et adopté. M. *Kintgen* ajoute que la malade dont il a parlé à cette séance se porte bien et ne présente presque plus d'ascite.

Élections. Par scrutin secret, le bureau est réélu au complet. M. le Président remercie l'assemblée de cette marque de confiance.

Par scrutin secret sont ensuite élus membres MM. Scholtes et Kintgen Fr.

Correspondance. Lettre de remerciements de la famille Bertemes.

Convocation pour le IX^e Congrès de démographie et d'hygiène à Madrid (du 10 au 17 avril 1898).

Présentation de malades. M. *Klein* présente un malade qui est venu le consulter pour des troubles de la miction. En l'examinant, il put constater un prépuce demesurément long qu'il s'est empressé de fendre par une incision. Il trouva alors que le feuillet interne du prépuce était transformé en un tissu cicatriciel; que le gland, au lieu de présenter une coloration rose, était devenu blanchâtre; que, bien que le méat fût indiqué, il ne présentait qu'une toute petite ouverture à sa base à travers laquelle l'urine ne put s'échapper que par un jet de la minceur d'une ficelle. M. *Klein* proposa au client d'inciser le méat, sans pouvoir l'y amener.

Partant de ce cas, M. *Klein* fait une leçon clinique sur les rétrécissements du méat urinaire. Il a vu et traité jusqu'ici une trentaine de cas analogues, guéris tous par simple élargissement du méat. Il expose que le méat a au point de vue de la pathologie la même valeur que le reste du méat et que les rétrécissements qui s'y produisent ont les mêmes conséquences funestes (hypertrophie, ensuite paralysie et catarrhe

de la vessie) que les rétrécissements des autres parties de l'urèthre. M. Klein n'admet pas la bléonorragie comme cause des rétrécissements du méat, affection qu'il a rencontrée sur des clients de tout âge et dont il explique le mécanisme par le fait que ces malades ont le prépuce très développé. Ce prépuce retient après chaque miction un peu d'urine qui ne tarde pas à se décomposer et à provoquer ainsi d'abord une irritation, ensuite une dermatite qui donne finalement lieu au rétrécissement quasi cicatriciel du méat.

M. *Schumacher* rapproche de cette manière de voir les guérisons d'*enuresis nocturna* par dilatation de l'urèthre.

M. *Pundel* raconte un cas de rétrécissement du méat qu'il a traité. Derrière le méat était emprisonné un corps étranger s'émiettant facilement, composé d'un noyau calcaire entouré d'une couche brunâtre de sang transformé.

Communications diverses. M. *Knaff*, en sa qualité de membre de la Commission pour l'acquisition d'ouvrages scientifiques rend compte de son mandat : Il déplore la situation actuelle. Nous n'avons pas de local convenable pour nos collections, la bibliothèque est mal entretenue et tout-à-fait incomplète. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

- 1° Demande au Gouvernement d'un subside extraordinaire pour créer un fonds de bibliothèque, comprenant les ouvrages les plus indispensables ;
- 2° Demande de majoration du subside accordé annuellement par le Gouvernement et affectation d'une part fixe de ce subside à l'entretien de la bibliothèque ;
- 3° Recherche d'un local approprié destiné à loger les collections et la bibliothèque de la Société ;
- 4° Nomination d'une commission chargée du choix des ouvrages à acquérir. Cette commission comprendrait pour chacune des trois branches de l'art de guérir (médecine interne, chirurgie, accouchements), un vieux et un jeune membre, outre plusieurs spécialistes. Les membres de cette commission devront pour autant que possible habiter la ville de Luxembourg, afin de faciliter leurs réunions ;

5° Vote éventuel d'une cotisation à payer annuellement par les membres de la Société pour l'alimentation de la bibliothèque.

Ces conclusions donnent lieu à une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Knaff, Klein et Lehnertz. Finalement on décide de remettre cette question à l'étude et de la faire figurer sur l'ordre du jour d'une des prochaines assemblées.

Séance du 13 avril 1898 à Luxembourg.

Présidence de M. le D^r Koch, Président.

Au bureau : MM. Klein et Siegen, membres, Praum, secrétaire.

Présents : MM. Ackermann, Baldauff, Ecker, Engling, Faber, Giver, Hoffmann, Kintgen Jos., Klees, Knaff, Krombach G., Meyer Ed., Muller, Pinth, Pundel, Ries, Schneiders, Scholtes, Thilges, Weber Jos., Welter.

Procès-verbal. Le procès-verbal de l'assemblée générale du 29 janvier 1898 est lu et adopté.

Élections. M. le D^r O. Pinth, médecin à Bascharage, est reçu, par scrutin secret, membre de la Société.

Présentation de malades ; démonstrations. M. Krombach fait l'histoire d'un cas de cancer de l'œsophage qui présentait les symptômes d'une affection laryngienne. Il a vu au mois de juin 1897 le malade qui était atteint d'une forte toux, et qui se plaignait d'éprouver dans l'arrière-bouche la sensation d'un corps étranger. M. Engling se crut d'abord en présence d'une simple laryngo-pharyngite ; mais, l'état du malade empirant toujours, il explora l'œsophage à l'aide de la sonde. Cet examen lui révéla la nature d'une grosse tumeur œsophagienne. Dans la suite les symptômes laryngiens s'accrochèrent de plus en plus chez le malade ; il eut finalement une extinction complète de la voix et succomba dans un accès de suffocation.

L'autopsie fit constater un cancer de l'œsophage comprimant fortement la bronche gauche ; le larynx était intact. Sur ce malade, les symptômes laryngiens étaient probablement dus à la compression du nerf récurrent gauche ;

Le diagnostic de tumeur cancéreuse fut confirmé par l'examen microscopique pratiqué au laboratoire bactériologique.

M. *Krombach* expose un cas de cancer des amygdales qu'il a opéré avec M. Schumacher. A l'encontre de cette communication, M. *Koch* fait part de quatre cas analogues, où le diagnostic a toujours été confirmé par l'examen microscopique. Il rend attentif que M. Mackenzie considère le cancer des amygdales comme une affection très rare. M. Koch a traité ses malades par des injections dans la tumeur de 3 à 4 gouttes de solution de Fowler (dépourvue d'essences) répétées 2 à 3 fois par semaine. Ce traitement qui prolonge sûrement de plusieurs mois la survie des malades a été recommandé par plusieurs spécialistes anglais et par P. Heymann de Berlin.

M. *Koch* fait ensuite les communications suivantes :

Obstruction de Pæsophage par un morceau de jambon.

Un cas assez curieux de corps étranger de l'æsophage nous est donné par le malade suivant : Un vieux chiffonnier arrive à l'état d'ivresse dans mon cabinet, se plaignant d'avoir avalé un corps étranger dont il ignorait la nature ; ce corps étranger ne serait pas descendu dans l'estomac. L'état dans lequel le malade se trouvait ne permettait guère d'avoir une anamnèse exacte. En désespoir de cause, j'introduisis une sonde anglaise un peu pointue et dure dans l'æsophage ; effectivement je trouvais au tiers moyen de l'æsophage un obstacle insurmontable. Vous savez tous, Messieurs, que les corps étrangers d'un certain volume ne franchissent que difficilement l'æsophage à la hauteur du cartilage cricoïde, mais que, cet endroit une fois passé, ils arrivent facilement jusqu'au tiers moyen de l'æsophage, endroit qui correspond au croisement de l'æsophage avec la bronche principale gauche. Le malade, toujours la sonde dans l'æsophage, devint récalcitrant ; l'impatience me prit aussi et je fis avancer la sonde un peu énergiquement vers l'estomac, effort qui réussit. Je demandai au malade si le corps étranger avait disparu ; la réponse fut négative. Voulant alors sortir la sonde de l'estomac, je ne réussis pas d'abord et il fallait employer le même effort en sens inverse que la première fois. La sonde sortie, je vois à ma grande

surprise qu'elle avait perforé en son milieu un grand morceau de jambon dur et non mâché. Ce morceau de jambon avait été retiré de l'œsophage moyennant la sonde tout-à-fait comme un bouchon est retiré d'une bouteille. Après cette scène amusante, le malade retourna gaiement à sa fête de village.

Deux cas extraordinaires de type nerveux d'influenza.

Je viens d'observer avec le confrère Weber de Remich un cas très intéressant dans le chapitre des affections laryngiennes survenues dans le cours d'une attaque d'influenza.

Un homme robuste d'une soixantaine d'années est pris subitement d'accès de dyspnée dont les symptômes démontrent l'origine tout-à-fait laryngienne. Ces accès augmentent en intensité et surgissent aux moindres mouvements corporels, aux tentatives d'examiner le larynx, etc. Le Dr Weber fit une injection de morphine à la partie antérieure du cou et les accès diminuèrent pour disparaître complètement après deux jours.

L'examen laryngoscopique avait montré les cordes vocales à peine rougies dans la position dite de phonation. Dans les moments de repos cette position existait, dans un degré moindre, pour atteindre son maximum d'intensité au moment de l'introduction du laryngoscope. Cette image laryngoscopique, les intermittences à peu près régulières, la voix à peine voilée, le type de sténose surtout inspiratoire, permettaient d'exclure la diphtérie, le catarrhe exagéré, la paralysie totale des cordes vocales. Il ne restait qu'à admettre la laryngite catarrhale combinée à la crampe des muscles adducteurs du larynx. La seule affection avec laquelle on aurait pu confondre la maladie en question, c'est la paralysie crico-arythénoïdienne postérieure, dite paralysie respiratoire du larynx. Le diagnostic différentiel entre ces deux affections est souvent difficile, sinon impossible. Il y a lieu de rappeler à ce sujet la controverse entre Félix Semon de Londres et Krause de Berlin. Le premier prétend que dans la paralysie récurrentielle, les fibres nerveuses correspondant aux muscles crico-arythénoïdiens postérieurs sont entamés en premier lieu, avant les fibres qui innervent les adducteurs et que la dite position des cordes vocales est l'ex-

pression d'une paralysie crico-arythénoïdienne. Krause au contraire attribue cette position phonatrice des cordes vocales à une crampe des muscles phonateurs du larynx. Malgré toutes les observations cliniques acquises, la question n'est pas encore tranchée et *adhuc sub judice lisert*.

Pratiquement parlé, il est bien égal que l'image laryngoscopique classique provienne d'une paralysie, ou d'une crampe. Dans les deux cas, la sténose existe et il faut la combattre. Dans le cas actuel, les intermittences et la rapidité avec laquelle le rétrécissement survenait, plaident plutôt pour une crampe des muscles phonateurs. Dans ce cas il est tout de même prudent de faire la trachéotomie et de ne pas se fier à des injections de morphine, bien qu'elles aient réussi chez le malade en question.

Un autre exemple d'affection nerveuse d'origine centrale, observée dans le cours ou plutôt après l'influenza, est le suivant :

Un camionneur de Chauxfontaines, âgé de 48 ans est pris d'une forte attaque d'influenza avec pneumonie concomitante, en même temps que sa femme. Cette dernière meurt à la suite de la complication pulmonaire, tandis que lui guérit; il n'avait jamais été épileptique, mais il abusait des boissons alcooliques depuis le décès de sa femme; il en abusait d'autant plus qu'on lui avait recommandé de bien manger et de bien boire après sa maladie. Il vient consulter, sans parler des maladies antérieures, pour des ulcérations à la langue qui l'empêchaient de parler et d'avaler. A l'inspection de la bouche on s'apercevait que le tiers antérieur de la langue était séparé au quart des deux tiers postérieurs, que les ulcérations dont le malade se plaignait n'étaient que l'empreinte exacte des dents correspondantes aux deux mâchoires et que le pharynx ainsi que le larynx étaient intacts. Toutes les dents étaient saines, sans exception aucune, l'image de la langue présentait à ses deux faces une empreinte anatomique irréprochable de la denture sur le vivant. Enfin l'anamnèse révéla que de temps en temps, pendant la nuit, le malade avait des rêves sinistres, accompagnés de crampes musculaires; qu'après ces rêves et crampes qui duraient à peu près un quart d'heure, il se réveillait en

grinçant des dents et en s'essuyant l'écume de la bouche ; qu'après un de ces accès, il avait gardé les ulcérations pour lesquelles il était venu consulter. Le traitement ordinaire amena la guérison du mal local et les symptômes nerveux ont disparu.

Deux cas de diphtérie nasale.

Les deux enfants d'une famille habitant Lamadeleine ont donné l'occasion aux docteurs Lehnertz de Rodange et Loutsch de Pétange de confirmer de nouveau le principe posé dans le temps par Morel Mackenzie, avant la découverte de Klebs-Löffler, et avant le traitement de Roux et Behring, c'est-à-dire que le diagnostic d'une diphtérie primitive des fosses nasales est toujours d'un pronostic mauvais ; aujourd'hui nous pouvons ajouter à ce principe de Mackenzie qu'il s'agit dans ces cas de poser le diagnostic bactériologique le cas échéant.

L'un des enfants avait présenté pendant quelques jours un écoulement nasal extraordinaire, ne ressemblant pas du tout à celui d'un coryza ordinaire, sans qu'il ait existé de fausses membranes ; malgré tout le traitement ordinaire, le petit malade a succombé à l'infection générale.

Pour le second enfant qui présentait tout-à-fait les mêmes symptômes cliniques, on pratiqua de suite l'examen bactériologique qui révéla le bacille de Klebs-Löffler ; après l'emploi du sérum de Roux, la guérison ne se fit pas attendre.

L'expérience prouve du reste qu'en dehors de ces injections séro-thérapiques le traitement local, exécuté avec douceur, est de la plus grande importance et de beaucoup plus efficace contre l'infection générale septique que dans les cas de diphtérie pharyngienne et laryngienne.

MM. Koch et Praum font ensuite l'histoire d'un cas où la radioscopie leur a permis d'établir un diagnostic très net. Il s'agissait d'une malade présentant tous les symptômes d'une sténose œsophagienne. M. Koch eut l'idée d'introduire une sonde dans l'œsophage de la malade et de l'examiner ensuite à l'aide des rayons X. Cependant la sonde étant traversée complètement par les rayons, et n'entrant pas dans l'œsophage

si elle était armée d'un mandrin ordinaire, les expérimenteurs eurent l'idée d'introduire dans la sonde un fil en plomb très flexible. De cette façon, ils purent constater que la sonde, à peine entrée dans l'œsophage, déviait à droite pour décrire ensuite une anse d'une dizaine de centimètres. En l'enfonçant davantage, la pointe de la sonde continuait son chemin en remontant vers le pharynx jusqu'à sa rencontre avec l'autre partie de la sonde, qu'elle dépassait en la croisant; il se dessinait ainsi sur l'écran radioscopique une circonférence de cercle très nette, qu'on arrivait à resserrer ou à agrandir en poussant ou en retirant un peu la sonde. Les opérateurs furent ainsi amenés à faire le diagnostic d'une poche œsophagienne dont aucun symptôme n'avait jusqu'ici fait soupçonner l'existence.

En répétant les essais, M. Koch parvint à faire passer la sonde à travers la petite ouverture qui faisait communiquer la poche avec la partie inférieure de l'œsophage. Dans ce cas, on peut parfaitement suivre le trajet de la sonde jusque dans l'estomac.

M. *Kintgen* parle d'un cas d'angiome caverneux sur un petit enfant qu'il se propose de traiter par la méthode galvanolytique.

Assemblée générale tenue à Ettelbruck le 17 juillet 1898.

Présidence de M. le D^r Koch, Président.

Au bureau : MM. Siegen et Krombach, membres, Praum, secrétaire.

Présents les membres : MM. Boever, Buffet A., Buffet L., Clasen, Decker, Ecker, Feltgen E., Flesch, Giver, Herr, Kintgen J., Kintgen Fr., Klees, Knepper, Krombach, Leclère, Muller, Namur M., Nepper, Ries, Scholtes G., Schroeder J., de Waha, Weber A., Weber J., Welter.

Art. 1. de l'ordre du jour. *Visite de l'asile des aliénés à Ettelbruck.* A cette visite qui fut faite sous la conduite de

M. Ad. Buffet, directeur, et M. L. Buffet, médecin adjoint de l'établissement, les membres de la Société ont pu constater la propreté méticuleuse et l'ordre qui régnaient partout et apprécier le dévouement dont font preuve les médecins et le personnel, mais ils ont du déplorer l'insuffisance des locaux et l'état de l'établissement en général, dans lequel on cherche en vain les aménagements créés par la science dans les derniers temps. Aussi a-t-on été unanime à reconnaître qu'il est grandement temps d'agir et de mettre cet établissement en concordance avec les exigences de l'hygiène, afin d'adoucir dans la mesure du possible aux naufragés de la société le séjour forcé qu'on est obligé de leur octroyer, d'autant plus que sur ce terrain d'immenses progrès ont été réalisés. De casernes ou de prisons sombres qui par leur extérieur et leur aspect effrayaient les malades, les asiles modernes sont devenus des sanatorium convenables ou toute mesure de coercition disparaît, et qui se présentent plutôt comme des maisons de campagne que comme des abris de malades d'esprit. A ce point de vue presque tout est à refaire à Ettelbruck et c'est un devoir impérieux de remplacer cet asile moyenâgeux par un ensemble convenable, digne des progrès de la science et de l'humanité et ne faisant plus honte au pays.

Art. 2. M. Funck-Brentano de Paris est élu membre correspondant.

Art. 3. MM. Forman, médecin à Luxembourg, et Hoffmann, vétérinaire à Ettelbruck, sont élus membres effectifs.

Art. 4. *Présentation de malades, démonstrations.*

M. L. Buffet :

Messieurs,

Avant que d'avoir l'honneur de vous présenter quelques malades de notre asile je vous demanderai la permission de vous entretenir pendant un instant du mal implacable, véritable enfant de notre siècle mourant, dont sont affligés ces malheureux.

Le plus souvent caractérisé par du délire initial, ce mal, qui fait remuer à la pelle, des milliards par des empereurs et des Surdieux éphémères, finit tôt ou tard par conduire ses victimes dans les effondrements du gâtisme. Il a pris de nos

jours une extension si effrayante que la question prophylactique s'en est imposée non seulement au médecin, mais aussi au législateur. Vous connaissez tous, Messieurs, pour avoir eu l'occasion d'en observer au moins un cas dans le cours de votre pratique, la *Paralysie générale progressive*.

Si je me permets de vous en retracer ici à grands traits une image succincte, c'est surtout pour vous engager à porter dès le début votre entière attention sur l'ensemble de faits que certes plus d'un d'entre vous a déjà été appelé à constater à titre de médecin-expert et que vous aurez pour mission de juger de plus en plus fréquemment dans l'avenir.

Votre mission comme expert-légiste sera très délicate et très épineuse dans ces circonstances, vous vous trouverez devant un prévenu, appréhendé pour délit ou pour crime, n'offrant la plupart du temps que des signes de dérangement cérébral douteux, à peine indiqués, discutables et réclamant pour cette raison un examen des plus minutieux et la plus grande circonspection.

Je ne m'arrêterais guère sur la statistique de fréquence de cette affection, n'était que je désire vous convaincre qu'elle progresse. Qu'y a-t-il en effet de plus fallacieux que la sainte statistique? D'ordinaire on note de 10 à 20% de paralytiques parmi les admis dans les asiles de l'étranger. Dans ceux des grands centres on en a compté jusqu'à 45%. En parcourant la publication récente du Directeur de notre asile vous avez pu voir que notre petit pays, sans toutefois détenir le record, prétend son rang. La proportion chez nous a été de 7,14 et respectivement 15,8 du nombre des admis pour les deux dernières périodes de 5 ans. Le fait est qu'il y a progrès du mal chez nous également, progrès d'autant plus inquiétant que nos paralytiques des classes aisées, vous ne l'ignorez pas, sont généralement internés à l'étranger. Inutile d'ajouter que c'est dans ces classes de la société que s'en recrute le plus grand nombre.

C'est avec intention, Messieurs, que je maintiens le nom de *Paralysie générale progressive* pour l'affection qui nous occupe. Une révision de la classification reçue des maladies mentales ne pourra certainement avoir lieu qu'à date lointaine, et

alors pourquoi des nomenclatures provisoires autres, n'ayant pas de raison d'être ?

Sous le nom plus spécial de *démence paralytique* (*dementia paralytica*) nous désignerons les formes plutôt démentielles, tandis que le nom de *folie paralytique* marquera surtout les cas dans lesquels prédominent les symptômes délirants actifs et d'excitation corticale outrée.

La controverse sur les causes de „ce mal qui répand la terreur“ et qui est certes pire que la peste du bon fabuliste, est loin d'être close. Tout cependant tend à démontrer qu'en faisant la part à la fatale hérédité, il y a lieu de réserver le 1^{er} rang à la syphilis, cette grande dévastatrice. Prétendre toutefois que tout cas de paralysie générale soit nécessairement d'origine syphilitique est peut-être osé ; à moins que d'admettre l'existence possible de deux virus syphilitiques infectieux dont un seul à conséquence élective sur l'encéphale. En attendant et étant admis que dans la paralysie générale il s'agit bien d'une psychose organique par intoxication, il faut bien admettre le concours d'autres facteurs étiologiques. Tel peut être le cas pour tout virus altérant la substance corticale qui serait la résultante d'un mélange morbide des constituants de notre organisme et favorisant le processus de l'autointoxication. Quant aux cas de pseudo-paralysie générale, d'alcoolisme paralytique, nous ne ferons que les mentionner ici.

Le fait est que sur 100 cas de paralysie on a constaté jusqu'à 86,9% de syphilis dûment contrôlée chez le sexe masculin. Cette affection est relativement plus rare chez la femme, surtout chez celle des classes cultivées. Alors qu'une prostituée syphilitique est dans le cas de contaminer un grand nombre de mâles, la réciproque contraire est fort heureusement l'exception. Vous rappellerai-je le cas relaté d'une femme contaminée, ayant donné la syphilis à cinq infortunés qui finirent tous par devenir paralytiques ?

Je vous donne à considérer d'autre part que chez l'homme viennent s'ajouter et collaborer d'autres facteurs, surtout à notre époque d'outrance cérébrale : la lutte pour l'existence, le désir effréné d'arriver et de jouir, les excès de toute na-

ture, — veilles, fatigues, agitation sans trêve ni repos, surtout dans les grands centres, sont autant d'agents pernicieux, se mettant insidieusement au service du fléau, pour faire œuvre de destruction, d'ordinaire lente, mais toujours sûre et funeste, dans les éléments du tissu nerveux des victimes, surtout dans la substance corticale de l'organe de la pensée.

Si la femme de condition supérieure est relativement indemne, c'est que, sauf contamination par un mari peu scrupuleux, elle est exposée, moins que la femme du peuple, aux nuisances précitées et moins à la syphilis que la prostituée. Les ecclésiastiques eux aussi, sont rarement paralytiques pour la raison qu'en général ceux-ci sagement s'abstiennent de gibier braconné. Un dernier argument, très sérieux celui-ci, qu'on vient d'invoquer en faveur de l'étiologie syphilitique, vient d'être fourni par la téméraire expérimentation relatée au Congrès de Moscou par le professeur Krafft-Ebing. Vous savez, Messieurs, qu'il s'est trouvé un médecin assez audacieux pour inoculer un virus syphilitique des plus forts à 9 paralytiques avérés et que tous restèrent réfractaires.

Je ne ferai qu'effleurer le terrain anatomo-pathologique, d'ailleurs déjà touché, du mal en question.

D'ordinaire l'autopsie nous montre les altérations de la méningo-encéphalite chronique diffuse. L'écorce est atrophiée et le cerveau a diminué de poids. L'altération porte sur les méninges et surtout sur les cellules ganglionnaires, déformées, raréfiées, disparues, en même temps que sur une partie des fibres corticales du cerveau atrophié. Parfois des extravasats sanguins sus-corticaux en foyer ou en nappe, des foyers ramollis, dûs sans doute à quelqu'insulte apoplectique intercurrente, sans qu'il y ait eu possibilité d'expliquer les rapports entre l'image clinique et les modifications de l'encéphale constatées à l'autopsie. Généralement c'est dans les autres organes qu'il faut aller chercher l'explication des symptômes létaux ultimes : Pneumonie par fausse ingurgitation, septicémie, tuberculose, vices cardiaques, néphrocystites, toutes maladies intercurrentes, terminales. On cite des cas d'hémorragie méningée de la moëlle allongée.

Le cours de la maladie se résume en peu de mots : c'est

une démence progressive, avec signes très variés d'excitation et finalement de paralysie corticale, syndrome dans lequel, et j'insiste, la *faiblesse mentale* occupe toujours et invariablement le premier rang. Un des symptômes qui nous donnera toujours à réfléchir, Messieurs, sera cette grande lassitude intellectuelle dont presque tous sont accablés dès le début et contre laquelle ils luttent en vain. Le malade devient distrait, plein d'inattention, perd sa justesse de perception, est sujet à des troubles de l'orientation, à des vertiges, des bourdonnements, se trouve dans un état crépusculaire comme dans l'ivresse commençante : l'état mental pathologique du paralytique évolue, toutes choses égales d'ailleurs, à travers ses diverses phases, tel celui de l'ivrogne à travers les stades de l'ivresse, de sorte que, connaissant la façon de réagir sur l'alcool d'un individu, on peut dire à priori, comment il se comporterait s'il devenait paralytique. C'est surtout la perte de la mémoire qui est caractéristique. L'orientation temporaire s'en va, le malade oublie les dates, le millésime, il perd la notion des saisons. C'est à ce moment que l'imagination vient occuper la place de la mémoire à jamais envolée et vient à la rescousse précisément parce que celle-ci n'est plus là pour exercer le contrôle.

Tout ce que les Hoffmann, les Gustave Doré, les Edgar Poë, les Jules Verne ultra-fantaisistes ont pu imaginer, pâlit à côté des productions fantasmagoriques de ce cerveau en déroute. Ce sont des voyages et des aventures extraordinaires, des plans absurdes et insensés : „orgues asinaires“ etc.

Un de nos malades que vous allez voir nous fournira au besoin des troupes de 10,000 éléphants se mouvant dans les airs....

Ces sortes d'exemples sont trop nombreux, trop connus pour s'y arrêter. Avec l'imagination montante s'en va le jugement. En exposant ses projets le malade reste calme et serein, comme si tout cela s'entendait de soi-même.

Cet autre de nos malades projette d'éditer la „science universelle“. Il va de soi que la plupart sont milliardaires, tout cela dépendra toujours de la situation antérieurement occupée par le malade. Toutefois celui-ci ne persiste guère

dans ses idées délirantes, il n'y tient pas énormément et il n'arrive par suite jamais à comprendre qu'il soit malade.

Tout comme le raisonnement, l'humeur va se modifiant. Le malade devient plus excitable, d'une irritabilité parfois dangereuse; il ne souffre aucune contradiction et n'est plus à même de se rendre compte de la suite de ses actes. Ces derniers ne lui donnent que trop souvent maille à partir avec la justice. Toujours contents et satisfaits d'eux-mêmes, convaincus de bonne foi qu'ils font le bonheur de leur entourage, leur caractère se perd dans un optimisme imaginaire; „Tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes!“ Du moment où il n'est plus question d'énergie morale, ils deviennent facilement suggestibles contre leurs velléités de mécontentement. Tel cet infortuné dont les désirs fantasques et les fureurs enfantines tombent et disparaissent sur un mot de l'entourage. La finesse du sentiment éducatif s'en va, les malades deviennent négligents dans leur extérieur, leur toilette, se permettent des incongruités en société etc. Tels sont en résumé les troubles psychiques proprement dits.

Au point de vue somatique ces malheureux se plaignent, et souvent dès le début déjà, de douleurs vagues, erratiques, soit-disant rhumatismales, de céphalalgies etc., le tout peu défini.

Quant aux troubles moteurs accompagnant la paralysie générale, ils sont d'ordres très variés. Suivant les différents stades et abstraction faite de quelque insulte intercurrente, ce sont précisément les crises gastriques, vésicales, laryngées, maxillaires ou des extrémités, qui sont les plus manifestes. Plus que toutes les autres, les crises laryngées peuvent devenir dangereuses à cause des difficultés de la déglutition et de ses conséquences fâcheuses — pneumonies par aspiration, étouffements devenant rapidement mortels. Parfois les accès paralytiques nous présentent l'image clinique de l'épilepsie ou bien de l'apoplexie grave et peuvent causer une fin subite. Ils surviennent dans environ la moitié de cas de paralysie générale.

En fait de symptômes objectifs externes vous porterez d'abord

et surtout votre attention sur les troubles moteurs des yeux. Néanmoins les différences pupillaires n'existent pas toujours.

J'aurai l'occasion dans un instant, de vous présenter des malades avec et sans différences pupillaires. On compte, en moyenne 60% de cas à différence pupillaire. Toujours est-il que les pupilles sont rigides, à réaction extrêmement paresseuse. Parfois et c'est surtout le cas dans les formes tabétiques et spastiques (dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux) il existe un myosis des plus accusés. La physiologie à son tour subit des altérations profondes. Elle perd de son expression et la flamme des yeux n'est plus qu'un mythe.

Les traits naso-labiaux s'effacent de bonne heure. La langue ainsi que les extrémités sont affectées de tremblements fibrillaires, avec difficulté croissante dans la coordination des mouvements. Les malades font parfois des efforts vains pour réparer ce qu'il y a de défectueux dans cette motilité.

Voici 4 malades qui, sans être hémiplegiques, ne sauraient plus ni rire ni siffler. Leur voix est monotone et trainarde et la parole hésitante, surtout après quelques fatigues. Outre qu'elle est affectée de tremblements fibrillaires, la langue est parfois déviée et fourche.

Il est de ces malheureux, dont voici un spécimen classique, qui grincent incessamment des dents.

Les troubles graves de la parole sont en fin de compte les plus constants de tous et aussi ceux qui ont été étudiés de préférence par les cliniciens. Et parmi ceux-ci les troubles ataxiques articulaires sont les plus fréquents. Les lèvres ne se meuvent que difficilement. La langue, l'organe musculaire le plus délié, le plus parfait, qui roule, claque et vire avec tant d'aisance chez l'individu sain, devient, chez le paralytique, immobile, engourdie, incapable de fonctionner. C'est à la lecture surtout que ces troubles de coordination sont les plus évidents.

Voici des malades incapables de prononcer les mots de „réverbère“, „artillerie“ etc.

Il en est de même pour l'écriture, dont voici de lamentables essais. De plus tout ce que nous connaissons en fait de nu-

ances fines, délicates dans les mouvements s'en est allé chez nos malades; tels les actes d'enfiler une aiguille, de serrer un objet etc.

Fait digne de remarque, ce sont précisément les actes dans lesquels les malades excellaient auparavant qui perdent le plus de leur précision: L'écriture chez le calligraphe, le doigté chez le pianiste, la faculté de danser chez la danseuse. La faculté motrice des extrémités inférieures est donc également compromise. La marche est altérée, devient incertaine, vacillante, déséquilibrée et certains mouvements, tel le volte-face, impossibles.

Les réflexes enfin subissent toujours des altérations, seulement celles-ci sont difficiles à constater. Habituellement et au début les patellaires sont abolis ou pour le moins diminués. Tel est le cas chez un de nos malades.

J'en viens, Messieurs, aux troubles du stade plus avancé de la maladie.

Les symptômes vésicaux se présentent tantôt sous la forme de l'incontinence, tantôt sous celle de la rétention. Vous voyez d'ici les graves complications qui, le cas échéant, peuvent en résulter.

La défécation involontaire est un des symptômes de la période avancée.

Une dernière catégorie de symptômes à retenir, Messieurs, et qui nous donne le plus souvent de sérieuses préoccupations, consiste dans les troubles vaso-moteurs. Que faire en effet pour prévenir le décubitus, si ce n'est de donner au malade les soins les plus minutieux? Le sommeil, ordinairement troublé au début et parfois même nul pendant les périodes initiales d'excitation, fait place, peu à peu, à une somnolence abétie. L'appétit d'abord diminué, devient glouton plus tard. Le poids du corps va en conséquence. Les caractères de l'urine sont très inconstants et peu définis.

Comme vous le voyez l'image physique est assez variée. Le tableau psychique, qui n'est que le reflet de l'état somatique se présente d'ordinaire sous un aspect divers et changeant.

Dans la *forme dépressive* nous rencontrons, comme déjà le le nom dit, la dépression dans toutes ses nuances, ainsi que

des délires multiples et variés. Le malade est hypochondri-
aque, sujet à des paresthésies et des hyperesthésies insupport-
ables — il se trouve du coup syphilitique, incurable, a des
idées délirantes multiples, à caractère de rapétissement, de
persécution avec auto-accusations, enfin et quoiqu'on ait pu
prétendre, des hallucinations diverses.

Mais et c'est là toujours un caractère essentiel et différen-
tiel des symptômes de la paralysie générale d'avec ceux de
la mélancolie ou le délire de la paranoïa, c'est que dans la
paralysie ils manquent d'échafaudage solide, raisonné, qu'il
n'y a pas de système. Il y manque surtout la tonalité ! C'est
avec une sérénité extraordinaire, un calme désespérant que,
contrairement au paranoésique, le malheureux paralytique vous
exposera ses plans, vous contera ses doléances et surtout ses
projets.

La *forme expansive* de la paralysie générale est celle qui
aura pour syndrome prédominant et caractéristique la baisse
de la mémoire, les distractions sans motif, les oublis, l'exci-
tabilité et l'exagération subjective des phénomènes sensibles.
Peu à peu s'y joindront les symptômes de mégalomanie ; l'hu-
meur restera bonne toujours, trop bonne hélas !

Les idées de grandeur s'amoncellent graduellement jusqu'à
l'incommensurable et à l'absurde. Vous avez pu voir tout à
l'heure notre malade rédacteur universel, bien fait pour illus-
trer cette forme de paralysie.

Chose curieuse et encore inexpiquée, chez les femmes les
idées de grandeur sont loin d'être aussi développées que chez
les hommes !

A cette époque aussi le malheureux méconnaît son entou-
rage, ne se rend plus compte du temps, de l'horaire, ne dis-
tingue plus la nuit du jour etc. Tel est le cas chez notre
rédacteur universel déjà nommé. Il existe si peu de conti-
nuité dans leurs idées qu'ils sont, si je puis m'exprimer ainsi
d'une suggestibilité enfantine !

Ce malade qu'un rien fait changer d'avis vous en fournit
un exemple. Il existe, d'autrefois, une très grande agitation
initiale. Toujours en mouvement, ces malades bâclent des
affaires colossales, font commande sur commande d'objets

d'ordinaire inutiles, ou bien ils se lancent dans des excès de toute sorte avec un potentiel génital exagéré et subissent une poussée d'activité surprenante.

S'ils sont commerçants, ils augmentent leur chiffre d'affaires dans des proportions insensées ou bien entament une correspondance inouïe.

Viennent bientôt, je l'ai déjà dit, les déficiences mémorielles, l'omission, l'oubli, la déchéance éthique et — le commissaire de police... ! Dans cette phase la plupart de ces infortunés sont arrêtés en flagrant délit d'outrage aux bonnes mœurs, ou bien pour larcins, vols et faux grossiers. Leur manière de procéder est d'ailleurs puéride, banale, irréfléchie à l'extrême et sans aucun calcul. Leur cerveau malade n'étant plus capable de reconnaître la portée de leurs actes et par suite de les induire à avouer, ces inconscients se font bêtement condamner et emprisonner. C'est pendant la détention qu'enfin l'on s'apercevra, rendons-en le sincère témoignage à nos autorités judiciaires, que le détenu présente des symptômes anormaux d'association mentale. Commis dès lors pour examiner le malheureux, nous aurons à dresser le bilan du passé et du présent et en coordonnant les faits nous trouverons une mentalité en désordre, laquelle présente presque toujours l'image de la paralysie générale progressive. Nous conclurons en conséquence, tout en faisant nos réserves, s'il y a lieu, quant à la possibilité d'une pseudo-paralysie alcoolique.

La *forme maniaque* agitante de la paralysie, très rare, n'est que le renforcement gradué de la forme expansive.

La *forme démente* enfin se caractérise surtout par les symptômes de démence progressive à partir du début. C'est la plus fréquente et en somme aussi la forme habituelle terminale de la paralysie générale. Elle est caractérisée par l'abolition graduelle de l'intelligence et la fatigue extrême de l'organe de la pensée, de l'indifférence et de la somnolence, excitabilité nulle, incapacité mentale absolue. Ces malheureux mangent et boivent n'importe quoi, de l'urine et de la tourbe aussi facilement que du vin et de la viande. A cet état mental l'habitus extérieur et la physionomie du malade correspondent en tous points. D'autrefois enfin ils sont et demeurent

revêches, mal accueillants et inabordables, ils sont d'une morosité extrême.

Voilà, Messieurs, le cours ordinaire du mal. Il survient parfois un arrêt, une rémission fallacieuse. Par contre il n'est pas trop rare de le voir traversé par un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie ou même de mort rapide.

La forme démente est la plus sujette aux crises paralytiques.

Quant aux phases terminales elles sont généralement les mêmes pour toutes les formes : Obtusion, apathie, démence, un corps qui végète sans âme apparente ! L'insensibilité, devenue complète, traîne à sa remorque le gâtisme et le décubitus. Seule la mort libératrice vient mettre fin à ce qui était jadis pensées élevées, esprit brillant, sentiments nobles, volonté de fer ! Les causes habituelles de la mort sont multiples : Ce sont, outre celles déjà signalées, tantôt une pneumonie par aspiration, une embolie, tantôt des rétentions d'urine et leurs suites. C'est en fin de compte, le marasme terminal qui achève cette œuvre de destruction si insidieusement commencée.

Quelques mots encore sur le diagnostic différentiel : Ainsi que je vous l'ai fait remarquer en abordant notre causerie, *le diagnostic précoce de la paralysie générale est d'importance capitale, tant au point de vue moral que matériel.*

Que de ruines en effet, provoquées par les engagements insensés pris par ces malheureux à une époque où personne ne soupçonne un mal et dont les conséquences désastreuses pourraient être empêchées par l'entourage, si le mal pouvait être reconnu à temps ! Et cependant, et il faut bien le confesser ici, les aliénistes ne connaissent aucun symptôme pathognomonique propre à la paralysie générale. Leur diagnostic est basé sur un tableau d'ensemble. Et encore les experts d'entre eux ont pu s'y tromper au début du mal..... Dans les cas avancés, les seuls dont nous allons pouvoir faire passer sous vos yeux divers cas cliniques bien dessinés, le diagnostic ne présentera plus guère de difficulté.

D'ordinaire, Messieurs, il s'agira de ne pas confondre la paralysie générale avec la pseudo-paralysie alcoolique (l'alcoolisme paralytique) et la neurasthénie.

Dans l'alcoolisme paralytique le début est toujours brusque, éclatant. Puis, c'est surtout la dégénérescence morale qui saute aux yeux. Chez ces malades tous les attributs supérieurs, éthiques se trouvent émoussés, la brutalité tient lieu de volonté, et les sentiments abolis ont cédé la place à l'égoïsme et aux instincts bas et grossiers, sans frein aucun.

Chez le vrai paralytique au contraire se manifestent assez souvent, pendant le stade initial bien entendu, des lueurs de sentiments élevés et des éclairs d'intelligence. Souvent même ils sont généreux à l'excès. Le cours ultérieur de l'affection et les symptômes somatiques subséquents permettent d'en bientôt désigner le véritable caractère et ne laissent plus subsister aucun doute sur le diagnostic.

La neurasthénie, ce mal si fréquent de nos jours, surtout dans la caste de nos intellectuels (!) peut être parfois un symptôme initial ou précurseur de la paralysie générale. Ce sera surtout chez les individus qui se meuvent dans certains milieux sociaux, violentant leur cerveau prédisposé par trop de tension intellectuelle, dans le monde des artistes, des gens de lettre, des brasseurs d'affaires, ainsi que des employés surchargés de travaux, que se recrutent les infortunés sujets à cette neurasthénie prodromale, conséquence inévitable d'une suractivité cérébrale et d'une dépense nerveuse excessive.

D'autre part la neurasthénie apparait de temps en temps à la suite de maladies infectieuses aiguës. Il n'est pas bien rare, vous devez le savoir, de la voir suivre une infection syphilitique.

Pour le diagnostic différentiel entre la neurasthénie, même celle d'origine syphilitique et la paralysie générale on se basera surtout sur les faits suivants : Sur l'hérédité morbide qu'on retrouve presque toujours chez le neurasthénique, sur la date de l'invasion de la maladie, en regard de l'obtusion, du manque de jugement et surtout de la disparition des images mémorielles, de l'embarras de la parole, et de l'inégalité pupillaire chez le paralytique. Il ne faudra pas donner trop grande importance aux tremblements fibrillaires et aux réflexes. Ceux-ci ont des causes trop multiples et trop variées.

Le neurasthénique au contraire garde la mémoire, le juge-

ment et le caractère intacts. Il n'est pas question chez lui d'aboulie, la volonté dirige son être et lui dicte ses fins.

Enfin la neurasthénie cède aux lois d'une médication appropriée et quoique le traitement antisypilitique seul nous laisse parfois en plan chez les neurasthéniques atteints de syphilis, leur état s'améliore cependant par une cure adjuvante appropriée : hydrothérapie, cure d'air, massage, électricité et surtout le traitement suggestif et moral. Dans la paralysie générale, et je vais finir, la thérapeutique n'est guère consolante ; les médications antisypilitiques, si elles produisent parfois des arrêts temporaires et des rémissions trompeuses, nous abandonnent complètement par la suite.

Puisque la syphilis, l'alcool, le surmenage, etc. ne sont peut-être que des adjuvants étiologiques de ce mal, arrivera-t-on jamais à nous préserver de ces fléaux en remaniant à fond notre état social ?

L'aurore du 20^e siècle nous apportera-t-elle ce que tous nous souhaitons ardemment ? Doutons-en, mais sans trop en abandonner l'espérance illusoire ! Pour terminer, Messieurs, je vais me permettre de faire passer sous vos yeux, afin d'examen, quelques uns de nos malades atteints de paralysie générale. J'ajouterai que chez trois de ces 5 infortunés le mal a été méconnu au début, malchance qui leur a valu une suite respectable de condamnations infâmantés. Jugez dès lors vous-mêmes combien il importe de justement interpréter les premières manifestations du mal et combien j'ai raison d'insister sur la portée d'un diagnostic précoce.

En thèse générale et chaque fois qu'un individu est accusé d'un acte délictueux ou criminel flagrant et en disharmonie avec le passé honorable et le rang social de cet homme, soyons sur nos gardes et suspendons notre jugement. Souvenons-nous à propos, de cette boutade du professeur Savage, consistant à prétendre que quand on voit un homme acheter du coup 12 voitures à la fois et 20 perroquets, il y a gros à parier que cet homme est paralytique.

* * *

Une 2^e série de malades, atteints ces derniers, en plus des affections mentales qui les ont fait colloquer, de maladies

concomitantes ou surajoutées et ressortissant au chapitre plus spécial des formes convulsives de la neuropathologie, fut ensuite soumise à l'examen clinique de ses confrères par le directeur même de l'asile.

C'étaient en l'espèce :

a) Un cas de *myoclonie*, d'origine congénitale à peu près certaine, chez un imbécile d'environ 40 ans. Il s'agit d'un dégénéré héréditaire présentant, en plus, une série très accentuée de stigmates de dégénérescence somatique: Prognathisme, pavillons auriculaires en anses, énormes et mal ourlés, implantation dentaire vicieuse, orteils chevauchant l'un sur l'autre etc.

b) Une aliénée héréditaire démente, atteinte sur le tard de *paralysie agitante* à syndrome complet, et constituant ainsi un sujet parfait pour une démonstration clinique de cette affection convulsive.

c) Enfin une jeune fille idiote atteinte de la singulière et assez rare affection décrite par les neuropathologistes sous le nom d'*atétose*. Tout en présentant les caractères psychiques de l'idiotie, il n'y a pas chez cette jeune fille, sauf une très légère microcéphalie, de stigmates somatiques propres. Le Dr A. Buffet pense que l'arrêt des facultés mentales et aussi l'atétose sont ici le fait de quelque processus inflammatoire local infantile, méningo-encéphalite ou encéphalite partielle, dont cette infortunée aurait souffert dans les premiers mois de son existence.

Vu l'heure déjà fort avancée, l'exposant ne put, au très grand regret de l'assistance, développer devant elle les détails cliniques si intéressants offerts par ces trois observations. A une fois prochaine nous espérons ne pas être privés du plaisir de la revanche qu'il nous doit.

M. *Krombach* père démontre des pièces de pansement et un nouveau modèle de vaccinostyle.

M. le Dr *G. Krombach* présente une tumeur (fibrome compliqué d'angiome) qu'il a opérée avec succès sur un jeune homme.

Au banquet qui suivit la séance M. le Président a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs, nous nous trouvons justement à l'époque ou notre corporation entre dans la 38^{me} année de son existence. Aujourd'hui la Société des Sciences médicales est bien constituée, elle est grande autant par le nombre de ses membres que par sa splendeur. Mais la grande majorité des membres ne s'aperçoivent que de cet état si florissant seul ; il ne faut cependant pas qu'il se trompent. Ce ne sont que les membres d'une époque bien antérieure, ces messieurs qui ont entouré le berceau de l'enfant en apparence mort-né, ce ne sont qu'eux seuls qui savent combien la création était difficile, et combien ils ont dû payer d'audace en luttant contre bon nombre de difficultés. „*Sed audaces fortuna juvat.*“ Ces mêmes Messieurs aujourd'hui si peu nombreux en vertu des lois inexorables de la nature, ils ont le droit d'être fiers de leur œuvre. Ils nous ont laissé un héritage que nous saurons apprécier et consolider. Et si par des divergences d'opinions nous ne tombons pas toujours d'accord pour le moment, la fin de nos discussions convenablement menées et exemptes de rancunes nous conduira toujours au but voulu, car „du choc des idées jaillit la lumière“. Nous laisserons ainsi à nos successeurs une société libre, ouverte indistinctement à tous ceux qui pratiquent honnêtement notre art. Nous porterons haut le drapeau d'une société laquelle ne fera que travailler dans l'intérêt de ses membres et pour le bien-être de l'humanité souffrante.

Permettez-moi, Messieurs, de vider mon verre à la prospérité de la Société des Sciences médicales, à la santé de nos vieux membres fondateurs et au bien-être de nos membres présents et absents.

Séance du 29 octobre 1898 à Luxembourg.

Présidence de M. le Dr Koch, Président.

Au bureau : MM. Siegen, membre, Praum, secrétaire.

Présents : MM. Ackermann, Baldauff F., Buffet L., Decker, Faber, Forman, Gaasch, Giver, Kintgen J., Klees, Knaff, Krombach Ch., Lehnertz, Metzler J. P., Meyer Ed., Muller, Pinth O., Pundel, Scholtes G., Schumacher, Thilges, Wehenkel, Weber A., Weber, J.

Procès-verbal. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Elections. Par scrutin secret, M. le Dr Gaasch, médecin et M. A. Kuborn, pharmacien sont élus membres effectifs de la Société.

Correspondance. Lettre de remerciements de M. le docteur Th. Funk-Brentano, reçu membre correspondant dans l'assemblée générale précédente.

Proposition d'intervenir auprès de nos autorités pour les prier de créer une loi décrétant l'inspection obligatoire des cadavres par un médecin dans le double but d'ordre moral et de statistique :

M. Schumacher, de qui cette proposition émane, la soutient ainsi :

Nous n'avons jusqu'ici en fait de statistique que celle qu'a entreprise M. le Dr Fonk avec un zèle des plus louables. Malheureusement cette statistique est nécessairement incomplète, d'abord parce qu'elle ne comprend que la seule ville de Luxembourg et qu'ensuite là encore plusieurs praticiens, se croyant liés par le secret professionnel, refusent d'indiquer la cause de la mort sur des bulletins qui sont remis sous pli ouvert à l'administration communale. Mais si nous rendons obligatoire l'inspection des cadavres par des médecins rémunérés de ce chef, si ensuite nous entourons les certificats de décès ainsi obtenus des garanties de discrétion nécessaires, nous arriverons d'un coup à embrasser tout le pays dans une statistique de mortalité très complète et très exacte. On pourra avoir la confiance que notre corps médical remplira scrupuleusement cette obligation. Comme honoraires on pour-

rait p. ex. stipuler une taxe uniforme de 2.50 frs. par certificat et de 1.50 frs. par kilomètre de distance, à la condition d'appeler toujours le médecin le plus rapproché. Il serait indiqué de nommer, au sein de la Société, une commission qui aurait à étudier la question dans tous ses détails et à élaborer un projet de loi et de règlement général. A la discussion qui s'ensuivit ont pris part MM. Koch, Faber, Klees, Praum et Weber Jos. A la demande de M. le Président, l'assemblée adopte en principe la proposition de M. Schumacher; puis elle décide que le Bureau, en s'adjoignant M. Schumacher, étudiera la question et prendra ensuite les mesures nécessaires.

Présentation de malades, démonstrations. M. Knaff dépose deux bagues en cuivre d'un diamètre d'environ 3 centimètres qu'il a enlevées avec l'aide d'un ferblantier sur la racine de la verge d'un homme âgé de 63 ans. Ces bagues avaient exercé une constriction tellement considérable que la verge était démesurément gonflée et que l'opération fut particulièrement difficile. Le bonhomme prétendait avoir mis ces bagues pour empêcher des pertes d'urine nocturnes.

Dr Pündel: De l'Entérocolie mucinomembraneuse:

M. Pündel présente le produit d'une selle survenue chez une de ses clientes frisant la trentaine et atteinte, depuis neuf mois, d'une entérite chronique, spécialement de la forme connue sous les noms multiples de: Enteritis membranacea, E. desquamativa, E. mucosa, Colica mucosa et Entérocolie mucinomembraneuse.

L'évacuation a été purement muqueuse; elle s'effectuait d'un seul coup et expulsait le paquet relativement énorme de 65 grammes;

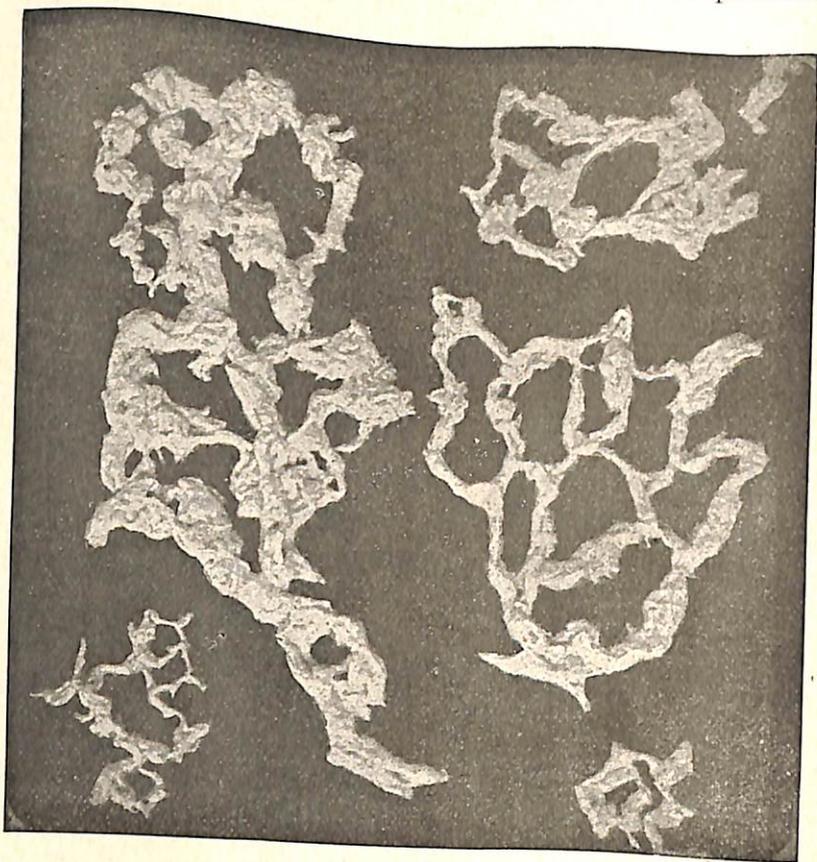
Quant à la forme sous laquelle le mucus concrété est expulsé généralement, on peut distinguer trois types:

1° *Le type filamentiforme*, aux concrétions très minces, effilées aux bouts, de la longueur de 1—2 ctm., ressemblant à l'oxyure;

2° *Le type cylindroïde* présentant des cylindres blanc-grisâtres, souvent de la longueur de 8—10 ctm. et de l'épaisseur

notable de la tige d'une plume d'oie, qu'on serait tenté de prendre au premier abord pour des ascarides :

3° *Le type membraniforme*, où le mucus se présente sous forme d'une membrane, qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec des lambeaux de muqueuse. Dans les cas extrêmes et rares d'ailleurs ces membranes moulent tout le pourtour



intérieur du gros intestin et la surface externe du boyau expulsé donne le cliché exact de la paroi intestinale.

Les excréments présentes tiennent le milieu entre le deuxième et le troisième type. En effet elles se composent de cylindres juxtaposés, de la longueur de 2—5 cm. Libres dans toute l'étendue du corps, ils s'attachent mutuellement par

leurs deux bases et forment de cette façon un réseau à mailles très étirées dans une direction, ce qui procure à ce dernier l'apparence d'une membrane aux bords déchiquetés et à la surface inégale et irrégulièrement gaufrée.

Les dimensions de la plus grande des concrétions sont de 8 ctm. de longueur sur $4\frac{1}{2}$ ctm. de largeur.

L'examen microscopique montre une masse amorphe et transparente, dans laquelle est disséminé un petit nombre de cellules gonflées, turgescents, de forme irrégulièrement oblongue, ovale ou anguleuse et de la grandeur approximative des cellules épithéliales. Le noyau, intact dans un certain nombre de cellules ainsi que le protoplasma légèrement granuleux, sont refoulés vers les périphéries de la cellule, tandis que la plus grande partie de son corps paraît remplie de la matière amorphe et gélatinoïde du substratum.

Enfin, solubles dans l'eau; précipitées de ces solutions par l'alcool et l'acide acétique; insolubles dans un excès de ce dernier (en quoi elles se distinguent des véritables albumines); solubles dans la potasse et la soude caustiques et les carbonates alcalins, ces matières se révèlent par la plénitude des propriétés comme produit de la métamorphose mucineuse de l'épithélium intestinal.

Dr Pündel: Cas d'Anencephalie et de Gastrochisis complètes, etc.

M. Pündel donne ensuite un court aperçu sur un accouchement d'un fruit mal formé, auquel il a assisté il y a quelques mois.

Il s'agissait d'une femme de 27 ans, primipare, bien portante, qui se disait à terme; pendant la dernière semaine quelques hémorrhagies médiocres à travers les voies génitales.

L'inspection de l'abdomen paraît en contradiction avec les dires de la femme, l'ampleur du ventre correspondant à celle d'une grossesse du 7^{me} mois.

La palper révèle un site transverse, sans indiquer toutefois la position des parties de l'enfant.

Les battements sourds et réguliers du cœur foetal sont

facilement perceptibles à deux doigts au-dessous du nombril dans la ligne médiane.

En pratiquant le toucher vaginal le doigt rencontre d'abord, correspondant au côté droit de la mère, à fleur du museau de tanche, quatre à cinq cotylédons du placenta; dans les régions de l'axe génital, les phénomènes varient avec les périodes de travail et de repos de la matrice: pendant les contractions on a la sensation de la propulsion des enveloppes intactes dans la lumière du vagin; pendant le repos on tient en main différents corps très mous, flasques, à surface lisse et recouverts d'une membrane très mince. Ces corps ne ressemblent ni aux cotylédons placentaires, ni à aucun autre organe, auquel on a ordinairement à faire au cours d'un accouchement. Du côté gauche de la mère le doigt rencontre, sans interposition de membrane, une main très petite et mince, collée au corps fœtal; immédiatement au-dessus de la main l'oreille de l'enfant, au-dessus de l'oreille une forte proéminence très dure et rigide, de nature osseuse, derrière celle-ci — au lieu des os du crâne — une excavation dans laquelle peut pénétrer le doigt.

On se trouve donc en présence d'un placenta prævia lateralis, d'un site transverse, 1^{re} espèce; les voies génitales sont préparées à l'opération qui s'impose c. a. d. la version; l'état des enveloppes, paraissant intactes dans l'axe génital et déchirées dans les régions de la main et de la tête du fruit, la configuration, surtout du crâne, de ce dernier, — si crâne il y a, enfin la nature de ces organes mous et lisses mentionnés restent obscurs.

La version sur le pied n'aboutissait pas; on arrivait facilement au pied, mais, à chaque traction, celui-ci, au lieu de se délier, entraînait tout le corps du fœtus, en bloc et en sa position première sur l'ouverture supérieure du petit bassin.

Restaient la version sur la tête et l'embryotomie.

Malgré l'incertitude absolue sur la nature de la proéminence osseuse déjà mentionnée, celle-ci offrait tout de même au doigt un point d'appui admirable pour acheminer les parties crâniennes dans l'ouverture supérieure du petit bassin, tandis

que la main extérieure refoule les parties inférieures du fœtus dans le fond de l'utérus. Là-dessus le travail de la matrice redouble et, avant même d'avoir constaté le succès des manœuvres, une contraction excessive lance la main de l'opérateur, enfants et enveloppes hors du corps de la parturiente.

Suit une démonstration du fœtus: Il s'agit d'un cas d'aneurysme céphalique et de gastrochisis complètes; (La gastrochisis explique le résultat du toucher, révélant des corps mous, à surface lisse, qui n'étaient autres que le foie et la rate du fœtus; elle dissipe de même la contradiction apparente survenue dans l'examen des enveloppes, qui en réalité étaient bel et bien déchirées, mais avec lesquelles le péritoine pariétal avait été confondu.) la tête du fruit a fait une rotation de 180°; le visage repose sur les fesses; le bras gauche manque tandis que presque la totalité des grandes articulations est en état de luxation, de contracture ou de contorsion; le tout enveloppé, comprimé, presque écrasé par les lambeaux des membranes fœtales conservés.

M. *Kintgen* présente un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire (Maladie de Dupuytren). Ce cas, avec la discussion qu'il a soulevée, fera l'objet d'une publication spéciale qui paraîtra dans le prochain bulletin de la société.

M. *Klees* présente un enfant qu'il vient d'examiner le jour même et qu'il a amené à l'assemblée pour démontrer l'état actuel, se réservant de revenir prochainement sur le même cas.

Il s'agit d'une fillette de six ans, qui eut, il y a de cela 5 semaines, de fortes douleurs de tête, de la fièvre, des vomissements, des contractures de la main droite, du strabisme de l'œil gauche et la démarche chancelante.

Depuis dix jours des pustules ont apparu aux paumes des deux mains et sur l'avant-bras; le même phénomène s'est produit sur les cuisses. Actuellement les maux de tête ont disparu; le canal digestif, les poumons, le cœur sont en bon état; la sensibilité est normale de même que l'état psychique. Les pupilles ne réagissent qu'imparfaitement, les mains, en saisissant un objet, accusent un léger tremblement; pas de

reflexes patellaires. M. *Klees* croit devoir attribuer cet état à une encephalite aigüe; il examinera cependant encore tous les organes des sens et l'urine de l'enfant et fera connaître les résultats de ses investigations à la prochaine réunion.

M. *Lehnertz* fait l'éloge de l'établissement thermal et de l'eau de Mondorf, ainsi que des deux médecins de la station, dont il a su apprécier les qualités par un séjour prolongé fait à Mondorf.

M. *Schumacher* présente une enfant de 5 ans sur laquelle il a enlevé un nævus pilosus du front par un procédé nouveau. Il a glissé dans le tissu du nævus et très superficielle-ment un mince fil pointu en platine emmanché dans une tige en verre et relié à l'un des rhéophores d'une petite bobine de Rhumkorff. L'autre rhéophore était relié à un second fil de platine. En rapprochant la pointe de ce fil à celui intro-duit dans le nævus. M. Schumacher fit jaillir des étincelles dont il modifia la longueur selon les circonstances. De cette façon il brûlait en quelque sorte le nævus superficiellement, et il eut pour résultat la formation d'un épiderme nouveau ne se distinguant presque pas de l'épiderme normal.



Eine Blasenmole

beobachtet von Dr. med Ernest FELTGEN.

Eine junge Frau von 19 Jahren, welche vor einem Jahr eine erste, normale Schwangerschaft durchgemacht hatte, liess mich am 9. Mai et. zu sich rufen, weil über Nacht plötzlich eine Blutung aus den Geschlechtstheilen eingetreten war, und sie die Möglichkeit eines Abortus befürchtete.

Patientin sah sehr angegriffen aus und klagte über Kopf- und Leibscherzen; der Puls war schwach und rasch, 140 Schläge in der Minute; es bestand mässiges Fieber.

Die Blutung war nicht besonders stark und hatte schon vor meinem Besuche aufgehört.

Die innere Untersuchung ergab folgenden Befund: Scheidenwände angeschwollen, äusserer Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig, innerer Muttermund geschlossen, Portio weich.

Die äussere Untersuchung liess deutlich eine Vergrösserung des Uterus durchfühlen, der Leib war ziemlich aufgetrieben, entsprechend dem 3. Schwangerschaftsmonat.

Patientin gab an, am 24. Januar die letzte Menstruation gehabt zu haben. Am 4. März jedoch sei wieder Blut abgegangen, welches nicht wie Menstrualblut ausgesehen habe, sondern es sei dasselbe mit viel gelblichem Schleim vermischt gewesen.

Da der Gedanke an einen Abortus sehr nahe lag, machte ich eine Tamponade der Scheide mit 10 % Jodoformgaze und ordnete absolute Bettruhe an.

Bis zum Abend desselben Tages war kein Blut mehr abgegangen, jedoch hatte sich ein Oedem beider Beine und der



Augenlider eingestellt. Die Untersuchung des Urins ergab einen Eiweissgehalt von 0,50 %, sowie das Vorhandensein von granulirten Cylindern und Nierenepithelzellen.

Ich wiederholte die Scheidentamponade und liess Patientin nur Milch und Fleischbrühe zu sich nehmen.

Am 11. Mai befand sich im Urin nur mehr 0,25 % Eiweiss und sehr wenig feste, organische Bestandtheile.

Am 17. Mai früh morgens ging plötzlich ohne vorherige Wehen oder sonstige Anzeigen ein Fremdkörper durch die Scheide ab, welcher alle Merkmale einer Blasenmole an sich trug.

Die Neubildung hatte das relativ starke Gewicht von 5 Pfund, und war von allen Seiten von Blutgerinnsel bedeckt. Den ganzen Tag hindurch bestand mässige Blutung aus den Geschlechtstheilen, und am 18. Mai, also einen Tag nach der Geburt der Blasenmole, kam ebenso plötzlich wie die Neubildung selbst, ein Klumpen von coagulirtem Blut per vaginam zum Vorschein. Die Menge dieses Blutes betrug annähernd 2 Liter. Vom 19. Mai an stand die Blutung stille, nur hie und da zeigten sich einige Tropfen Blut mit klebrigem Schleim vermischt.

Die innere Untersuchung ergab vollkommenen Verschluss des Muttermundes und normale Grösse und Form einer den Verhältnissen entsprechenden Gebärmutter.

Ich liess während der drei ersten Tagen nach der Geburt täglich zwei Ausspülungen mit lauwarmem Wasser machen, verordnete Roborantia und Milchdiät.

Am 20. Mai verliess Patientin das Bett, nachdem sie sich schon vom Tage der Geburt an im Allgemeinen besser befand, wie vor diesem Ereigniss.

Am 30. Mai ist das Allgemeinbefinden zufriedenstellend, doch hat sich eine mässige Anaemie erhalten.

Das Eiweiss ist im Urin verschwunden, und die oben angegebenen Oedeme waren schon am 12. Mai zurückgegangen.

Der Leibesumfang ist normal.

Bei meinem ersten Besuche hatte ich an eine abnorme Fruchtentwicklung nicht gedacht, weil ich keine genügenden

Anhaltspunkte hatte, nur die Blutung am 4. März kam mir verdächtig vor, liess mich jedoch im Ungewissen.

Als aber die Oedeme sich einstellten, sowie klebriger Schleim mit Blut vermischt abging, der Leibesumfang in wenigen Tagen stark zunahm, und der Leib selbst sich teigig anfühlte, konnte an abnormen Schwangerschaftsvorgängen nicht mehr gezweifelt werden.

Ich verhielt mich expektativ, bis dann nach einer Woche die Blasenmole spontan geboren wurde.

Liest man die Litteratur über Blasenmolen durch, so muss man zugeben, dass dieser Fall bis dahin sehr günstig verlaufen ist, ohne jene unglücklichen Zufälle, welche die Prognose der Blasenmolen zu einer „*ernsten*“ machen. Kleinwächter*) sagt, dass die Prognose der Blasenmole bis vor kurzem im Allgemeinen nicht ungünstig gestellt wurde. Die neuesten Forschungen haben diese Annahme aber stark erschüttert. Sie hängt, nach Kleinwächter, von der Intensität und Häufigkeit der sich wiederholenden Blutungen ab. In den ersten Jahren dieses Decenniums wurde die Entdeckung gemacht, dass sich Aborten ebenso wie normalen Geburten unter Umständen höchst bösartige Neubildungen anschliessen können, die dem Leben der Kranken in unverhältnissmässig kurzer Zeit ein Ende bereiten. Es sind dies die sogenannten malignen Deciduome, epitheliale, von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Wucherungen, die in die Serotina wuchern und dieselbe nicht blos zerstören, sondern gleichzeitig binnen kurzem ebenso bösartige Metastasen in verschiedenen Organen, und zwar mit Vorliebe in den Lungen setzen. Weiterhin zeigt es sich, dass sich diese malignen Deciduome mit Vorliebe an „*bestandene Blasenmolen*“ anschliessen. Das klinische Krankheitsbild, welches sich in solchen Fällen entrollt, ist, in kurzen Zügen dargestellt folgendes. Nach Geburt oder Ausräumung der Mole erholen sich die Kranken nicht. Es halten unregelmässige Blutungen an und gleichzeitig leidet das Allgemeinbefinden. Wenige Wochen später erscheint der Uterus vergrössert, und in demselben lässt sich ein weicher leicht blutender Tumor nachweisen, der sich nicht ohne nach-

*) Real-Encyclopädie-Eulenburg S. 659. Bd. XV.

folgende Blutungen und Fieber entfernen lässt, oder es entstehen nachträglich Lungenkrankheiten. Die Kranke geht zu Grunde häufig schon nach 4—5 Monaten nach der Blasenmolegeburt.

In dem uns interessierenden Fall ist die Geburt der Mole glücklich von ~~St~~atten gegangen, die Blutungen waren schon nach kurzer Zeit verschwunden, und die Frau fühlte sich wohl. Kein einziges Zeichen spricht für ein Zurückbleiben von Moletheilen im Uterus, und würde keine Anämie bestehen, so könnte ich heute schon, zwei Wochen nach der Geburt, der betreffenden Frau das dem Arzt und dem Clienten so angenehme Zeugniß: „Geheilt entlassen“, ausstellen. Der böse Geist der Neoplasmen möge unser Hoffen nicht vereiteln!

Befund nach 5 Monaten — normal. —



Eine Vergiftung mit Potasche

beobachtet von Dr. med. Ernest FELTGEN.

Am vergangenen 30. März wurde ich zu einem 4jährigen Mädchen gerufen, welches eine halbe Stunde vorher aus einer mit gewöhnlicher Potaschelösung gefüllten Flasche getrunken hatte.

Die Flasche war unglücklicher Weise auf dem Küchentische stehen geblieben, und hatte die wie helles Bier aussehende Flüssigkeit das Kind verlockt.

Am Krankenbett ergab die Untersuchung eine hochgradige Pulsbeschleunigung, so dass es unmöglich war, die Schläge zu zählen. Die Haut des Gesichtes sowie des ganzen Körpers fühlte sich kalt an und war blass von Farbe. Auch die Athmung war beschleunigt und oberflächlich, die Augen geschlossen, alle Lebensthätigkeiten vermindert, — das klassische Bild eines Collapsus in Folge von äusserst schwacher Herzthätigkeit.

Da eine Herzparalyse mit nachfolgendem exitus letalis zu befürchten war, machte ich allsogleich eine Aetherinjection von einem Gramm, liess das Kind warm einwickeln und führte demselben als Gegengift abwechselnd Citronensäure und Essigsäure in Wasserverdünnung per os zu und applizirte einige Clysmata, die von Stuhlgang gefolgt waren.

Nach einer Viertel Stunde zeigten sich nach und nach die Lebensthätigkeiten wieder, das Kind sah sich nach seiner Umgebung um und klagte über Schmerzen im Mund und im Leib. Kleine Eispillen und die Säuren wurden während mehreren Stunden hindurch in kleinen Portionen dargereicht.

Häufiges Erbrechen stellte sich ein, und haftete an dem Erbrochenem ein unverkennbarer Potaschegegeruch. Es war dasselbe zusammengesetzt aus Potachelösung, klebrigem Schleim und Blut.

Das Erbrechen dauerte die ganze Nacht durch fort und noch zwei weitere Tage. Dann stellte sich dasselbe nur mehr hie und da ein. Die Masse des Erbrochenen wurde immer geringer, nahm eine mehr feste, eiterig-schleimige Consistenz an und verbreitete einen unangenehmen, widerlichen Geruch. Neben den verdünnten Säuren nahm Patientin eine ölige, opiumhaltige Mixtur zu sich, um die immerfort bestehenden Schmerzen zu stillen. Diese verschwanden etwa 4 Wochen nach dem Tage der Vergiftung vollständig. Schon am 3. Tage der Krankheit war der Collaps nahezu aufgehoben und verlief in einen Zustand von allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit.

Vom 30. März an bestand die Nahrung des Kindes einzig und allein aus wenig kalter Milch, etwas Fleischbrühe und Zuckerwasser.

Sein Körpergewicht ging von vierzig auf sieben und zwanzig Pfund herunter, so dass sich eine hochgradige Kachexie ausbildete.

Feste Nahrung musste ja absolut ausgeschlossen bleiben, wegen der wunden Mund-, Speiseröhren- und Magenschleimhaut, und letztere hätte feste Nahrungsmittel nicht verdauen können.

Erst am 15. Mai, also nach 45 Tagen nach dem Tage der Vergiftung, erlaubte ich die gewöhnliche, nicht besonders reizende Kost und konnte ich constatiren, dass schon nach etlichen Tagen das Körpergewicht zugenommen hatte und eine frische Farbe das cadaveröse Aussehen der Haut verdrängte.

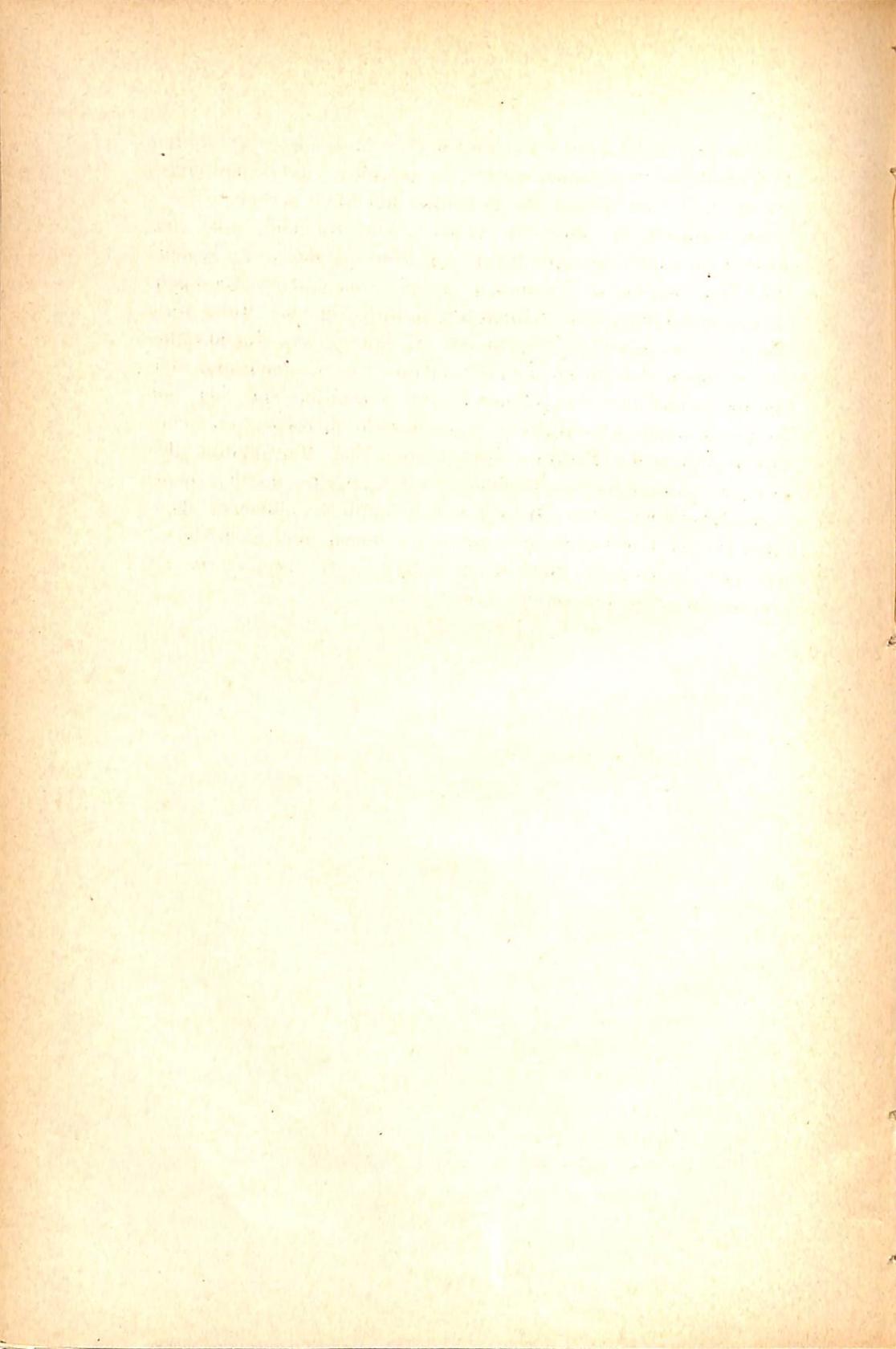
Die Speisen gelangen ungehindert durch die Mundhöhle und die Speiseröhre in den Magen und werden auch normal verdaut, so dass, wenigstens bis zu dem heutigen Tage, eine Striktur ausgeschlossen ist.

Da seit dem Vergiftungstag fast zwei Monate verflossen sind, so ist das Hoffen auf eine totale Heilung, ohne Folgen, vielleicht berechtigt.

Lewin sagt in seiner „Toxicologie“, dass unter 10 Fällen 9 Todesfälle vorkommen durch die plötzlich eintretende Herzparalyse. Diese Gefahr ist ja längst glücklich vorüber.

von Jaksch berichtet in seinen „Vergiftungen“, dass die localen ätzenden Symptome in den Hintergrund treten gegenüber den deletären Wirkungen, welche concentrirte Lösungen grösserer Mengen von kohlensaurem Kali auf das Herz ausüben; *in einzelnen Fällen*, heisst es, kamen als Nachkrankheiten auch Stricturen des Oesophagus zur Beobachtung. Ich glaube, annehmen zu können, dass Patientin, die sich bis heute wenigstens wohl fühlt, von einer Herzparalyse verschont wurde durch die Wirkung des Aethers, das Warmhalten des Körpers, durch die Darreichung der Gegengifte und das spontane Erbrechen. Dass Stricturen bis dahin fern blieben, dazu mag die Ernährungsweise beigetragen haben, und dann ferner, last not least, ein glücklicher Zufall, „mit dem auch wir Aerzte so gerne manchmal rechnen!“





Ein Fall von Gehirnverletzung

mit

Gehirnverlust ohne Beeinträchtigung der psychischen Thätigkeiten,

beobachtet von Dr. med. Ernest FELTGEN.

Am Abende des 24. März et. kam ein dreijähriger Knabe aus S. in meine Behandlung, welcher durch Auffallen auf ein bleistiftförmiges Stück Eisen, in der linken Schläfengegend eine Wunde trug von kreisrunder Form und von nahezu einem Centimeter Durchmesser.

Die Contouren waren unregelmässig und etwas zerquetscht, die Weichtheile um die Wunde stark angeschwollen und von teigiger Consistenz.

Die Augenlider waren links ödematös, so dass das Auge nicht geöffnet werden konnte. Beim näheren Zufühlen äusserte Patient heftige Schmerzempfindung.

Trotz der bedeutenden Anschwellung konnte der untersuchende Finger leicht eine der äusseren Wunde entsprechende Knochenfraktur wahrnehmen. Diese Knochenfraktur betraf das Schläfenbein, an der Stelle, wo dieses oben und vorne an das Keilbein grenzt.

Es war unmöglich, genau den Umfang des durch den ganzen Knochen sich hinziehenden Kanals zu bestimmen, doch war leicht zu constatiren, dass die Ränder nach innen gerichtet waren und eine unregelmässige Form hatten.

Bei der Untersuchung quoll ziemlich viel Blut, vermischt mit einer gelblichen Masse, aus der Wunde hervor. Diese gelbliche Masse war zweifellos Gehirnschubstanz, wie ich später

microscopisch feststellen konnte. Von Eiterung war keine Spur vorhanden.

Nachdem die ganze Temporalgegend mit 2%iger Carbol-säurelösung desinfiziert war, drückte ich zu wiederholten Malen sachte die Wunde aus, bis kein Blut mehr zum Vorschein kam, und der Wundkanal leer zu sein schien.

Darauf führte ich einen kleinen Streifen Hydrophilgaze in den Wundkanal, stäubte etwas Jodoformpulver auf und in die äussere Wunde und legte einen Watteverband an, nach vorherigem Ausspülen mit einfachem lauwarmem Wasser.

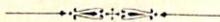
Das Kind sah ich am 25. März wieder. Die Anschwellung war noch vorhanden, der Ausfluss aus der Wunde gering.

Am Montag, den 28. März wurde der Verband wieder gewechselt, die Augenlider und die ganze Temporalgegend waren abgeschwollen, von Ausfluss war nur mehr eine kleine Spur vorhanden.

Am Samstag, den 2. April zeigte sich Patient noch einmal. Die äussere Wunde war fast zugeheilt, es bestanden keine Schmerzen mehr bei Druck, das Allgemeinbefinden war, wie überhaupt während der ganzen Zeit, vom 23. März an, sehr gut. Seither habe ich den Knaben nicht mehr zu Gesicht bekommen, doch theilte man mir mit, es sei Alles geheilt, man sehe blos noch die Narbe an der Wundstelle.

Interessant ist dieser Fall insofern, als derselbe die Zahl der Beobachtungen vermehrt, wo constatirt wurde, dass bei einseitiger Zerstörung eines Gehirntheiles die psychischen Thätigkeiten nicht gelitten haben.

Die psychischen Thätigkeiten sind in beiden Halbkugeln localisirt, und zwar so, wie Landois sagt, dass, nach Verletzung der einen Halbkugel, die andere vicariirend einzutreten vermag.



Ein Fall

von

Doppel-Inversion des prolabirten Uterus vor die invertirte Scheibe während der Nachgeburtsperiode.

Von Dr. Leo PÜNDEL, Wormeldingen.

Die puerperale Inversion des Uterus ist eine höchst seltene Erscheinung. Unter 140.800 Geburtsfällen der Londoner Maternity Charity wurde kein Fall von Umstülpung beobachtet. Nach den statistischen Erhebungen Gibert's (1879) erreicht die Gesamtzahl der einschlägigen, in der Literatur verzeichneten Fälle nicht das erste Hundert.

In der Nacht des 18 September 1897 hatte ich Gelegenheit diese merkwürdige Erscheinung in ihrem Entwicklungsgange zu verfolgen und in ihrem Bestehen zu betrachten. Eine Reihe complicirender Zufälle gestaltete die Bedingungen der Beobachtung zu den denkbar günstigsten, das Krankheitsbild selbst aber zu einer der merkwürdigsten Varianten des gewöhnlich Bekannten.

Anamnese: Es handelte sich um die 37jährige Frau W. aus R. In einer Periode von 13 Jahren hat sie fünf mal geboren und einmal abortirt. Die 4 ersten Geburten verliefen spontan; ihnen folgte der Abort. Die letzte vor 3 $\frac{1}{2}$ Jahren stattgehabte Geburt bedingte wegen Querlage mit Armvorfall die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe; die Geburt soll eine schwere und protrahirte gewesen sein.

Seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren besteht ein vollkommener Prolaps der Scheidenwände, der sich binnen Jahresfrist noch mit partiellem Uterusvorfall complicirt hat; eine nachträgliche Sondirung des Gebärmutterkanals

(23. Januar 1898) ergab eine Länge von $6\frac{1}{2}$ cm.: eine Cervixhypertrophie mit konsekutiver Induration liegt demnach nicht vor.

Letzte Regel angeblich Mitte Mai; Schwangerschaft von normalem Verlaufe, bis sich vor 4 Tagen, ohne eine der Kreisenden bekannte Ursache, eine geringe Wehenthätigkeit einleitete; Kindsbewegungen sollen noch an dem vorhergehenden Tage verspürt worden sein. Vor 40 Stunden Blasensprung mit Abgang einer reichlichen Fruchtwassermenge. Geburtsarbeit andauernd eine geringe und kraftlose.

Status: Kreisende von mittlerer Statur, gracilem Knochenbau und lymphatischen Habitus; Haut blass und anämisch; Fettpolster von geringer Entwicklung; Puls schwach und beschleunigt (102); Temperatur $37,2^{\circ}$; Stuhl seit drei Tagen verhalten.

Bauchdecken schlaff, mässig vorgewölbt, mit zahlreichen, weissen Schwangerschaftsnarben, bei Palpation schmerzhaft. Uterus erst nach Wegstreichen der denselben beinahe vollständig überlagernden, meteoristisch aufgetriebenen Därme palpatorisch deutlich abgrenzbar; von sehr weicher Consistenz; rundlicher Gestalt; in leicht dextroquirter Position und rechtsseitiger Verlagerung. Wehenthätigkeit eine sehr geringe; die einzelnen Kontraktionen folgen sich in langen Intervallen, sind kurz und ohne Kraft.

Fundus uteri steht drei Finger breit über Nabelhöhe; Leibesumfang in letzterer 94 cm.; im Fundus, rechts oben bis über die Medianebene hinaus ein grosser, harter Theil; an diesen anschliessend ein durch die ganze rechte Abdominalseite absteigender und hinter die Symphyse sich einsenkender, stärkerer tastbarer Widerstand; kleine Theile nicht nachweisbar; Herztöne nirgends, geringe Uteringeräusche in der rechten und linken Unterleibsgegend hörbar.

Grosse und kleine Labien leicht ödematös angeschwollen; Damm bis in die unmittelbare Afternähe gespalten; bei jeder Wehe wölben sich vordere und hintere Scheidenwand in Gestalt mächtiger, blaurother Wülste vor. Vagina geräumig und kurz. Aeusserer Muttermund klafft in Kleinhandtellerweite; in ihm erscheint der Steiss eines weiblichen Kindes; Kreuzbein der Frucht steht nach vorne rechts; Analfurche verläuft im ersten schrägen Durchmesser.

Diagnose: Protrahirte Geburt einer in IIter Steisslage, I Unterart stehenden, wahrscheinlich leblosen, nicht ausgetragenen weiblichen Frucht, complizirt mit Wehenschwäche; letztere vorläufig als einzige Indikation der zu leistenden Kunsthilfe.

Decursus: Durch einige heisse Vaginadouschen, Gradlagerung und Hochbinden des Uterus, nach Applikation einer Serie heisser Teller auf den Unterleib und einer systematischen, leichten (äusseren) Uterusmassage kommt eine etwas kräftigere Geburtsarbeit in Gang. Der Steiss schält sich langsam aus dem Muttermunde aus und damit kommt derselbe auch unmittelbar zum Ein- und Durchschnei-

den. In der That ist zur Zeit schon die Vagina so gut wie vollständig verschwunden, oder vielmehr im Gegentheil, in ihrem vollen Umfange zu Tage getreten: mit dem allmählichen Tiefersteigen des Steisses nämlich, ging synchron eine immer mächtigere Vorwölbung der Scheidenwände einher. Gradatim trat Segment um Segment derselben vor, bis endlich der Steiss, zwischen und mit den klaffenden Fornixtheilen, erschien und solchergestalt die annähernd total invertirte Scheide vor den äusseren Genitalien liegend, vorfand.

Dem zufühlenden Finger ist derselbe in seinen noch in den Geburtswegen steckenden Theilen, in einer Ausdehnung von 3—4 cm., leicht zugänglich. Ueber dieser Höhe umschliesst ihn ein enger Schlauch, verwehrt jedoch das Vordringen des Fingers keineswegs; derselbe wird leicht als die bereits mehrere Centimeter über das Dammniveau herabgestiegene Portio uteri erkannt.

Mit dem Einschneiden des Steisses jedoch ist wieder ein völliger Geburtsstillstand eingetreten. Die bis jetzt kräftigst und beinahe alleinig eingreifende Bauchpresse setzt aus; die Kreisende klagt über heftige ziehende Schmerzen im Unterleib; Gesichtsausdruck derselben wird ängstlich, die Farbe fahl; der an sich schon schlechte Puls hat an Kraft verloren, an Zahl gewonnen; Uteruswände schlaff, Fundus in Nabelhöhe; es fliesst Blut aus dem Geburtschlauche aus.....

Die bedrohlichen Zeichen des imminenten Collapses — sei es, dass man denselben in aetiologischer Beziehung einer vorzeitigen Placentalösung, für welche die erhobene Haemoreagie spricht, imputirte, sei es, dass die bedeutende und in kurzer Zeit vor sich gegangenen Verlagerung der gebährenden Organe, als Reflex nervöser Einflüsse oder als Folge einer plötzlichen, bedeutenden intraabdominellen Druckschwankung dafür verantwortlich zu machen sei — drängen, angesichts der vollkommenen Erschlaffung des Uterus, zu einem unmittelbaren Eingriff.

Wenn auch dem Beobachter, der vor allem in der Verlagerung des kreisenden Uterus die Hauptursache der Collapserscheinungen sah, noch der zweite Ausweg einer Reposition der prolabirten Organe ins Abdomen offen blieb, so wurde trotzdem, im vorliegenden Falle, die Extraction vorgezogen. Denn einerseits drängte sich die Möglichkeit einer intrauterinen Blutung auf, andererseits wäre, bei dem vollkommenen Wehenmangel, die Beendigung der schon über siebenzig Stunden dauernden Geburt ad indefinitum hinausgerückt worden.....

Die Extraction ist eine mühsame und schreitet nur langsam voran, was, da es sich um eine Frühgeburt handelt desto auffallender ist. Man hat das Gefühl als ob alles ringsum dem schlaffen Fötuskörper anlebe. Trotz kräftigem und anhaltenden Reiben ist der Uterus zu keiner Wehe zu bewegen; die Verhältnisse, welche die Contraction, die den Steiss geboren — die letzte des ganzen Geburtsaktes — zwischen Gebärmutter und Kindskörper geschaffen, bleiben unentwegt dieselben; beide scheinen wie miteinander verlöthet und lassen sich zusammen, synchron und gradatim gebären.

Die Portio tritt zu Tage; in einer der Scheidenumkremplung analogen Bewegung, schlägt sie sich nach oben um, und die schlotternden, unteren Extremitäten der Frucht fallen vor. Mit Abdomen und Thorax des Kindes folgen die höheren Cervixsegmente; an der physiologischen Grenze ihres Tiefersteigens angelangt, biegen sie, gleich ihren Vorgängern, nach oben ab. Die emporgeschlagenen Arme werden nicht ohne Schwierigkeit gelöst. An Raum mangelt es zwar nicht; aber an Stelle der gewohnten Lösung tritt vielmehr gewissermassen ein consequentes Los- und Ausschälen der kindlichen Theile aus den vollkommen erschlafften und zäh anliegenden Wänden der Gebärmutter.

Nach Entwicklung der Arme, unter gleichzeitiger Umkremplung der inneren Muttermundregion, tritt der Kopf ins kleine Becken und wird vermittelt des Veit-Smellie'schen Handgriffes geboren. Demselben, wie eine Haube aufsitzend, rückt die Placenta unmittelbar nach und wölbt sich zwischen den umgestülpten, etwa in $1\frac{1}{2}$ Handtellerweite klaffenden Theilen, in Form eines stumpfen Kegels, mächtig vor.

Die vorgefallenen Theile erscheinen in diesem Augenblicke unter der Gestalt einer mächtigen Birne, deren Stieltheil unter dem Schambeuge verschwindet, und deren Körper zwischen den gespreizten Oberschenkeln lagert; ihre Länge beträgt gut 14—17 cm., der die Dicke der unteren Partien in nichts nachsteht; die Oberfläche derselben ist von frisch rosarother Farbe, in ihren Stieltheilen stärker, in den mittleren schwächer quer durchfurcht; die unteren, beinahe vollständig glatten und glänzenden Bezirke biegen nach kurzem Verlaufe, in sanftem Bogen nach innen convergirend um und fallen in der Ausdehnung von 4—6 cm. in einen seichten, weiten Trichter ab, dessen Niveau die vorquellende Placenta gut um 2—3 cm. überragt.....

Die oben erhobene Blutung sistirt. Wegen der geringeren Infektionsgefahr wird von der künstlichen Placentalösung abgesehen. Der rechten, in die Eihäute eingehüllten Faust gelingt unter sanftem und continuirlichem Druck gegen die Nachgeburt, die vollkommene Reinversion und Reposition von Uterus und Vagina ohne Schwierigkeit. Die linke auf dem Abdomen ruhende Hand nimmt den

entgegenrückenden Fundus sofort in Empfang, und nach kräftigem Reiben härtet sich die Gebärmutter in befriedigender Weise. Ihre Gestalt ist rund; ihre Grösse entspricht jener eines kleinen Kindskopfes; ihr Fundus steht in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse.

Nach 40 Minuten ist derselbe bis in Nabelhöhe emporgestiegen, die übrigen Zeichen der Placentalösung haben sich eingestellt und, unter vorsichtigem Crédé'schem Handgriff, erfolgt die Ausstossung der Nachgeburt nach Duncan'schem Modus.

Placenta von normalem Bau, dünn, mit centraler Nabelschnurinsertion; 1 cm. einwärts vom Rande, eine über fünfmarkstück-grosse, braunschwarz verfärbte Stelle, welcher dunkle, zersetzte Blutresiduen ankleben. (Ob vielleicht dieser Befund der jedenfalls schon mehrere Tage bestehenden Alteration einer grösseren Anzahl von Cotyledonen einen aetiologischen Anhaltspunkt für den Eintritt der Frühgeburt, — als durch das Absterben der dadurch asphyktisch gewordenen Frucht, — gewähren dürfte?); Nabelschnur von 29 cm. Länge.

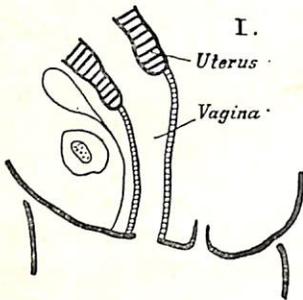
Fœtus 41 cm. lang, weiblichen Geschlechts, mit macerirter, graubraun verfärbter Haut, schlotterenden Schädelknochen und Gelenken; sein Absterben kann annähernd von 5—7 Tagen herdatiren.

Abgesehen von einer kräftigen Secaledosis, unmittelbar nach der Geburt, sowie einer dreitägigen Verabreichung geringerer Ergotinmengen, lehnte sich die Leitung des Wochenbettes durchaus an die physiologische an. Dasselbe verlief ohne alle Temperatursteigerung und war in jeder Beziehung ein normales.

Es steht mir nicht zu an der Hand dieses einzigen Falles allgemeine Schlüsse zu wagen; nur dem Eindrücke des Selbst-erlebten möchte ich noch einige Worte widmen.

Principiell unterscheidet sich der Fall weder aetiologisch noch klinisch von der Inversio der Autoren, obschon der Totalvorfall der Vagina und das riesige Ectropion der unteren Gebärmuttertheile, — (wenn überhaupt von solchem, angesichts der gegebenen Verhältnisse, noch die Rede sein kann) — dem Bilde der klassischen Inversion einen dergestalt fremdartigen Hintergrund verleihen, dass dasselbe kaum noch in seinen grossen Umrissen zu erkennen ist. Ursächlich schliesst derselbe sich enger an das Bekanntere an. Wie in der Mehrheit der Fälle sind auch hier, in Gegenwart der Total-Er-schlaffung des Uterus, vor allem der Druck von oben und der Zug nach unten als aetiologische Hauptfaktoren zu betrachten.

Die Hauptbedingung des Zustandekommens liegt in der vollkommenen Anergie der Gebärmutter. Ob dieselbe auf allgemein-constitutionellen Einflüssen beruhte, ob die mehr als dreitägige Geburtsdauer dieselbe veranlasste, ob ein anderes Moment vorgelegen ist schwer zu unterscheiden. Jedenfalls bestand keine den Prolapsus uteri häufig complizirende Cervixhypertrophie mit consecutiver Induration. Es wäre demnach irrig, nach dieser Richtung hin, sowohl die Ursache einer zuerst relativen, dann, durch die lange, bei Annahme dieser Verhältnisse, äusserst schwere Geburtsarbeit absolut gewordenen Wehenschwäche, als auch die Erklärung für das enge Umschnüren und zähe Ankleben der unteren Uteruspartieen an den entsprechenden Fötustheilen und auf diese Weise mittelbar auch jene des Descensus, Prolapsus und der Inversion, zu suchen.



Wie die Geburtsgeschichte vermerkt hat sich, mit dem Durchtritt des Steisses durch den äusseren Muttermund, jede Wehenthätigkeit eingestellt. Trotzdem nimmt die Geburt ihren Fortgang, und es ist die Bauchpresse, welche zuerst die Scheide, dann den Steiss gebährt und zu gleicher Zeit Uterus mit sammt seinem In-

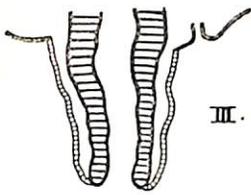
halt theilweise ins kleine Becken treibt. (Abb. II.) Je weiter jedoch die Geburt fortschreitet, desto schwächer muss der Einfluss der bloss mittelbar eingreifenden Kraft werden. Ihr Vermittler ist der Abdominaldruck, dessen Stärke in umgekehrten Verhältniss zu dem Volumen der ausgetriebenen Organe steht.

Andererseits aber löst sich die Aktion der Bauchpresse zum Theil durch einfachen Willensakt aus, zum Theil ist sie reiner Reflexvorgang; beide aber können durch das Auftreten eines stärkeren Reizes fortfallen. Sei es nun das rein mechanisch-physikalische, sei es das physio-pathologische Moment eines durch die bedeutende Organverlagerung verursachten, starken Schmerzes, sei es durch beide, mit dem Augenblicke etwa wo



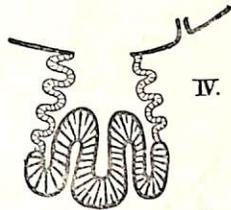
II.

der äussere Muttermund zu Tage tritt (Abb. III), kommt die Geburt zum definitiven Stillstand.



Was die natürlichen Kräfte begonnen, muss die Kunsthilfe vollenden. Ist bis zu diesem Augenblicke hauptsächlich der Druck von oben ins Spiel getreten, so kommt von nun ab vor allem der Zug nach unten in Betracht.

Der Uterus ist zu weich, als dass es ihm, trotz Losgeschälterwerden von den anklebenden Kindstheilen und stark pendelender Extractionsbewegungen gelingen möchte sich vom Fœtus loszutrennen und an ihm emporzugleiten. In vollkommener Passivität steigt er mit demselben in dem sich mehr und mehr umkrümpelnden Scheidenschlauche nach unten, bis schliesslich auch der Fornix letzteres, wie schon vorher die tiefer gelegenen Segmente, sich nach oben umschlägt. Die Portio tritt vor und damit ist es zur Ausbildung eines Pro-



lapsus partialis uteri parturientis gekommen. (Abb. III). Die mit dem Scheidengewölbe verwachsene Portio unterliegt demselben Gesetze wie die einzelnen Vagina-Abschnitte; ihre geringe Consistenz macht die Umkrümpelung leicht, und ihr folgen Cervix und die innere Muttermundregion, bis schliesslich, mit der Befreiung des Fœtus aus den mütterlichen Hüllen, die eigentliche, als solche bekannte Inversion des Fundus mit der adhärennten Placenta, als letzter Akt, den Cyclus der Erscheinungen beschliesst, währenddem die zwischen innerem Muttermund und Fundus gelegenen Theile, — sei es durch eine relative Rigidität derselben, oder vielmehr in Folge des schliesslichen Zurückgehaltenwerdens des Fundus durch die Uterusligamente, für welche letztere Eventualität auch vielleicht die jetzt stärker ausgesprochene Fältelung der invertirten Scheidenwände sprechen dürfte, — ihre aufrechte Lage bewahrten (Abb. IV).

Die Abwicklung des Krankheitsbildes zerfällt in drei Phasen. Der Beginn der ersteren fällt mit dem Geburtsanfang zusammen. Die einwirkende Kraft ist einerseits der Druck von oben. Aus

den Verwachsungen des vestibulum vaginae mit den Weichtheilen des Perineum andererseits entsteht eine zweite, auf die Scheidentheile in ihrem Vorfallen entgegengesetzt einwirkende Kraft. Die festen Punkte letzterer liegen excentrisch zu jenen der ersteren. Die gleichzeitige Beeinflussung desselben weichen Scheidensegmentes durch die beiden Kräfte muss demnach nothwendigerweise eine Umkremplung desselben nach aussen bedeuten, der unmittelbar eine Ausschaltung des in Frage kommenden Theiles aus dem Bewegungsfeld nachfolgt.

In der zweiten Phase ersetzt der durch die Extraction gesetzte Zug nach unten den erschöpften Druck von oben. Wie in der ersteren sich der untere Theil des Geburtsschlauches umstülpte, so kommt in dieser zweiten die obere, hauptsächlich aus der Cervix uteri gebildete Partie zur Umkremplung. Durch die Verbindung zwischen Portio und Fornix sind die Bedingungen, Gesetze und Modalität der Bewegungen für beide identisch.

Wirken die beiden ersten, mit der Beendigung der Kindsgeburt abschliessenden Phasen höchstens blos mittelbar vorbereitend, so fällt dem dritten mit der Nachgeburtsperiode einsetzenden Zeitabschnitt die volle Veranlassung und Ausbildung der eigentlichen Inversio anheim. Es stülpt sich der Fundus mit der ihm adhærenten Placenta in die umgekrempelten Theile ein und überragt dieselben noch um mehrere Centimeter. Jeder Zug von und nach unten fehlt, es sei denn, dass man das mehr als hypothetische Vacuum zwischen Fœtuskopf und Fundus als Kraftvermittler ansprechen wollte. Andererseits aber besteht eine maximale Erschlaffung der Gebärmutter; ihre Wände klaffen; der Darm ist meteoristisch stark gebläht, und der Spannung des letzteren wird es wohl, analog dem Fall von Fürst, ein Leichtes gewesen sein, — durch Druck von oben — das widerstandslose Organ ein- und vorzustülpen. (Abb. IV).

Solcher Weise hat der Uterus, in seiner Gesamtheit, nicht nur das Abdomen sondern auch das kleine Becken verlassen. Er liegt oder hängt vielmehr in und an dem umgestülpten Scheidenschlauche. Nur seine Bänder verhindern ihn muthmasslich vollständig durch den von ihm gebildeten Trichter

durchzufallen und als Fortsetzung der Vagina einen beinahe bis ans Knie sich verlängernden Sack zu bilden, dessen Grund nach aussen noch durch die adhærente Placenta verstärkt wird. Auf der Schnittfläche aller seiner Längsebenen erscheint er, linear gedacht, unter der Gestalt eines Ω mit eingedrückter Kuppel und abgeschliffenen Kanten; oder auch unter jener der Schriftform des lateinischen *M* mit stark abgerundeten Ecken und erhobenen Ausläufern, an diese setzt sich der Vaginadurchschnitt an. Er bildet zwei nach oben leicht convergirende Linien, diesich mit der Symphyseschneiden. (Abb. IV).

Kurz resumirt stellen sich die in diesem Falle gewonnenen Anschauungen demnach etwa so, dass von aetiologisch-mechanisch einwirkenden Kräften zuerst die Bauchpresse, darauf die Extraktion, endlich der meteoristisch aufgetriebene Darm von Bedeutung waren. In der totalen Anergie der Gebärmutter sowie in den durch den Jahre lang bestehenden Prolapsus uteri geschaffenen Verhältnissen fanden dieselben die günstigen Vorbedingungen zu ihrer Entfaltung. In der Rolle des Uterus aber, der die aktive des Gebärens mit der passiven des Geborenwerdens vertauschte; — in der, wenigstens auf ersten Anhieb, gradezu paradox klingenden Thatsache der Geburt einer Frucht per vias naturales, ohne die Scheide berührt zu haben; — in dem zeitlich früheren Ueberschreiten des Steisses über den Damm als sein mittelbares Vordringen in die Vagina und dieses in der umgekehrten Richtung von Vestibulum zu Fornix; — in dem Prolapsus uteri parturientis; — in der Entstehung einer Inversio der unteren Gebärmutterhälfte, während der Geburt; — in dem Sichdazugesellen der eigentlichen, als solche angesprochenen Inversio uteri zu Anfang der Nachgeburtsperiode endlich, erzielten sie, für den Spezialfall nach mehr als einer Richtung hin das interessante und charakteristische Gepräge seiner Gestaltung.

WORMELDINGEN, 20. April 1898.





De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux

Par *Charles Stegen*, vétérinaire du Gouvernement
à Luxembourg.

*Communication faite au 4^e Congrès pour l'étude de la tuberculose,
tenu à Paris du 27 juillet au 4 août 1898.*

Les viandes retirées de la consommation sont ordinairement dirigées vers les clos d'équarrissage ou dénaturées par des agents antiseptiques. Rien ne garantit sûrement que les viandes, destinées à être détruites aux clos d'équarrissage ne seront pas détournées et livrées à la consommation directement ou après transformation en saucisson. Les agents antiseptiques tels que la créoline, le pétrole, l'acide phénique, etc., employés pour la dénaturation, ne pénètrent pas dans les masses charnues quelles que soient les précautions prises. Des procédés de lavage, de macération et de bouillissage bien dirigés, font disparaître les traces de l'imprégnation, dont l'odeur et la saveur sont cachées par des assaisonnements méthodiques, par des ingrédients aromatiques incorporés aux viandes hachées, salées, desquelles on fabrique des préparations de charcuterie de formes diverses, de combinaisons multiples. Ces empoisonneurs publics ont même recours aux matières colorantes pour tromper l'œil et donner à ces marchandises insalubres une apparence appétissante. Ces viandes saisies, ainsi libérées et réhabilitées, sont livrées à la consommation et menacent de nouveau la santé et la vie des populations.

Le danger des viandes tuberculeuses non dénaturées ne réside pas seulement dans la transmission de la maladie à l'homme, mais cette transmission est également à redouter pour les animaux.

Tous les inconvénients hygiéniques des systèmes actuels de destruction des viandes tuberculeuses peuvent être évités par la cuisson stérilisatrice sur place sous contrôle efficace. D'autre part, beaucoup de viandes stérilisées pourront servir soit comme aliment de l'homme, soit comme nourriture des animaux et être mises en valeur.

Vis-à-vis des exigences de l'hygiène une obligation s'impose aux autorités, c'est de conserver pour la consommation la plus grande quantité possible d'un aliment indispensable à l'homme, dans les conditions et activité industrielles où sont placées nos populations, et ce en vue d'assurer l'alimentation de la classe nécessiteuse et travailleuse.

Ce n'est pas en n'autorisant que la viande de qualité et de prix, que l'on ne pourra mettre à la disposition des malheureux en quantité suffisante, pour tâcher de relever l'état de misère physiologique dans laquelle les plongent souvent de déplorables conditions de travail et de logement, et qui les rend aptes à contracter des affections provoquant chez eux une grande mortalité. Il faut mettre à la portée de leurs très maigres ressources des viandes reconnues non nuisibles, sans les obliger de s'adresser aux boucheries hypophagiques.

En poursuivant le même ordre d'idées, nous pensons non seulement qu'il y a lieu de conserver pour la consommation les viandes qui, par elles-mêmes, ne sont pas nuisibles à la santé et possèdent encore un degré de nutritivité suffisant, mais qu'il faut encore faire rentrer dans l'utilisation alimentaire celles qui, douées d'une alibité assez prononcée, mais entachées d'un caractère dangereux à l'état frais, peuvent, étant soumises à certaines manipulations, être entièrement débarrassées de ces mauvaises qualités et par conséquent rendues inoffensives. En agissant de la sorte, non seulement on respecte les lois impérieuses de l'hygiène, mais on ménage, dans la mesure du possible, les intérêts de l'agriculture, car c'est toujours sur le producteur de bétail, bien inconscient

dans la majorité des cas, que retombe la perte subie par la saisie des viandes d'animaux abattus.

La statistique des abattoirs, des inspections de viande et de boucherie et la tuberculisation démontrent que la proportion des bovidés, atteints à un degré quelconque de la tuberculose est réellement effrayante, dépassant et de loin tout ce que l'on pourrait imaginer. Il est à remarquer que les bovins adultes fournissent une proportion de tuberculeux infiniment supérieure à celle des jeunes sujets, à celle des veaux notamment. Ce fait s'explique vraisemblablement d'abord par la rareté de l'hérédité tuberculeuse directe et ensuite parce que, si la contamination du veau a eu lieu après la naissance, la maladie n'a pas eu le temps de développer des lésions appréciables à l'abatage.

Ce qui n'est pas moins digne de remarque, c'est que les vaches sont beaucoup plus souvent atteintes que les bœufs et les taureaux. Ce résultat est dû sans doute en partie à l'âge plus avancé des vaches, qui dépasse ordinairement 12 ans pour les bonnes laitières, aux gestations répétées et à la lactation prolongée qui en épuisent un grand nombre, ainsi qu'aux mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des petites étables, qui ne possèdent que des vaches vivant toutes pendant de longues années côte à côte, toutes circonstances qui créent chez ces bêtes un terrain éminemment favorable à l'éclosion et au développement de la graine tuberculeuse.

Les taureaux, au contraire, n'ont jamais qu'une vie de très courte durée ; à quatre ans on les considère comme arrivés à la limite d'une existence productive. Les taureaux sont en outre toujours placés dans un isolement plus ou moins complet et conséquemment à l'abri de la contamination. Quant aux bœufs, destinés pour la plupart à la boucherie, il est rare qu'ils n'arrivent à l'abattoir avant l'âge de trois ans ; ceux que l'on emploie au travail des champs sont conservés plus longtemps, mais ils n'arrivent pas à l'âge des vaches laitières. Les bœufs sont aussi plus ou moins isolés et les foyers de contagion, les vaches tuberculeuses, le plus souvent de bonnes vaches laitières, ne les approchant qu'exceptionnellement.

Le système draconien des saisies totales de la tuberculose constitue pour l'éleveur d'incalculables pertes. Heureusement la science a démontré que le conflit entre les exigences de l'hygiène publique d'une part et les considérations d'ordre commercial et économique d'autre part n'était pas si aigu que cela. En effet, il a été scientifiquement, expérimentalement et cliniquement établi que les viandes, les chairs musculaires des animaux tuberculeux, étaient rarement bacillifères et que, par conséquent, leur usage expose l'espèce humaine à un danger de contamination bien moins grand qu'on avait cru tout d'abord, et qu'il existe des moyens simples et absolument sûrs d'enlever à ces viandes toute virulente et, par conséquent, de les rendre tout à fait propres à la consommation et radicalement exemptes de tout danger.

Le moyen pratique, de facile application, pour rendre salubre des viandes que leur provenance d'animaux atteints de certaines affections contagieuses a fait saisir et qui sont aujourd'hui nécessairement voués à la destruction, alors qu'elles possèdent encore une réelle valeur nutritive et commerciale, c'est l'emploi des *moyens stérilisateurs*.

La nécessité de ce procédé à cuisson spéciale pour les viandes suspectes, suppléant à l'insuffisance avérée des procédés habituels, mettant positivement à l'abri des fautes possibles, inévitables, même dues soit à la négligence, soit à l'ignorance, cette nécessité s'imposait au nom de la santé publique.

Il y a lieu cependant d'observer que la stérilisation n'est pas préconisée indistinctement pour toutes les viandes tuberculeuses refusées à l'abattoir. Il ne viendra assurément à la pensée de personne d'admettre à la pasteurisation, en vue de l'alimentation humaine, des bêtes tuberculeuses, fébriles, émaciées, amaigries ou dont la viande a mauvais aspect, ou dont le tissu musculaire se trouverait atteint de lésions tuberculeuses manifestes. De pareils sujets doivent être et seront impitoyablement rejetés. Il s'agit donc seulement de ces bêtes ayant pendant la vie toutes les apparences de la bonne santé, grasses ou demi-grasses, que souvent personne ne soupçonne atteintes et chez lesquelles on est la plupart du temps fort

surpris de trouver à l'abatage des lésions tuberculeuses multiples.

Souvent alors l'expert vétérinaire le plus capable, le plus consciencieux peut être fort perplexe, et c'est précisément dans ces cas que la stérilisation viendra faire son œuvre utile, et sauver ce qui peut être sauvé au plus grand profit tout à la fois du producteur et du consommateur, et cela conformément aux exigences les plus rigoureuses de la science hygiénique.

S'il est rare de trouver des tubercules dans les muscles des viandes alimentaires, la virulence de la chair musculaire est à peu près constamment due aux ganglions lymphatiques intramusculaires qui renferment le virus et qui sont assez difficiles à rechercher, soit aux bacilles provenant des viscères ou des parois des grandes cavités (poumons, plèvre, foie, rate, intestins, péritoine, etc.), et qui sont venus souiller la surface des muscles pendant les multiples manipulations de l'abatage et du dépeçage.

Dans le cas où les microbes de la tuberculose ne font que contaminer la surface de la viande, il est évident qu'ils pourront être complètement détruits par la coction ou le rôtissage ordinaire, à condition toutefois que toute la surface du morceau ait subi une température de 100 C. environ et pendant une demi-heure par exemple. Il va sans dire que le danger de ces viandes insuffisamment cuites et surtout crues serait extrême.

Mais lorsque le virus est recélé dans les ganglions intramusculaires, lorsqu'il se trouve cantonné dans les profondeurs d'un morceau de viande plus ou moins gros, il n'en est plus ainsi. En effet, lors de la préparation culinaire habituelle de la viande soit par la coction, soit par le rôtissage, pour peu que le morceau soit volumineux, épais, la température centrale y dépasse rarement 40° à 50° C., la plupart du temps elle reste même en dessous, et cette chaleur est insuffisante pour tuer les bacilles, leurs spores surtout, pour stériliser la viande. La nocivité de celle-ci reste donc entière. Il y a plus, si le poids du morceau atteint ou dépasse un à deux kilos, le rôtissage, par les procédés habituels des ménagères, est

absolument incapable d'amener au centre du morceau la température voulue pour la stérilisation complète. Toute la surface serait déjà complètement calcinée, que ce résultat cependant indispensable ne serait pas encore atteint. On peut même affirmer que, dans la pratique, les morceaux peu épais, ont rarement subi pendant le temps requis la température exigée pour être exempts du danger éventuel, les amateurs de viandes saignantes, de viandes crues même devenant chaque jour plus nombreux (D^r Chequièrè).

La pasteurisation pourrait également être étendue à d'autres viandes à germes pathogènes.

Parmi les moyens stérilisateurs à mettre en usage dans le cas qui nous occupe, le principal consiste dans la *cuisson à la vapeur sous pression*. Le procédé permet de satisfaire à toutes les exigences de l'hygiène. Il est basé sur le principe que la cuisson à la vapeur n'enlève pas à la viande les qualités nutritives et les sels minéraux qui sont perdus dans la cuisson à l'eau. Il permet d'assurer en un temps relativement court, une température suffisante pour tuer les germes qui rendent la viande dangereuse. Ces viandes et le jus qu'elles fournissent sont devenues aussi inoffensives que les viandes saines et fraîches.

Le bouilli et le bouillon stérilisés ont conservé leur saveur et leur odeur agréable. L'aspect du bouilli est appétissant, sa consistance est tendre et succulente, il reste riche en principes nutritifs. Il se conserve très bien par salaison. Quant au jus de viande, improprement appelé bouillon, il contient une trop forte somme de matières nutritives pour pouvoir être bu pur, et doit être allongé d'eau dans de fortes proportions. Les graisses stérilisées ont les mêmes caractères physiques et chimiques que les graisses de commerce.

La question des stérilisateurs a été, dans les derniers temps, l'objet d'études spéciales et a donné lieu à des publications très intéressantes, entre autres celles de MM. le professeur Laho de Cureghem-lez-Bruxelles, le D^r Chequièrè de Namur, de feu l'inspecteur sanitaire Lambert de Gand, le D^r Hoton, inspecteur des denrées alimentaires à Gand, inspecteur sanitaire Clausnitser de Dortmund, le professeur Raquet de Gem-

bloux, le capitaine-commandant Poncin d'Anvers, etc. Ces publications ont été mises largement à profit par nous dans la rédaction du présent mémoire.

Ayant eu l'occasion d'assister au fonctionnement d'un certain nombre de stériliseurs, nous avons pu nous rendre compte de la valeur des différents appareils pour réaliser ce procédé. Comme il a été dit plus haut, ils ont tous pour base la cuisson à la vapeur sous pression. Parmi ces appareils nous citerons : 1° Le désinfecteur-valorisateur de Rohrbeck ; 2° L'appareil de cuisson Becker-Ullmann ; 3° Le stérilisateur Budenberg ; 4° Le valorisateur Henneberg ; 5° Le valorisateur Hartmann ; 6° Le valorisateur Merlose ; 7° Le stérilisateur Jules Leblanc ; 8° Le stérilisateur Wodon.

1° *Le désinfecteur-valorisateur du Dr Rohrbeck de Berlin* se compose d'un double cylindre métallique, placé horizontalement, pourvu à chaque extrémité d'une porte fermant hermétiquement. Le cylindre interne constitue le véritable désinfecteur. A l'intérieur se trouvent des tôles trouées sur lesquelles seront déposés les morceaux de viande, coupés en parties pesant de 3 à 4 kil. et épais de 6 à 10 centimètres. La vapeur, amenée par deux conduits dans l'intérieur de la chambre de stérilisation, pénètre dans toute la longueur par des tuyaux percés de nombreuses ouvertures. La vérification de la température est faite par un thermomètre, et celle de la pression par un manomètre. Dans les grilles sont placés des bacs métalliques inclinés pour recevoir le jus et le déverser dans une auge qui se trouve sur le plancher de l'appareil. A la fin de l'opération, un système d'irrigation dirigée dans l'intérieur du double cylindre condense la vapeur, et la dépression consécutive augmente encore l'action de l'appareil.

La température de l'appareil peut être élevée à 119° C. Dans l'intérieur du morceau de viande, la chaleur est suffisante pour tuer tous les parasites. La température de 100° y est facilement obtenue. La durée de l'opération est évaluée à deux heures environ.

L'appareil Rohrbeck permet, sous des pressions différentes, de désinfecter les viandes, soit en vue de leur consommation pour l'homme, soit en vue de les transformer en engrais

après l'extraction de la graisse et de la colle. Le coût du désinfecteur-valorisateur pour un abattoir de grande ville revient à peu près à 15,000 francs.

2° *L'appareil de cuisson Becker-Ullmann* se compose d'une chaudière revêtue d'une double paroi de bois couverte d'un revêtement en carreaux et munie d'un couvercle à double paroi et d'un tube dans le fond, amenant la vapeur chaude. La température obtenue est de 92° C.

3° *Le stérilisateur Budenberg-Dortmund* est constitué par un cylindre contenant des corbeilles superposées, mobiles et destinées à recevoir les viandes à stériliser. La vapeur du générateur entre par la partie supérieure et pendant cette entrée les robinets, se trouvant au sol de l'appareil et destinés pour l'évacuation des produits obtenus ainsi que du liquide condensé, restent ouverts pour faciliter la fuite de l'air se trouvant dans le stérilisateur. Ce résultat obtenu, facile à reconnaître par la sortie d'une vapeur pure, les robinets seront fermés et l'appareil marche avec une pression d'une demi-atmosphère. La vapeur ainsi saturée permet d'imbiber, dans un temps relativement court, de gros morceaux de viande et de détruire tous les germes pathogènes. Cet appareil peut servir également comme incinérateur. Son prix est de 3,300 francs.

4° *Le valorisateur Henneberg-Berlin* consiste en une chaudière à double fond dont la partie extérieure reçoit la vapeur d'un générateur sous la pression de trois quarts d'atmosphère, correspondant à la température de 118 à 120° C. Dans la chambre antérieure se trouvent trois ou quatre corbeilles en fils de fer entrecoisés, superposées, qui supportent les morceaux de viande à stériliser, préalablement assaisonnés de sel et d'épices. Dans son fond, il y a un bain d'eau potable qui, se mettant en équilibre de température avec la vapeur sous pression de la chambre extérieure, dégage à son tour des vapeurs sous l'influence desquelles la viande est cuite, de manière à ce qu'une température minima de 100° C. soit assurée dans son intérieur. Le tout est couvert d'un couvercle à fermeture hermétique attaché par une chaîne, glissant avec

contrepoids, dans une colonne de fer. Cet appareil est très simple, très efficace et coûte de 1,500 à 2,500 francs.

5° *Le valorisateur Hartmann* repose, à quelques variantes près, sur le même principe que celui de Rohrbeck.

6° *Le valorisateur Mærlose-Rotterdam* est analogue à celui de Henneberg.

7° *Le stérilisateur Jules Le Blanc de Paris* a beaucoup d'analogie avec celui de Henneberg.

8° *Le stérilisateur Wodon de Namur* est en usage en Belgique. Il se compose essentiellement d'un autoclave horizontal dont la double paroi, formant chaudière, fournit la vapeur. Il est surmonté d'un dôme et entouré de maçonnerie. Les viandes dépecées se trouvent dans la chambre antérieure sur des tôles trouées, superposées et sont cuites par la vapeur sous pression, pouvant aller jusqu'à trois atmosphères et demie et provenant de l'eau chauffée, se trouvant dans la chambre antérieure et dans le fond du dôme. Dans le bas de la chaudière se trouve un large réservoir en tôle émaillée, destiné à recevoir la graisse et le jus écoulés des viandes pendant la cuisson. Celles-ci sont soumises pendant deux à trois heures à une température de 110 à 125° C., suivant qu'on porte la pression de la vapeur vers une ou une atmosphère et demie. En général, il est inutile de dépasser 115°, température que l'on obtient avec une pression de 1 à 2 atmosphères.

Cet appareil, comme les précédents, remplit parfaitement son but et même à un haut degré. Sa force de pénétration est très grande. Il présente encore un grand avantage sur les autres, c'est qu'il engendre lui-même la vapeur et qu'on évite par là l'installation d'un générateur spécial. Son installation n'exige qu'un local assez exigü, son maniement est très simple et son prix n'est que de 4,000 francs, placement compris. Il mérite d'être recommandé sous tous les rapports.

Il est établi aujourd'hui que les produits stérilisés sont sans danger.

Au point de vue financier et économique, la stérilisation des viandes se pratique d'abord à peu de frais. On peut évaluer

de 5 à 8 francs par tête de gros bétail le montant des frais (chauffeur, charbon, manutention, usage des ustensiles et des locaux). Quant à la recette obtenue elle embrasse la valeur marchande des produits de la stérilisation. Il suffit de reproduire le résultat de la stérilisation du 21 mai 1898, faite à l'abattoir de Saint-Nicolas (Belgique), par le procédé breveté de Jules Wodon de Namur pour avoir un aperçu précis sur la valeur économique de l'opération :

Bœuf appartenant aux enfants Everaerts-Vraun.

Poids des 4 quartiers : 601 kilos.

Produit de la vente du jus, viande grasse et os stérilisés....	Fr. 232.88
Frais divers à déduire	Fr. 8.00
	<hr/>
Bénéfice net.....	Fr. 224.88
remis aux enfants Everaerts-Vraun.	

Le Directeur de l'abattoir, A CASTILLE.

Il va de soi que la valeur de la viande et des autres produits viendra en déduction de l'indemnité, accordée éventuellement par l'Etat, pour animaux atteints de certaines maladies spéciales, telle que la tuberculose.

L'objection a été émise que la viande stérilisée ne trouvera point ou peu d'acheteurs. A l'encontre de cette objection il y a lieu d'observer que nous avons vu en Allemagne, en Belgique et en Hollande que les préjugés ont été bien vite vaincus. La viande et le jus sont enlevés rapidement au prix moyen de 0 fr. 50 le kilogr. de viande et de 0 fr. 25 le litre de jus et nous avons pu constater qu'à chaque opération la demande était toujours supérieure aux quantités disponibles.

La viande et le jus sont vendus à l'abattoir même par le propriétaire de l'animal ou son délégué, à leur défaut par le Directeur de l'établissement, la recette étant consignée au profit des ayants-droit.



Bacilles du règne végétal ressemblant aux bacilles de la tuberculose.

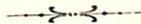
Par *Charles Siegen*, vétérinaire du Gouvernement
à Luxembourg.

*Communication faite au quatrième Congrès pour l'étude de la Tuberculose
tenu à Paris du 27 juillet au 4 août 1898.*

La littérature allemande nous apprend que le D^r Möller ⁽¹⁾, feu le professeur Rabe ⁽²⁾ et l'assistant de l'Institut pathologique M. Diedrichs ⁽³⁾ ont découvert dans le règne végétal des bacilles ayant beaucoup de ressemblance avec le bacille de Koch.

Möller a constaté la présence de ce bacille sur des graminées répondant au nom collectif de „Thimothée“, Rabe et Diedrichs dans la litière de tourbe.

Ces publications m'ont rappelé que lors de mes recherches investigatrices, pratiquées avant 1893 et relatives au diagnostic de la tuberculose intestinale, j'avais constaté dans la litière de tourbe, mêlées aux excréments de vaches soupçonnées atteintes de tuberculose, des bacilles ayant, au point de vue morphologique, beaucoup de ressemblance avec le bacille de Koch et que j'ai considéré comme tel.



(1) Berliner Thierärztliche Wochenschrift, n^o 9, 1898.

(2) Berliner Thierärztliche Wochenschrift, n^o 16, 1898.

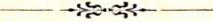
(3) Landwirtschaftliche Jahrbücher, 1897, p. 776.

Sclérodermie.

*Par Ch. SIEGEN, vétérinaire du Gouvernement
à Luxembourg.*

Il y a quelque temps un morceau de lard fut soumis à mon appréciation par un de mes confrères, inspecteur de viande. D'après les renseignements fournis, ce morceau de lard provenait d'un porc, jouissant d'une bonne santé en apparence.

J'ai examiné l'échantillon en question et j'ai constaté que j'avais à faire à la sclérodermie. Le tissu musculaire, dur, lardacé, criant sous l'instrument tranchant est d'une coloration grise. Le tissu cellulaire hypertrophié a subi également l'induration. La sclérodermie très rare, s'observe parfois sur les verrats vieux, amaigris, épuisés par la marche et les privations. D'abord localisée, cette maladie s'étend pour envahir toute l'étendue du derme qui donne au toucher la sensation d'un corps dur, résistant à l'instrument tranchant. Le lard ne peut être livré à la consommation, il est plus dur que la corne et résiste à la cuisson.



Tanosal.

Das Präparat wird von einem Apotheker aus Mühlhausen in zwei Formen in den Handel gebracht: als Pillen und in Lösung. Synonyme sind: Kreosotum tannicum und gerbsaurer Kreosotäther. In der dasselbe begleitenden Broschüre wird es als complexer Gerbsäure-Kreosotäther bezeichnet. Nach derselben Quelle enthält das in der Flüssigkeit enthaltene Tanosal 60% Kreosot, das in den Pillen enthaltene 66%. Es mag dies wohl ein Druckfehler sein.

Tanosal ist, chemisch gesprochen, kein genau definirter Körper sondern eine pharmaceutische Specialität. Es ist nicht möglich dafür eine chemische Formel aufzustellen. Erstens ist Kreosot kein einheitlicher Körper; seine Bestandtheile sind quantitativ und qualitativ wechselnd. Es enthält Guajakol, Kreosol, die drei Kresole, Xylenol und Phenol. Die beiden ersten Verbindungen sind etwa zu 50—80% darin enthalten. Zweitens sind alle gerbsauren Salze von wechselnder Zusammensetzung, es sind keine constanten Verbindungen. Lässt man beide Körper aufeinander einwirken, so erhält man ein Gemisch sehr complexer Aether.

Die Darstellung des Gerbsäure-Kreosotäthers, wie er in Tanosal enthalten ist, geschieht auf einfache Art: ein Theil Tannin und zwei Theile Kreosot, in ein wenig Alkohol aufgelöst, bilden die Verbindung. Zur Bereitung der Tanosalflüssigkeit verdünnt man mit soviel Wasser bis 1 Theil Tanosal in 10 Theilen Flüssigkeit enthalten ist. Wird in der alkoholischen Lösung der Weingeist bei sehr gelinder Temperatur verdunstet, so bleibt eine bräunliche, amorphe Masse übrig, welche sich leicht pulvern lässt und nicht hygroskopisch ist. Ich habe das

Pulver längere Zeit in Papier aufbewahrt und beobachtet, dass das Kreosot an der Luft verdunstet, bis schliesslich nichts als Gerbsäure übrig bleibt. Die Pillen enthalten 0.33 gr. Kreosotum tannicum.

H. GUSENBURGER.

5852

Silesin und Maxein.

Auf Anordnung des Luxemburger Handelsgerichtes wurden obige Produkte, welche von einer Wiener Firma an inländische Anstreicher verkauft worden waren, untersucht. Den Parteien wurde folgendes Gutachten übergeben:

Das uns von H. H. zugesandte Silesin ist eine schwarze, in dünner Schicht braune, ziemlich leicht bewegliche, ölartige nach Steinkohlentheer riechende Flüssigkeit. Es ist in Wasser unlöslich; verdünnte Natronlauge löst einen kleinen Theil mit brauner Farbe. In Aether, Schwefelkohlenstoff und 90procentigem Alkohol ist es leicht und vollständig löslich.

10 Gramm der Flüssigkeit wurden in einer kleinen Porzellanschale auf freier Gasflamme verdampft. Unter Entwicklung von weissen Dämpfen mit dem charakteristischen Steinkohlentheergeruch war die ganze Menge bis auf etwas Kohle flüchtig. Beim Glühen verbrennt die Kohle vollständig, nur eine nicht wägbare Spur Asche bleibt zurück. Es sind demnach keine mineralischen Substanzen vorhanden. Nach diesen Vorproben zu urtheilen, besteht die Flüssigkeit entweder ganz oder theilweise aus einem Destillate des Steinkohlentheers. Um dies aber mit Sicherheit festzustellen, sind wir auf folgende Weise verfahren: 10 CC. Silesin wurden in einem graduirten Glaszylinder mit derselben Menge einprozentiger Natronlauge geschüttelt und während 24 Stunden zur Scheidung bei Seite gestellt. Nach dieser Zeit hatte die Natronlauge 4% des Oeles aufgenommen, d. h. die Lauge hat 4% Phenole gebunden.

Wenn diese Reaktion auch nicht mit voller Sicherheit die Anwesenheit von Phenolen anzeigt, denn im Theer sind noch andere Körper enthalten, welche mit der Natronlauge Verbindungen eingehen, so ersehen wir doch daraus, dass nur eine geringe Menge an Phenolen vorhanden sein kann, da im Steinkohlentheer mindestens 10% derselben enthalten sind. Für den Nachweis von Phenolen ist diese Reaktion auch belanglos, denn die Anwesenheit derselben kann mit absoluter Sicherheit nachgewiesen werden. Es ergibt sich indessen daraus, dass bei weitem der grösste Theil des zwischen 180° — 220° siedenden Antheils des Theeres, also derjenige Theil, welcher die Phenole enthält, nicht mehr in dem vorliegenden Produkt enthalten ist. Ausserdem wird durch diese Reaktion mit Natronlauge die Abwesenheit von fetten Oelen, sowohl animalischen als vegetabilischen Ursprungs dargethan, weil im entgegengesetzten Falle eine Verseifung (Emulsion) entstanden wäre.

20 Gramm Silesin wurden in einem Becherglase mit 20 Gramm rauchender Salpetersäure übergossen. Augenblicklich fand eine sehr heftige Einwirkung statt; unter lebhafter Entwicklung der rothen Stickstoffdioxydgase stieg die Temperatur von 5° auf 98° C. Die auf diese Weise entstandenen Nitroverbindungen verbreiteten einen starken Geruch nach Bittermandelöl. (Nitrobenzol). Nachdem die Entwicklung der giftigen NO_2 Dämpfe nachgelassen hatte, blieben im Becherglase zwei Flüssigkeiten: eine wässrige gelbe, und eine schwarze theerartige. Nach Zusatz von Wasser filtrirten wir einen Theil der gelben wässrigen Flüssigkeit ab, um darin Pikrinsäure nachzuweisen. Ein Theil derselben wurde mit Cyankaliumlösung gekocht und es entstand sogleich die blutrothe Farbe der Isopurpursäure. Phenol giebt mit rauchender Salpetersäure Pikrinsäure, und diese mit Cyankalium Isopurpursäure.

Um in dem Silesin direkt Phenole nachzuweisen, haben wir eine kleine Menge des zwischen 200° — 280° C. destillirenden Theiles mit Wasser geschüttelt. Das wässrige Filtrat gab mit Eisenchloridlösung eine blau-violette Färbung (Reaktion der Phenole) und mit Bromwasser einen weissen Niederschlag von Tribromphenol. Obschon, wie wir oben gesehen haben, die Phenole aus dem Silesin grösstentheils vorher entfernt worden

sind, so gelang es uns doch deren Anwesenheit mit voller Sicherheit nachzuweisen. Es erklärt sich dieses daraus, dass eine scharfe Trennung der einzelnen Körper durch eine einmalige fractionirte Destillation nicht zu erreichen ist. In den leichten Theerölen finden sich immer schwerflüchtige, und in den schweren immer leichtflüchtige Substanzen. Ausserdem treten die Reaktionen noch bei sehr grosser Verdünnung ein. Die Phenole sind die wesentlichsten Bestandtheile des Steinkohlentheers, und unter den gegebenen Umständen ist deren Nachweis vollständig genügend, um so mehr, als die nun folgenden Bestimmungen des Flamm-, Brenn- und Kochpunktes, sowie die fractionirte Destillation, über das Wesen des Untersuchungsobjects keinen Zweifel bestehen lassen.

Der Flamm- oder Explosionspunkt wurde bei 78° C. gefunden.

Der Entzündungs- oder Brennpunkt bei 94° C.

Schaumbildung fand beim Erhitzen nicht statt. Bei 100° C. beginnt der Kochpunkt einzutreten.

Die Fractionirte Destillation ergab folgendes Resultat:

Von	0°—200°	destillirten	1,25%
"	200°—280°	"	70,10%
"	280°—300°	"	8,20%

Das erste Destillat riecht stark nach Petroleum. In dem zweiten (von 200°—280°) schied sich nach dem Erkalten Naphtalin ab, etwa $\frac{1}{3}$ der Menge. Das Destillat ist nur wenig leichter als Wasser. Die zuerst übergehenden Antheile sind die leichtesten, und je höher die Temperatur steigt, desto specifisch schwerer werden die Destillationsprodukte.

Der von 280°—300° C. übergehende Antheil ist schwerer als Wasser und enthält viel Naphtalin. Alle drei Destillate sind gelb gefärbt. Der in der Retorte bleibende Rückstand ist von schwarzer Farbe und butterartiger Consistenz.

Aus diesen verschiedenen Operationen geht mit grösster Sicherheit hervor, dass Silesin „*schweres Steinkohlentheeröl*“ ist, ohne jeden anderen Zusatz.

Die uns unter dem Namen „Maxein“ von H. B. übergebene Flüssigkeit wurde in ganz genau derselben Weise geprüft und es wurde gefunden, dass dessen chemische und physikalische Eigenschaften so auffallend bis ins Einzelne übereinstimmen,

dass wir zu der Ueberzeugung gekommen sind, beide Flüssigkeiten bilden nicht nur eins und dasselbe, sondern die beiden wurden demselben Vorrathe entnommen.

Es bliebe noch übrig zu sagen, was schwereres Steinkohlentheeröl ist: Wird der Theer der Destillation unterworfen, so gehen bis zu 200° C. nur specifisch leichte Oele mit geringem Molekulargewicht über, desshalb nennt man diesen Theil Leichtöl. Was bei einer höheren Temperatur als 200° C. destillirt nennt man Schweröl, weil dieselben sich dem spec. Gewicht des Wassers nähern, und dasselbe bei 280° C. übertreffen. Kreosotöl ist derjenige Theil des Theers, welcher zwischen 150° und 220° übergeht. Dieses Oel enthält alle Phenole und ist desshalb der werthvollste Theil, aus welchem die Carbonsäure dargestellt wird. Das Leichtöl liefert besonders die verschiedenen Benzine. Aus dem Schweröl werden eine grosse Menge chemischer Verbindungen z. B. Naphtalin, gewonnen. Die Destillationsrückstände des leichten Oeles und die des Kreosotöles werden dem Schweröl beigemischt. Letzteres hat einen geringen Werth und dient hauptsächlich zum Imprägniren des Holzes. Ein solches Produkt ist in weiten Kreisen unter dem Namen Carbolineum bekannt.

H. GUSENBURGER.

Antibitine

ein Mittel gegen Trunksucht von Dr. W. Songe, sowohl bei Männern als Frauen, mit und ohne Wissen derselben zu gebrauchen.

Es ist eine Lösung von Brechweinstein in Wasser. Von diesem gefährlichen Geheimmittel, welches mir zur Untersuchung übergeben wurde, kosten circa 125 Gramm 3 Mark.

H. GUSENBURGER.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Liste des membres de la Société	3
Extraits des Comptes-rendus des Assemblées générales de la Société	7
Eine Blasenmole, von Dr Ernest Feltgen	39
Eine Vergiftung mit Potasche, von Dr Ernest Feltgen.....	43
Ein Fall von Gehirnverletzung mit Gehirnverlust ohne Beeinträchtigung der psychischen Thätigkeiten, von Dr Ernest Feltgen.....	47
✓ Ein Fall von Doppel-Inversion des prolabirten Uterus vor die inver- tirte Scheibe während der Nachgeburtsperiode, von Dr Leo Pündel, Wormeldingen.....	49
✓ De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux, par Charles Siegen, vétérinaire du Gouvernement à Luxembourg....	59
✓ Bacilles du règne végétal ressemblant aux bacilles de la tuberculose, par Charles Siegen, vétérinaire du Gouvernement à Luxembourg.	69
✓ Sclérodémie, par Charles Siegen, vétérinaire du Gouvernement à Luxembourg.....	70
Tanosal, von H. Gusenburger, Apotheker in Luxemburg.....	71
Silesin und Maxein, von H. Gusenburger, Apotheker in Luxemburg.	72
Antibitine, von H. Gusenburger, Apotheker in Luxemburg.....	75
