

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

MAI 1939

LUXEMBOURG
Imprimerie de la Cour Joseph Beffort

*Un nouveau Progrès dans la
Chimiothérapie Sulfamidée*

D A G E N A N

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

**TOXICITÉ MINIME
ACTIVITÉ POLYVALENTE**

s'exercant principalement sur

PNEUMOCOQUE

dans la pneumonie mortalité diminuée des 2/3

GONOCOQUE

MENINGOCOQUE

STAPHYLOCOQUE

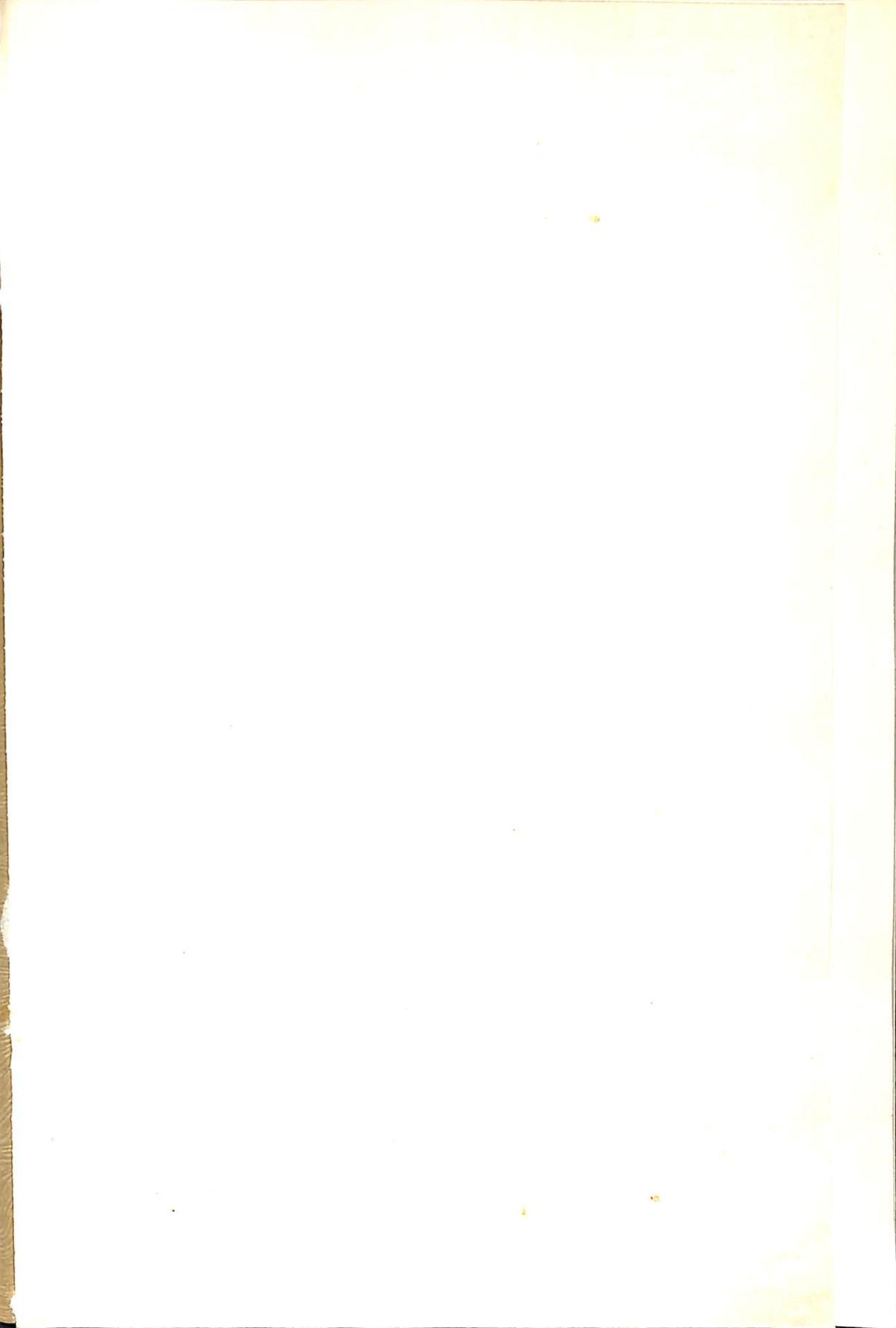
COMPRIMÉS à 0 g. 50

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

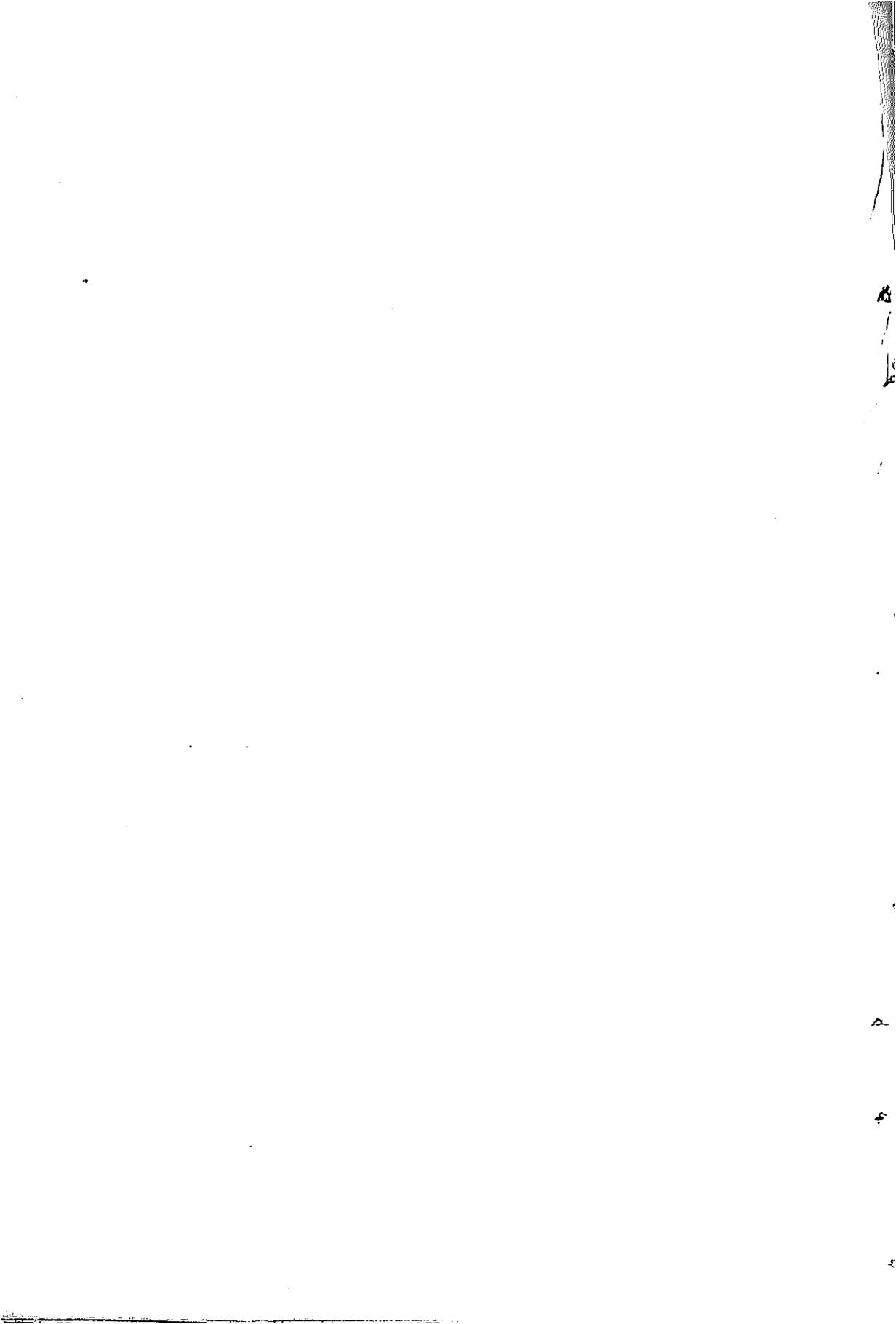
**LITTÉRATURE ET
ÉCHANTILLONS
SUR DEMANDE**

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

Littérature et échantillons : **A. d. Bournonville** - concessionnaire
exclusif pour la Belgique, le Grand-Duché de Luxembourg et le Congo Belge
326, Rue Royale - Bruxelles



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



Bulletin

de la

Société

des

SCIENCES MEDICALES

du

Grand-Duché de Luxembourg

MAI 1939

LUXEMBOURG
Imprimerie de la Cour Joseph Beffort

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

Avant-Propos

Le présent bulletin paraîtra au moment où notre pays célèbre le centième anniversaire de la renaissance de son indépendance. La Société des Sciences Médicales tient à s'associer aux manifestations fastueuses et touchantes par lesquelles le peuple luxembourgeois exprime pendant ces jours de fête sa joie et son allégresse. Par ces quelques lignes nous voudrions à notre tour illuminer notre publication d'un reflet, si pâle fût-il, de cet enthousiasme patriotique qui anime en ces jours heureux toute notre population.

L'indépendance luxembourgeoise est fêtée solennellement ces jours-ci par des discours enthousiastes et des démonstrations magnifiques. Et non sans raison. C'est assurément le trésor le plus précieux que nous possédions et que nous devons tâcher de garder jalousement. Notre sens patriotique n'a pu éclore, notre individualité même n'a pu se préciser qu'après l'indépendance du pays. Il est certain qu'avant 1839, le Luxembourgeois, balloté d'un camp à l'autre au gré de la constellation politique européenne, n'a pu cultiver le sentiment social et patriotique. La terrible forteresse de Luxembourg était sans nul doute une sérieuse entrave pour le développement général de la Culture et un péril constant pour le pays en cas de guerre.

Ce n'est que depuis la proclamation de l'indépendance du pays qui était suivie 28 ans plus tard par le démantèlement de la forteresse que les oeuvres de la paix ont pu éclore dans notre pays et prendre depuis un essor merveilleux. La création des trois sections scientifiques (d'histoire, des sciences naturelles et mathématiques, des sciences médicales) et leur réunion dans l'Institut Grand-Ducal en 1868, marquent

cette ardeur scientifique qui se manifeste dans tous les domaines de la science et des arts.

Depuis lors le Luxembourg a eu sa vie scientifique propre, et nous pouvons dire, sans risquer d'être présomptueux, que notre pays, qui en somme ne compte plus guère d'habitants qu'une grande ville des pays environnants, s'est montré digne de son indépendance, tant par sa production littéraire et scientifique, que par ses progrès sociaux et économiques.

Puisse notre chère patrie jouir éternellement des bienfaits et du bonheur de la liberté et de l'indépendance, qui sont les seuls gages du développement harmonieux des arts et des sciences! C'est là le vœu le plus ardent de nos cœurs.

Alfred NIMAX

Pharmaciens du passé

Le Luxembourg aura vu ses premières pharmacies très probablement vers le 13^{me} siècle. A cette époque l'apothicaire a fait son apparition chez nos voisins (Trèves 1241).

Le dénombrement des feux de 1611 indique 2 apothicaires à la ville de Luxembourg: Christophe de la Porte et André Thill.

Le médecin d'antan cumulait souvent la fonction de pharmacien. Tel fut le cas du Dr Schannat, originaire de la Rhénanie, qui exerçait la pharmacie et la médecine à Luxembourg où il mourut en 1722. La célébrité de son fils, le diacon Jean Frédéric Schannat, l'illustre historien, l'a préservé de l'oubli.

I

Nombre des officines du pays de 1810-1938

En 1810 le pays n'avait que 13 pharmacies:

- 8 à Luxembourg
- 1 — Clemency (1790-1836)
- 2 — Echternach
- 1 — Grevenmacher
- 1 — Wiltz.

En 1818 le nombre était descendu à 10:

- 5 à Luxembourg
- 1 — Clemency
- 2 — Echternach
- 1 — Grevenmacher
- 1 — Wiltz.

En 1839 douze officines:

- 6 à Luxembourg
- 2 — Echternach
- 1 — Grevenmacher
- 1 — Wiltz
- 1 — Remich
- 1 — Ettelbruck.

En 1862 l'année de la constitution de la Société des Sciences médicales il y a 19 pharmacies au pays:

6 à Luxembourg
 2 --- Echternach
 1 --- Grevenmacher
 2 --- Wiltz
 1 --- Remich
 1 --- Ettelbruck
 1 --- Mersch
 1 --- Hosingen
 1 --- Diekirch
 1 --- Larochette
 1 --- Esch-s.-Alzette
 1 --- Redange.

En 1882 le nombre s'élève à 30 officines

1902	»	»	32	»
1922	»	»	47	»
1938	»	»	53	»

II

Les fondateurs de la Section de Pharmacie de la S. d. S. M.

L'importance des publications scientifiques de l'époque nous étonne tout en nous inspirant du respect pour le zèle de nos devanciers.

Parmi les fondateurs de la Société des Sciences Médicales nous remarquons 17 pharmaciens qui formaient la Section de Pharmacie dont le Président était:

M. *David Heldenstein* père, ancien propriétaire de la pharmacie du Pélican à Luxembourg;

le secrétaire:

M. *François Dargent*, ancien propriétaire de la pharmacie du mortier à Luxembourg;

les membres:

MM. *Guillaume Weckbecker*, gendre et successeur de David Heldenstein;

François Heldenstein, fils de David H., ancien pharmacien à Grevenmacher, successeur de Franç. Dargent;

Antoine Joachim, successeur de François Heldenstein à Grevenmacher;

Frédéric Fischer junior, propriétaire de la pharmacie du Cygne à Luxembourg;

Guillaume Krombach, père, fondateur de la pharmacie de Diekirch, ancien pharmacien à Ettelbruck et ses deux fils;

Henri Krombach, son successeur à Ettelbruck et

Charles Krombach, fondateur de la pharmacie de Larochette;

Auguste Nilles, succ. de Guill. Krombach à Diekirch;

Jean Loutsch, pharmacien à Wiltz;
Pierre Travers, pharmacien à Wiltz;
Nicolas Rothermel père, propriétaire de la pharmacie
 des Nègres à Luxembourg;
François Rothermel, son fils, fondateur de la 1^{re} phar-
 macie à Esch-s.-Alzette;
J. B. Rischard, propriétaire de la pharmacie de l'Aigle
 à Luxembourg;
Louis Wehenkel, fils, pharmacien à Mersch;
Charles Ristelhueber, gérant de la pharmacie de Ho-
 singen (Vve. Harsch).

Des 5 pharmaciens qui manquaient pour compléter la série:
 MM. *Gustave Schommer*, propriétaire de la pharmacie de la
 Licorne à Luxembourg;

Joseph Schmit, pharmacien à Remich;
Nicolas Liez, pharmacien à Rédange;
Henri Namur, pharmacien à Echternach;
Rodolphe Brimmeyr, pharmacien à Echternach.

les 3 premiers feront plus tard partie de la société.

Au point de vue scientifique le pharmacien de 1862 rap-
 pelait encore quelque peu le passé. A côté des médicaments
 nouveaux, alcaloïdes et premiers produits organiques synthé-
 tiques, on employait encore couramment les vieilles formules:
 apozèmes, électuaires et loochs, vieilles panacées à l'éclat pâ-
 lissant parmi lesquelles l'archaïque Thériaque et le classique
Dioscordium Fracastorii. On ignorait encore cachets, com-
 primés et ampoules.

L'un ou l'autre des fondateurs, vétéran de quelque guerre
 ou révolution du début du siècle, en portait encore les cic-
 trices.

La parole est au Dr C. Neyens qui a brossé le tableau de
 David Heldenstein dans sa Biographie Luxembourgeoise.

David Heldenstein

naquit à Echternach en 1792. Son père, François Helden-
 stein, fondateur de la pharmacie du Lion avait été nommé
 maire de la ville sous la République Française.

Un moine réfugié de l'abbaye d'Orval donnait la pre-
 mière instruction à l'enfant auquel son père apprenait les élé-
 ments de la pharmacie.

Encore très jeune il partit pour Cologne pour y appro-
 fonder ses connaissances dans des pharmacies plus impor-
 tantes. Rentré à Echternach en 1814 il fut incorporé comme
 pharmacien d'ambulance lors du siège de Longwy. Il travail-
 lait ensuite chez son oncle Jean Guill. Seyler, fondateur de la
 pharmacie du Pélican à Luxembourg, dont il devait être le
 successeur. Nommé pharmacien en 1816 il était membre du
 collègue médical à partir de 1817.

Membre du conseil communal en 1845, bourgmestre de la ville en 1849. Il gardait cette attribution jusqu'au soir de sa vie. En 1851 membre de la Constituante. Il mourut en 1868.

David Heldenstein appartenait à une longue lignée de pharmaciens. Se trouvant à la base de l'arbre généalogique il était fils, père, grand-père et arrière-grand-père, beau-frère, gendre, beau-frère, oncle et neveu de pharmaciens. David Heldenstein avait cédé sa pharmacie à son gendre

Guillaume Weekbecker

en 1852. Né à Winningen le 3 août 1822. Reçu pharmacien à Luxembourg en 1849 et naturalisé en 1854. Décédé à Luxembourg à l'âge de 63 ans.

François Heldenstein

fils de David H. père, est une des plus intéressantes figures de la pharmacie luxembourgeoise. Né à Luxembourg le 2 février 1820 il était artiste dans l'âme et sa vocation, penchant irrésistible vers la peinture, se manifestait de bonne heure. Mais son père mit une sourdine à l'enthousiasme juvénile de son fils qu'il avait destiné à la pharmacie. Après un stage à Mayen (Eifel) et des études à Berlin il fit son examen de pharmacien à Luxembourg en 1847 et acquit la pharmacie de Grevenmacher en 1848.

François, ami et élève de Fresez, y recommençait à dessiner et à peindre inlassablement, créait avec le concours de l'architecte Charles Arendt une école de dessin et — une société de chant.

En 1860 il vendit sa pharmacie et fit la succession de M. Dargent à la pharmacie du mortier à la Grand'rue à Luxembourg. En 1870, pendant la guerre franco-allemande, il parcourait avec d'autres compatriotes les champs de bataille de Spiecheren à Sedan, prodiguant des soins et soulageant la misère.

La création du théâtre de Luxembourg lui permit de faire valoir son talent prodigieux de décorateur. Après ses occupations professionnelles de la journée il s'attelait le soir à la besogne artistique. Musicien il faisait partie de l'orchestre du théâtre qui préparait la première représentation de Faust. L'exécution des décors pour cette pièce occupait ses loisirs pendant 3 ans. Aussi la première de Faust fut-elle un triomphe pour son organisateur.

En 1883 le Roi-Grand-Duc Guillaume II séduit par le charme de ses peintures lui commanda dix dessins au fusain (les châteaux du pays) qui ornaient autrefois le château de Colmarberg et qui se trouvent aujourd'hui à Het Loo en Hollande.

En 1890 Heldenstein vendit sa pharmacie à Jules Prussen qui la transféra au quartier de la gare en 1891.

François Heldenstein s'éteignit doucement le 2 juin 1907 à l'âge de 87 ans. Quelques mois après sa mort le Cercle Artistique de Luxembourg qui le regardait comme un des siens organisait une exposition des oeuvres du Spitzweg luxembourgeois en réunissant 86 dessins, fusains, pastels, aquarelles, huiles et plastiques du maître.

Antoine Joachim

successeur de François Heldenstein à Grevenmacher. Né à Luxembourg le 2 octobre 1831 et diplômé en 1858.

François Dargent

Prédécesseur de François Heldenstein à la pharmacie du Mortier. Né à Luxembourg le 4 mars 1805 et reçu pharmacien en 1832 il acquit la pharmacie en 1834. Après la vente de son officine il se retira à Eich où il fut nommé bourgmestre. Il y est décédé en 1869. Les habitants ont perpétué son souvenir dans la «Place Dargent».

Frédéric Fischer junior

né à Trèves le 5 mai 1810. Nommé pharmacien à Luxembourg en 1833 il acquit la pharmacie du Cygne la même année. Naturalisé en 1861.

Fischer, un des premiers fabricants de gaz d'éclairage de la ville, a publié:

- 1854 Description des minerais de fer dans le grand-duché de Luxembourg;
- 1855 Sur les pierres et blocs erratiques du Grand-Duché.
- 1855 Le grès de Luxembourg exploité comme minerais de fer.
- 1862 Suite de recherches et observations sur les causes d'insalubrité de certaines eaux de notre ville et essai d'explication pourquoi telles localités sont plus exposées aux maladies paludiennes telles que fièvre intermittente, typhus etc.
- 1862 La fabrication du gaz à Luxembourg.

Guillaume Krombach père

né à Meurs près de Créfeld, le 16 septembre 1791, a été reçu pharmacien à Aix-la-Chapelle en 1815. Mobilisé en 1824 il fut blessé à Venloo. Décoré de la médaille de Sainte Hélène.

En 1830 le pays manquait de médecins et de pharmaciens. Le commissaire de district Simon engageait Krombach à venir s'établir à Diekirch pour y créer une pharmacie et pour être nommé professeur des sciences naturelles à Diekirch et à Ettelbruck.

En 1850 Krombach vendit la pharmacie de Diekirch pour acheter celle d'Ettelbruck.

Président et animateur de la Société de Botanique du Grand-Duché le maître ès-pharmacie a laissé deux monuments:

La Flore du Grand-Duché de Luxembourg, volume impressionnant de 560 pages, le résumé de 60 ans d'efforts et de recherches que l'infatigable a publié dans sa 84^{me} année et le chêne «Krombach» planté en 1875 lors de l'ouverture du «Jardin Botanique». Ce chêne à la silhouette d'un peuplier se trouve dans la partie centrale du parc, occupée par Radio-Luxembourg, tout près de l'avenue Monterey. Un bloc erratique signale à la postérité:

Chêne Krombach
J. H. Guill. Krombach (1791-1881)
Pharmacien
Président de la Société Botanique.

En 1860 le père Krombach avait cédé son officine à son fils cadet et s'était retiré à Luxembourg où il mourut à 90 ans.

Henri Krombach

né à Diekirch le 30 mars 1828 et reçu pharmacien en 1856. Successeur de son père à Ettelbruck, il a publié:

- 1) Conservation de la racine de fougère mâle dans la glycérine.
- 2) Conservation du sulfate de fer pur.

Charles Krombach

le fils aîné de Guill. Krombach naquit à Diekirch en 1817. Reçu pharmacien en 1846 il créa la pharmacie de Larochette en 1855.

Auguste Nelles

successeur de Krombach à Diekirch. Né à Kilbourg le 16 novembre 1812, nommé pharmacien à Arlon en 1836 et naturalisé en 1849. De santé précaire et exempté du service militaire il est mort presque centenaire!

Jean Loutsch

né à Ischpelt le 8 avril 1832, reçu pharmacien en 1859. acquit la pharmacie de Wiltz (aujourd'hui Weber) la même année.

Pierre Travers

né à Hochheim en 1810, diplômé à Arlon en 1835 succéda à la pharmacie de Wiltz (Bassing) en 1850.

Nicolas Rothermel

né à Simmern en 1805, reçu pharmacien à Luxembourg en 1832, acquit la pharmacie des Nègres la même année. Son fils

François Rothermel

né à Luxembourg le 14 juillet 1833 et nommé pharmacien en 1859. Il est le premier pharmacien qui se soit aventuré dans le bassin minier en ouvrant une officine à Esch-s.-Alzette (1859). Il a publié un travail sur les analyses de la bière.

J.-B. Rischard

né à Thionville en 1814, fut diplômé à Luxembourg en 1838. Il y créait quelques mois plus tard la pharmacie de l'Aigle qu'il vendit à Pierre Joseph Charles Namur (né à Echternach) en 1875.

Louis-François Wehenkel

né à Brey le 20 avril 1836 et diplômé à Luxembourg en 1857. Il a été le successeur de son père à la pharmacie de Mersch.

Charles Ristelhueber

né à Brauweiler, proviseur-gérant de la pharmacie Harsch à Hosingen.

Gustave Schommer

né à Schrecklingen le 13 octobre 1829, reçu pharmacien à Luxembourg en 1856, naturalisé en 1861. Il a été le successeur de son beau-père (Fischer) à la pharmacie de la Licorne à Luxembourg.

Il a publié: Empoisonnement mortel d'une fille de 7 ans par du phosphore.

Joseph Schmit

né à Remich le 6 décembre 1836, nommé pharmacien en 1862, successeur de son père à Remich.

Nicolas Liez

né à Luxembourg le 19 février 1836, diplômé en 1859, fondateur de la pharmacie de Rédange (1860). Il a publié beaucoup d'études historiques et biographiques parmi lesquelles le Dictionnaire des membres du corps médical luxembourgeois pendant le XIX^{me} siècle. Ce livre a facilité beaucoup le présent travail.

François Namur

né à Echternach le 15 juin 1823 et reçu pharmacien en 1846. Successeur de son père à Echternach. Il fut nommé professeur des sciences naturelles au progymnase de sa ville natale et inspecteur d'écoles du canton d'Echternach.

Il a publié:

1852 Analyse chimique de plusieurs sources de la ville d'Echternach et de ses environs.

1861 Sur les richesses minérales de la Sûre inférieure.

1857 Analyse chimique de plusieurs terrains des environs d'Echternach.

1882 Aperçu géologique et minéralogique des bassins de la Sûre et de la Moselle — Analyse des gypses etc. etc.

Brimmeyr Rodolphe

né à Echternach le 25 octobre 1834, nommé pharmacien en 1856, docteur en philosophie de l'université de Munich 1857 et successeur de son père à Echternach. Thèse: Sur la diffusion des gaz à travers des membranes humides.

III

Les émules

Joignons à ces 19 praticiens de 1862 quelques belles figures de pharmaciens qui se sont distingués par leurs travaux scientifiques, littéraires ou artistiques.

Jean Meyer

né à Echternach, le 16 avril 1837, reçu pharmacien en 1863, fondateur de la pharmacie à Eich (1866) et directeur-chimiste des hauts-fourneaux à Dudelange 1874. Il a publié:

- 1) Formules magistrales vétérinaires employées dans le Grand-Duché de Luxembourg.
- 2) Pepsinum.
- 3) Description des orchidées du pays, etc.

Eloi Schoué

né à Consdorf le 9 septembre 1849 et examiné en 1873. Successeur de Meyer à Eich.

Publications:

- 1) Les eaux minérales artificielles.
- 2) Eau carbogazeuse à base de phosphate de chaux tribasique.

Hubert Gusenburger

né à Remich le 31 janvier 1854 et reçu pharmacien en 1877. Fondateur de la pharmacie de Rodange (1878), successeur de son beau-père à la pharmacie du Pélican à Luxembourg 1880-1920. Il a publié:

- 1) Recherche de l'ergot de seigle dans les mélanges.
- 2) Analyse des huiles lourdes et des graisses.

J.-P. Wagner

né à Bascharage le 9 octobre 1851, reçu pharmacien en 1874. vétérinaire de 1^{re} classe en 1877, fondateur de la pharmacie de Capellen (1878).

Léopold Van Werveke

né à Diekirch le 11 février 1853, nommé pharmacien en 1874, professeur de géologie à l'université de Strasbourg.

Parmi ses nombreux travaux il y a lieu de citer:

- 1) L'eau minérale de Mondorf.
- 2) Régénération d'une solution d'iodure de potasse et de mercure.

Guillaume Krombach (1866-1936)

né à Ettelbruch, fils de Henri Krombach. Pharmacien sans officine, reçu docteur en médecine en 1894 et son cousin

Aloyse Decker

né le 4 mai 1866, pharmacien sans officine, reçu médecin-dentiste en 1891. Deux praticiens de la capitale. A Monsieur Decker un chaleureux ad multos felicesque annos!

Félix Saur

né à Wiltz le 17 décembre 1856, reçu pharmacien en 1878. Propriétaire de l'officine de Clervaux de 1881-1920. Saur, l'émule de Franz Heldenstein, a été séduit par les vestiges moyenâgeux de l'Oesling qui l'a vu naître. Impressionné surtout par le manoir féodal, à l'ombre duquel se trouvait sa pharmacie, il a laissé des dessins, pastels et aquarelles, sobres et harmonieux, qui trahissent l'intuition artistique et la maîtrise de la technique.

Il repose à Luxembourg au cimetière de Notre-Dame non loin de

Théodore Faber

né à Luxembourg en 1889. Pharmacien-proviseur fauché à la fleur de son âge en 1919. Ame délicate et esprit ingénieux il nous a laissé outre une étude sur le dosage de l'acide borique un recueil de poèmes qui respirent la fraîcheur et la gaîté. Traversés d'un souffle d'air pur ils ont eu l'honneur de la radiodiffusion: «d'Schnôken vum Dittchen».

Dr J. SÉNÈQUE

Les troubles secondaires consécutifs à la gastro-entérostomie

*Conférence faite le 12 mars 1939 par le docteur J. SÉNÈQUE,
professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris.*

Quand Wöfler pratiqua pour la première fois en 1881 une gastro entérostomie il ne devait certes pas se douter que l'intervention qu'il venait de découvrir allait pendant près de 30 années dominer toutes les indications thérapeutiques en fait de chirurgie gastrique.

On peut dire que tout chirurgien sachant l'exécuter correctement pouvait se considérer à l'abri de toute surprise opératoire et quelle que fut la lésion découverte à l'intervention, qu'il s'agisse d'ulcère ou de cancer, c'est toujours à la gastro entérostomie que l'on avait recours. Cette vogue tenait en grande partie à la facilité de son exécution technique d'où découlait sa très faible mortalité opératoire.

Une certaine réaction ne tarda cependant pas à se manifester et la première lésion qui lui échappa fut le cancer: était-il logique en effet quand on se trouvait en présence d'un cancer mobile et extirpable de se contenter d'une intervention strictement palliative qui agissait bien sur les phénomènes de sténose, mais laissait évoluer le cancer et ne donnait par conséquent à l'opéré aucune chance de guérison. Si la gastrectomie avait bien été pratiquée pour la première fois par Péan en 1879, puis par Rydygies et Billroth en 1881, cette intervention par suite de ses difficultés techniques et de sa haute mortalité fut pendant longtemps considérée comme une opération d'exception. Dans la chirurgie du cancer gastrique, mon maître, le Professeur Cunéo fut un des premiers à en régler les bases anatomiques et sa thèse sur l'envahissement lymphatique dans le cancer de l'estomac est demeurée classique. Dans la suite les perfectionnements techniques devaient considérablement restreindre la mortalité

Voulant avant tout rester sur le terrain clinique, je poserai le problème de la manière suivante: un malade ayant subi une G.-E. vient consulter parce qu'il ne se considère pas comme guéri après cette opération. Quels sont les troubles dont se plaint cet opéré, de quelles lésions anatomiques peut-il s'agir? C'est là un problème courant devant lequel on se trouve fréquemment et c'est celui que je vais tenter de résoudre devant vous.

Les troubles dont se plaint le malade peuvent consister en:

Douleurs — Vomissements — Hémorragies sous forme d'hématémèse ou de melaena: ces symptômes pouvant être isolés ou associés.

Les lésions dont il peut s'agir sont les suivantes:

- a) le malade peut présenter une lésion sans rapport avec son intervention précédente, soit qu'il ait subi une G.-E. sans avoir jamais présenté la moindre lésion gastrique; soit qu'en plus de son ulcère pour lequel la G.-E. a donné un bon résultat, il présente une autre lésion de voisinage.
- b) Les troubles dont se plaint le malade sont liés à la persistance de la lésion gastrique initiale pour laquelle il a subi une G.-E.
- c) Il peut s'agir de troubles nouveaux créés par la G.-E.: ulcère peptique du jéjunum, ulcère jéjuno-colique, lésions de gastro-jéjunite autour de la bouche de la G.-E. ou simplement lésions de péritonite chronique.

Comment peut-on arriver à un diagnostic précis par la clinique d'abord et la radiographie ensuite? Deux cas peuvent se présenter:

Le malade qui vient consulter peut être porteur de son dossier antérieur: clinique, radiographique et opératoire; le diagnostic rétrospectif est alors facile à établir. Bien souvent il faut le reconnaître, le chirurgien est dans l'ignorance absolue du passé du malade. Il ignore la nature des lésions qui ont nécessité l'intervention, car le malade n'a pas les radiographies antérieures à l'acte opératoire: il sait simplement qu'on lui a pratiqué une G.-E. quand il ne se trouve pas méconnaître l'intervention qui a été faite. Il s'agit souvent de malades opérés dans des hôpitaux qui n'existent plus, parfois à l'étranger, si bien que le clinicien n'a pour tout renseignement qu'une cicatrice de laparotomie médiane.

Il est très important de fixer tout de suite à l'interrogatoire le mode d'apparition des troubles cliniques: douleurs — vomissements — hémorragies.

Voyons d'abord les douleurs: Celles-ci se sont-elles manifestées aussitôt après la G.-E. ou y a-t-il un intervalle de plusieurs mois pendant lesquels le malade a été soulagé? Cette notion est très importante, car dans presque tous les cas où

la G.-E. a été pratiquée pour un ulcère indiscutable, on peut dire qu'il y a toujours pendant un laps de temps variable une atténuation des troubles douloureux. Par contre quand après l'établissement d'une G.-E., le malade continue à éprouver immédiatement les mêmes troubles douloureux que par le passé, c'est que la G.-E. a été pratiquée chez un malade qui ne présentait pas d'ulcère ou qui présentait une lésion surajoutée. On sait que dans la période d'après-guerre sous l'influence des auteurs anglo-américains, le diagnostic d'ulcère du duodénum a été posé à la légère dans bien des cas. Il suffisait qu'un malade, homme et plus souvent jeune, se plaignit de douleurs tardives à localisation épigastrique, douleurs calmées par l'ingestion d'aliments, pour que l'on fit aussitôt le diagnostic d'ulcère du duodénum: ce diagnostic pouvait même être posé par correspondance quand il ne l'était pas par communication téléphonique. On ne demandait à l'examen radiographique que de témoigner d'une légère déformation ou irrégularité du bulbe duodénal, pour que l'on se crût certain de la lésion ulcéreuse. Or, bien souvent à l'intervention on ne découvrait rien et si certains chirurgiens se contentaient de refermer l'abdomen, d'autres pratiquaient une G.-E. alors que le malade ne présentait aucun ulcère. Il n'est donc pas étonnant que de pareils malades n'aient pas été soulagés par une G.-E. et se remettent aussitôt à souffrir, puisqu'aucune lésion gastrique ne légitimait cette intervention. De pareilles erreurs thérapeutiques ne se rencontrent plus à l'heure actuelle, depuis qu'on a montré la valeur de la *niche de face*, seule image gastrique pathognomonique d'un ulcère du duodénum. Si donc un tel malade peut nous montrer les radiographies antérieures à son intervention, et si nous ne lisons pas sur celles-ci la niche du bulbe, nous pouvons affirmer que le malade a subi à tort une G.-E. et s'il continue à souffrir, c'est qu'il faut chercher ailleurs sa lésion.

Reconnaissons tout de suite que dans d'autres cas les douleurs se sont manifestées à nouveau aussitôt après la G.-E. et cependant le malade présentait bien un ulcère du bulbe, ainsi que peut en faire foi l'image radiographique. Nous nous trouvons alors devant un de ces cas associés qui ne sont pas rares, ou le malade peut présenter à la fois ulcère duodénal et appendicite, ulcère duodénal et cholécystite: il est alors indispensable de traiter la deuxième lésion pour faire cesser les troubles douloureux. N'oublions pas également chez la femme de pratiquer un toucher vaginal, car les lésions vaginales se traduisent souvent par des troubles douloureux réflexes à siège épigastrique.

Dans un autre groupe entrent les malades qui après avoir éprouvé un soulagement de leurs troubles douloureux après la G.-E. voient ceux-ci réapparaître comme auparavant: douleurs à siège épigastrique ou sous costal droit, se manifes-

tant après les repas, survenant par poussées: c'est la reprise des symptômes ulcéreux, exactement comme avant l'intervention: cette reprise laisse supposer une nouvelle activité de l'ulcère gastrique ou duodénal, que la G.-E. a momentanément amendée, mais n'est pas arrivée à guérir.

Dans le dernier groupe douloureux se rangent enfin les malades dont les troubles douloureux sont différents, de par leur siège et leurs caractères de ce qu'ils étaient avant l'intervention. Bien que ces troubles douloureux aient un horaire digestif, leur siège n'est pas épigastrique ou sous costal droit, mais sous ou latéro ombilical gauche et à l'examen ces malades indiquent très nettement une zone qui correspond sensiblement à celle dans laquelle la G.-E. a été située. On peut supposer en pareille occurrence qu'il peut s'agir soit d'une gastro-jéjunite inflammatoire, soit d'un début d'ulcère peptique mais dans tous ces cas l'examen radiographique est indispensable pour apporter de plus amples précisions.

Voyons maintenant les hémorragies. Si l'on peut de par les renseignements cliniques dégager certaines orientations de diagnostic d'après le caractère des troubles douloureux il est autrement difficile d'interpréter les troubles hémorragiques, qu'il s'agisse d'hématémèse ou de melaena.

En effet un malade ayant subi une G.-E. peut présenter précocement ou tardivement hématomèse ou melaena sans qu'il soit possible d'attribuer à ces symptômes aucune valeur ou localisation anatomique.

Si en effet le malade a subi une G.-E. alors qu'il ne présentait aucun ulcère, il n'est pas étonnant que les hémorragies sous l'influence d'une lésion splénique, hépatique ou intestinale continuent à se manifester comme auparavant.

Mais, inversement, s'il présentait un ulcère à caractère hémorragique, la G.-E., simple opération de drainage peut très bien n'avoir influencé en rien sur les phénomènes hémorragiques. Je n'ignore pas que l'on préconise parfois la simple G.-E. dans le traitement des grandes hémorragies d'origine ulcéreuse, mais il faut reconnaître que ce traitement est loin de n'avoir donné que des succès. Dans bien des cas il est resté sans effet et comment pourrait-il en être autrement quand il s'agit d'hémorragies dues à la présence d'un ulcère pénétrant au voisinage de l'artère coronaire stomacique ou de gastro-duodénale.

S'il est donc très important de noter le degré de ces hémorragies par l'examen du sang: nombre des globules rouges, taux de l'hémoglobine, temps de coagulation et de saignement, on ne peut tirer de la constatation de ces symptômes cliniques aucun diagnostic anatomo-pathologique.

Si la clinique se trouve défailante dans ces cas, peut-on espérer grâce à la radiographie résoudre le problème? Souvenons-nous que les examens radiographiques ne doivent

chez de pareils malades être pratiqués qu'environ deux mois après la cessation des hémorragies et ceci pour un double motif: une ingestion précoce de baryte risquerait d'accentuer l'hémorragie et d'autre part les images ulcéreuses s'estompent souvent à la suite de ces grandes déperditions sanguines. Mais même tardivement tous les ulcères hémorragiques n'ont pas une expression radiographique: il est une forme particulière d'ulcère: L'exulcératio simplex décrite jadis par Dieulafoy qui peut donner lieu à de très grandes hémorragies gastriques, sans que l'on puisse découvrir à l'examen radiographique la moindre lésion. J'ai eu dernièrement l'occasion d'intervenir chez un pareil malade qui présentait un syndrome douloureux des plus nets à type ulcéreux: ce malade avait eu de très importantes hémorragies gastriques et néanmoins sur plus de 20 clichés il était impossible de découvrir la moindre lésion ulcéreuse. La netteté des douleurs me fit pratiquer chez lui une laparotomie exploratrice et je découvris à la partie moyenne de la petite courbure une zone un peu infiltrée, oedémateuse au niveau du petit épiploon, avec quelques ganglions qui me permit d'affirmer qu'il devait y avoir un petit ulcère sous-jacent. Je pratiquai chez le malade une gastrectomie et à l'ouverture de la pièce on voyait très nettement tout près de l'artère coronaire stomacalique la typique lésion de l'exulcératio simplex de Dieulafoy. Il est donc très important de se souvenir que certaines hémorragies gastriques ne peuvent pas être décelées à la radiographie.

Restent enfin les vomissements. C'est là le symptôme le plus rarement observé: car une G.-E. bien pratiquée, correctement placée et suffisamment large sait assurer un bon drainage de la cavité gastrique. Quand donc ces vomissements se manifestent, c'est qu'il se passe quelque chose d'anormal du côté de la bouche de la G.-E. Il peut s'agir d'une bouche située trop à gauche et fonctionnant mal, d'une bouche trop étroite et parfois obturée comme j'en ai observé un cas chez un malade où la G.-E. avait été exécuté avec un bouton de Murphy.

Il peut s'agir également de péritonite chronique sous mésocolique avec adhérences soit au niveau de la bouche, soit au niveau d'une anse jéjunale haute.

Il peut s'agir enfin d'un ulcère peptique sur la bouche de la G.-E. Je n'insiste pas bien entendu sur les cas de fistule gastro-jéjuno-colique où les vomissements fécaloïdes résultant de la communication gastro-colique imposent le diagnostic. Dans tous les autres cas, la clinique est incapable d'apporter la moindre précision sur le caractère exact des lésions et la question ne peut être tranchée que par des examens radioscopiques et radiographiques.

Je terminerai cet exposé clinique en soulignant le tableau clinique de malades qui après avoir subi une G.-E.

ont éprouvé un soulagement immédiat, une reprise très marquée de l'état général, puis au bout d'un laps de temps variable recommencent à décliner, à maigrir, à se cachectiser, à prendre un teint jaune paille. Il s'agit alors de cas dans lesquels la G.-E. a été exécutée pour un néoplasme gastrique: le malade, grâce à cette intervention a pu se réalimenter et reprendre quelques forces, mais le cancer progressant, envahissant parfois la bouche anastomotique ou se généralisant, va rapidement entraîner la mort. Signalons à ce propos que s'il est assez fréquent de noter une cancération de la bouche de la G.-E. par propagation cancéreuse, il est très rare de voir une cancérisation d'emblée chez un malade ayant subi une G.-E. pour ulcère.

C'est en possession de ces renseignements cliniques que le malade doit être adressé à un spécialiste pour les examens radioscopiques et radiographiques indispensables dans toutes les affections gastriques.

Est-il besoin de souligner que ces examens doivent être pratiqués par des radiologistes compétents, qu'il est indispensable d'avoir d'excellents clichés et que ceux-ci doivent être nombreux. C'est parfois 20, 30 clichés qu'il faut pratiquer chez ces malades pour noter tous les détails de la petite courbure, du bulbe duodénal, de la bouche anastomotique, des premières anses jéjunales à leurs divers stades de remplissage et d'évacuation. Il est parfois nécessaire de recommencer ces séries à un mois d'intervalle et quand la chose est possible, la stéréo-radiographie peut être d'un très utile secours pour préciser le siège de certains ulcères.

Il faut chez ces malades avoir non seulement de bons clichés radiographiques, mais obtenir également une bonne étude radioscopique sur le remplissage de l'estomac, le fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie, l'état du pylore (est-il oui ou non perméable) les zones douloureuses. C'est alors que grâce à la clinique appuyée par des examens radioscopiques et radiographiques, on peut arriver à des diagnostics extrêmement précis sur la nature et le siège des lésions.

Reste enfin la question du traitement.

Après un essai loyal du traitement médical, si les troubles ne vont pas diminuer, le seul traitement qui reste est le traitement chirurgical.

Celui-ci consistera soit à défaire simplement la G.-E. si celle-ci a été pratiquée chez un malade qui n'avait pas d'ulcère; soit à défaire la G.-E. et pratiquer la gastrectomie dans le même temps si le malade présente soit un ulcère du duodénum, soit un ulcère de la petite courbure, soit un ulcère peptique.

Il s'agit là d'interventions souvent extrêmement complexes, mais susceptibles de donner d'excellents résultats.

Dans une statistique publiée dans le Journal de Chirurgie en janvier 1939 je rapportais 14 opérations de dégastro-entérostomie avec gastrectomie; depuis, j'ai eu l'occasion d'opérer ainsi deux nouveaux malades ayant subi tous deux une G.-E. pour ulcère de la petite courbure et continuant à présenter des troubles évolutifs, ce qui porte à 16 le nombre de ces cas complexes. Je n'ai perdu qu'un seul malade après opération, et j'ai eu 15 guérisons opératoires: c'est dire qu'il ne faut pas hésiter à conseiller à ces malades l'intervention quand le traitement médical n'arrive pas à les soulager. Ces réinterventions bien entendu ne sont indiquées que si la G.-E. a été pratiquée pour un cas d'ulcère; car dans les cas de cancer, il est préférable, si l'on n'est pas intervenu d'emblée par gastrectomie, de s'abstenir d'une seconde tentative, car l'état général de ces malades ne permet guère une intervention aussi sérieuse.

Dr LOUTSCH

La vaccination antitétanique

Deux méthodes s'offrent de nos jours pour la prophylaxie du tétanos. L'une la sérothérapie préventive, mise en évidence il y a 40 ans par les travaux mémorables de Roux et Vaillard, de Nocard et appliquée sur une grande échelle pendant la guerre de 1914-1918, l'autre la vaccination par l'anatoxine antitétanique, connue depuis quelques années seulement par les travaux remarquables de Ramon.

Actuellement de beaucoup la plus employée est encore *la sérothérapie* préventive consistant à injecter à tout sujet présentant une blessure, une ampoule de sérum antitétanique dans le plus bref délai après la traumatisme. Cette méthode à peu près universellement connue et appliquée, a donné lieu dans les dernières années à un certain nombre de critiques, qui sont sérieuses et qui valent la peine d'être étudiées de près.

Tout d'abord une première question se pose: Quelle plaie doit être traitée par le sérum antitétanique? A cette question, qui pour le médecin praticien est d'une importance capitale, il est impossible de répondre de façon précise. En effet s'il est classique de dire que ce sont les plaies contuses, anfractueuses, déchiquetées, souillées de terre, ou encore les plaies profondes des pieds (par clous p. ex.) qui sont dangereuses, tout le monde connaît des cas où une plaie en apparence absolument anodine a entraîné l'éclosion d'un tétanos. Je n'en veux pour preuve que le cas rapporté par Bazy à la société de chirurgie de Paris où le tétanos est apparu après une brûlure. Dans la même séance Bazy donne d'autres exemples: Un jeune enfant s'écorche le genou en tombant de bicyclette, tétanos et mort; un ouvrier de la compagnie de chemin de fer s'enfonce une écharde de bois dans un doigt: tétanos et mort; un autre meurt de tétanos pour s'être blessé au talon par un fil de fer. Il n'y a pas de chirurgien qui ne connaisse des cas analogues. En pratique on peut dire qu'il n'y a pas

de critérium qui permette de dire si une plaie profonde ou superficielle, nette ou déchiquetée, causée par piqure, coupure, contusion ou tout autre mode de blessure entraînera un tétanos ou non. On peut dire avec H. Schmidt, cité par Hübner: «es gibt wohl kaum eine Art der Verletzung, die nicht schon einmal einen Starrkrampf im Gefolge gehabt hätte». Il en résulte pour le médecin une situation très délicate: Ou bien il fera systématiquement devant n'importe quelle plaie une injection de sérum, le plus souvent inutile (car malgré tout le tétanos est une maladie rare) ce qui en pratique est d'ailleurs impossible à réaliser, ou bien il fera un choix, qui ne pourra être basé sur aucun raisonnement logique et il risque de laisser passer un cas de plaie tétanigène pouvant entraîner la mort de son malade, sans parler des poursuites judiciaires auxquelles il sera exposé.

Un grand nombre de plaies ou blessures sont d'ailleurs si minimes que le médecin n'est même pas consulté, parce que rien ne peut faire prévoir une complication aussi grave. Contre toutes ces petites blessures — souvent même insoupçonnées — la prévention par la sérothérapie ne peut rien, puisqu'elle ne peut être mise en oeuvre.

L'action de la sérothérapie connaît d'ailleurs des limites. En effet on a signalé un peu partout des cas de tétanos survenus malgré la sérothérapie. A tel point que certains auteurs, notamment Hübner en font un argument essentiel contre l'emploi systématique de la sérothérapie préventive. Nous n'irons pas jusque là et pensons plutôt avec Ramon que ces cas s'expliquent par le fait que l'immunité conférée par le sérum est de durée relativement courte. L'antitoxine apportée par le sérum s'élimine rapidement, d'autant plus vite d'ailleurs que le sujet a déjà reçu antérieurement des injections de sérum (fait sur lequel je reviendrai plus bas) et le tétanos se développe alors assez tardivement (8 à 15 jours) après l'injection. Ces formes de «tétanos post-sérique» s'expliquent de cette façon. Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels; parmi les derniers publiés je signalerai celui de Fauquez à la société de médecine légale et celui de Sorrel à l'Académie de chirurgie de Paris. Le premier est celui d'un tétanos apparu 16 jours après la blessure chez un sujet qui avait reçu une injection de sérum tout de suite après l'accident, le second est un cas de tétanos mortel chez un enfant de 9 ans ayant débuté 18 jours après l'injection de sérum faite immédiatement après la blessure.

L'injection de sérum antitétanique n'est d'ailleurs pas sans danger. Tout le monde connaît la possibilité d'accidents sériques après l'injection de n'importe quel sérum. Il semble que ces accidents soient particulièrement fréquents et dangereux après l'injection de sérum antitétanique. Je ne parle pas des accidents de réinjection de sérum que l'on peut éviter par

la technique des doses fractionnées selon Besredka: mais des accidents de primo-injection. Ces accidents sont précoces ou tardifs. Les premiers, comparables au choc anaphylactique, sont parfois très graves et même mortels. Les seconds réalisent la maladie du sérum, bien connue et sont le plus souvent bénins. Signalons cependant la possibilité de polynévrites, d'hématuries pouvant entraîner des ennuis sérieux. Les cas de mort sont il est vrai exceptionnels. Un cas sur 50.000 injections d'après Mackensie et Hauget. La possibilité de tels accidents aggrave cependant le dilemme déjà signalé plus haut pour le médecin ou bien faire une injection de sérum, et en cas de maladie sérique grave ou même de mort, être cité en justice pour une mesure préventive discutée, ou ne pas faire de sérum, et en cas de tétanos courir un risque encore plus grand d'être poursuivi devant les tribunaux, comme le signale très justement Ramon.

La possibilité des accidents sériques n'est pas le seul inconvénient de la sérothérapie préventive. L. Bazy a, à plusieurs reprises insisté dans différentes publications sur le rôle nocif des injections répétées de sérum. En effet, l'inconvénient de ces injections est la constitution d'un *antisérum* dans l'organisme, qui fait que l'action des injections s'affaiblit au fur et à mesure et finit même par devenir nulle. Fait important cette règle est vraie pour n'importe quel sérum d'origine équine. Il en résulte cette conclusion très grave qu'un sujet, ayant reçu plusieurs injections de sérum, et qui fait ultérieurement une maladie telle que la diphtérie, risquera de voir échouer chez lui la sérothérapie curative. Voici ce que dit Bordet dans son *Traité d'Immunologie* de ce phénomène: «Si l'on compare deux lapins, l'un qui a reçu antérieurement quelques injections de sérum de cheval, l'autre qui est resté neuf, on trouve que le premier n'est pas aussi sûrement protégé contre le poison diphtérique par le sérum antidiphtérique de cheval que ne l'est le second. Celui-ci n'ayant jamais eu l'occasion d'entrer en conflit avec des matériaux de provenance équine, les tolère plus complaisamment, ce dont il n'a d'ailleurs dans le cas envisagé, qu'à se féliciter. Dans la thérapeutique humaine mieux vaut donc à moins de raison péremptoire, s'abstenir de ces injections de sérum équin parfois recommandées pour le traitement de certains états morbides peu menaçants, afin que l'organisme, le jour où il sera atteint d'une grave affection, telle la diphtérie, justiciable de la sérothérapie, ne se trouve pas préparé à combattre les précieux anticorps élaborés par les chevaux».

Or il est certain que si l'on voulait traiter logiquement chaque blessure par du sérum antitétanique tout individu, surtout dans l'enfance, recevrait plusieurs fois des injections de sérum préventivement, étant donné la fréquence des plaies. Il résulte d'après ce que nous venons de voir, que plus on fait

d'injections de sérum plus on développe la production d'anti-sérum et moins la prévention devient certaine. En somme on risque en voulant vacciner l'individu contre le tétanos, de le vacciner contre le sérum, suivant l'expression très juste de L. Bazy.

D'après ce que nous venons de voir, la sérothérapie n'est pas la méthode idéale d'immunisation contre le tétanos. Mais de là à vouloir prétendre qu'elle est inutile, comme le font certains auteurs allemands, il y a un grand pas. Ainsi Hübner ajoute aux arguments développés dans les pages précédentes l'argument suivant à l'appui de sa thèse de l'inutilité de la vaccination: d'après une enquête auprès de nombreux médecins il a appris que la grande majorité ne font pas de sérothérapie en Allemagne. De là il conclut qu'elle est inutile. En dehors du fait que ce raisonnement nous semble d'une logique douteuse, nous pouvons lui rétorquer que ces médecins ont tort, car s'ils faisaient la prophylaxie en question le tétanos serait probablement beaucoup plus rare encore qu'il ne l'est. Quant à Böhler, dont l'opinion à ce sujet est connue voici d'après Ehalt la façon de faire à la clinique de Vienne: on fait du sérum uniquement aux blessés qui le demandent ou chez lesquels le traitement chirurgical de la plaie ne peut être correctement effectué. Or sur 50.000 blessés ils ont eu 7 cas de tétanos. Ils les expliquent par le fait que ces 7 cas n'ont pas eu un nettoyage correct de leur blessure. Mais ce qui me frappe c'est que sur ces 7 cas 6 n'avaient pas reçus de sérum!

Nous ne croyons donc pas devoir nous rallier à l'opinion de ces auteurs. Nous pensons que la sérothérapie préventive a été et est encore d'une très grande utilité. Cependant le fait, qu'elle soit discutée par des hommes de la valeur de Hübner et de Böhler, prouve qu'il s'agit d'une mesure, pour la non-application de laquelle on n'a pas le droit de condamner un médecin. Les tribunaux, si exigeants en matière de prévention de tétanos, condamnent le médecin en supposant deux faits également inexacts: 1° que le sérum est le seul moyen de prévention du tétanos et 2° qu'une injection de sérum ne comporte aucun danger.

La *vaccination antitétanique*, mise au point par les belles recherches de Ramon sur les anatoxines est connue depuis une quinzaine d'années. Cette vaccination par les anatoxines, surtout employé contre la diphtérie, est depuis quelque temps obligatoire dans l'armée française contre le tétanos. Elle consiste à injecter l'anatoxine antitétanique en trois injections sous-cutanées: la première de 1 cc, la deuxième de 1½ cc., trois semaines plus tard, la troisième de 1½ cc. au bout de nouveau de 3 semaines. Il est bon de faire une injection de rappel après un an.

L'efficacité d'une telle vaccination a été prouvée par de nombreuses recherches surtout en ce qui concerne la diphtérie. On a à ce point de vue un test remarquable dans la réaction de Schick. Pour le tétanos un moyen analogue n'existant pas, la preuve est plus difficile à fournir. Mais on peut chez l'animal et notamment chez le cheval, dont la sensibilité vis-à-vis du tétanos est bien connue, doser dans le sérum le taux d'antitoxines spécifiques. Ramon et Zoeller ont pu se rendre compte par ce moyen que le degré d'immunité antitoxique à la suite de la vaccination pratiquée en employant une anatoxine de valeur antigène suffisante est élevée, et très élevée après une injection de rappel. Par la même méthode ils ont pu montrer que l'immunité dure plusieurs années, jusqu'à 5 ans.

Quant à savoir si l'immunité ainsi conférée est suffisante pour protéger vraiment contre le tétanos, l'expérience suivante le démontre: «un cheval vacciné dont le sérum contient une proportion très minime d'antitoxines tétaniques (dans 1 cc. la quantité capable de neutraliser seulement une dose mortelle pour le vobaye) supporte parfaitement l'introduction dans le muscle d'une écharde chargée de spores tétaniques tandis qu'un cheval neuf, témoin, ainsi traité succombe au tétanos». (Ramon.)

Il est d'autre part prouvé que la vaccination est sans aucun danger et les milliers d'injections déjà faites en France en ont prouvé l'innocuité. Elles ne déterminent même aucune réaction désagréable.

L'efficacité et l'innocuité de la méthode semblant hors de doute, il reste à savoir quelle application pratique on peut lui donner. Cette vaccination peut se faire en somme de deux manières:

- ou bien vacciner systématiquement tout le monde.
- ou bien vacciner un individu à l'occasion d'une blessure.

La vaccination systématique est certainement la plus logique, telle qu'elle est pratiquée pour la diphtérie dans un certain nombre de pays. Elle se heurte cependant à un argument de valeur que n'ont pas hésité à faire valoir un certain nombre de membres de l'académie de chirurgie de Paris, lors de la récente discussion à ce sujet. C'est que le tétanos est tout de même une maladie relativement rare pour imposer une vaccination obligatoire. Il est d'ailleurs extrêmement difficile de se faire une opinion sur la fréquence exacte du tétanos. Les statistiques à ce sujet sont très variables. Pour citer quelques exemples nous trouvons dans une statistique établie par Moure au sujet d'une grande compagnie de chemin de fer: 6 cas de tétanos en 5 ans sur un effectif moyen de 75.000 agents; dans une autre compagnie de chemin de fer Fredet compte 5 cas de 1932-1934 sur un effectif de 114.000

agents (dont 52.000 accidents). Böhler à Vienne a eu 7 cas sur 50.000 blessés. D'après ces chiffres on aurait à peu près 1 cas de tétanos sur 10.000 blessés. En réalité il faut faire remarquer que ces statistiques émanent d'organisations où les blessés reçoivent des soins extrêmement vigilants en ce qui concerne d'abord l'injection préventive de sérum et ensuite et surtout les soins chirurgicaux que comporte leur blessure. *En effet il ne faut jamais oublier que ces derniers sont au moins sinon plus importants que le sérum.* Il est donc probable que le pourcentage est plus élevé. Je le crois d'autant plus volontiers qu'une statistique récente faite en Autriche montre qu'entre 1928 et 1932 il y a eu 489 morts par tétanos. Ce chiffre relativement élevé s'explique à mon avis par le fait qu'en Autriche la sérothérapie préventive est très peu employée.

Toujours est-il que le tétanos est une maladie assez rare et qu'il serait difficile d'obtenir la vaccination systématique d'une population contre une telle maladie. Il s'y ajoute une autre difficulté, qui est celle de la revaccination. En effet l'immunité conférée par le vaccin ne durant en moyenne que 5 ans au maximum, il faut faire une injection de rappel tous les 4 ans, et pour plus de sécurité même tous les 2 ans, d'après le vœux de l'académie de chirurgie de Paris. Outre le fait qu'une telle mesure demanderait l'emploi d'un carnet sanitaire individuel, une vaccination de ce genre nous semble impossible à imposer dans notre pays.

A mon avis le seul moyen efficace de répandre la vaccination antitétanique serait de la combiner à la vaccination antidiphthérique. En effet une telle vaccination associée par deux ou plusieurs anatoxines est non seulement possible, mais il semble même que l'immunité qu'elle confère est plus grande. Or il est à espérer que la vaccination antidiphthérique deviendra bientôt obligatoire. On pourra en y combinant l'anatoxine antitétanique vacciner en même temps les enfants contre le tétanos et ils seront ainsi protégés à l'âge où les blessures sont particulièrement fréquentes.

Quant au reste de la population il me semble que la vaccination pourrait être limitée aux collectivités où le tétanos est fréquent c. à. d. aux travailleurs de la terre, aux ouvriers de chemin de fer etc.

Une autre méthode de vaccination consiste à vacciner tout individu à l'occasion d'une blessure. A tout blessé on fera une injection de serum et sous le couvert de ce sérum conférant une immunité passive immédiate mais transitoire on fera les trois injections de vaccins qui lui donneront l'immunité active durable. En effet il ne faut pas oublier que l'action du vaccin ne devient effective que quelques jours après la seconde injection. La technique est la suivante: Au sujet blessé on fera immédiatement la première injection de

vaccin. Le lendemain on fera *en un autre endroit du corps* l'injection de sérum, trois semaines plus tard on fera la deuxième injection d'anatoxine et ainsi de suite. Cette façon de faire me semble facile à réaliser en pratique.

Aux sujets vaccinés on peut se contenter de faire une injection de rappel sans faire de sérum en cas de blessure. Ainsi on évite l'effet fâcheux des injections de sérum et en même temps on fait une injection de rappel de vaccin, nécessaire à la continuité de l'immunité.

Conclusions:

La prévention du tétanos par le sérum se heurte à deux inconvénients:

1) il est impossible d'édicter une règle pour savoir quelles plaies doivent être traitées par le sérum, et surtout un grand nombre de petites plaies échappent au traitement.

2) l'injection de sérum n'est pas sans danger.

Par conséquent il vaut mieux vacciner par l'anatoxine, méthode tout aussi efficace et sans danger, en répandant le plus possible la vaccination antitétanique, ce qui en pratique pourra être fait de trois façons:

1) Vacciner les enfants en employant l'association anatoxine antidiphthérique-antitétanique;

2) vacciner certaines collectivités d'adultes particulièrement exposés au tétanos

3) vacciner chaque individu à l'occasion d'une blessure.

En somme réserver le sérum pour le traitement du tétanos et employer l'anatoxine pour la prévention.

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX
ANTISTAPHYLOCOCCIQUE, ANTISTREPTOCOCCIQUE
ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL

Boîte de 6 ampoules de 5 c. c.
de forte concentration uniforme

II. INJECTABLE

Boîte de 10 ampoules de 1 c. c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN : Adultes - Enfants

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

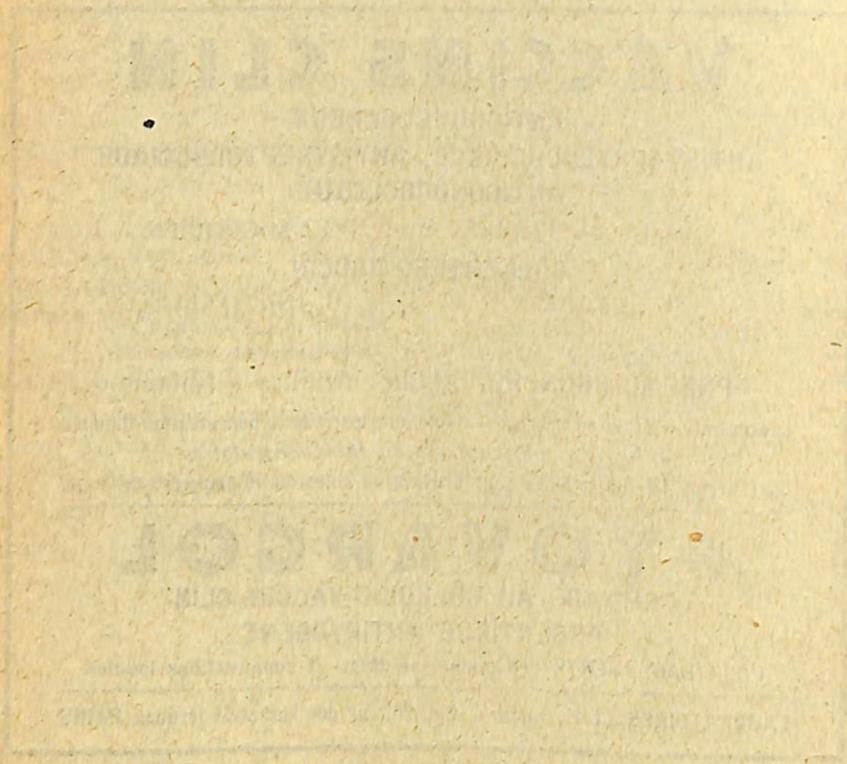
Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c. c.

PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN
ARGENTIQUE ANTIPTYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN, Comar & Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS



Dr A. HAMANT

Ostéoarthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche

Conférence faite le 27 novembre 1938 par le Dr. A. Hamant,
professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine
de Nancy.

Sous le nom d'ostéoarthrites chroniques non tuberculeuses de l'adulte, on groupe des lésions d'origine très différente mais évoluant vers un même résultat en passant par des stades à peu près superposables. On les désigne plus simplement sous le vocable de «*Coxarthries*».

Assez fréquentes, elles évoluent surtout vers la cinquantaine, frappant aussi bien les hommes (42%), que les femmes (58%).

ETIOLOGIE

Les troubles qui leur donnent naissance sont d'origine *toxique, infectieuse, trophique* ou *mécanique*, évoluant sur un fond rhumatismal.

Toxiques. — Toutes les viciations de la nutrition en général: obésité, uricémie, diabète, insuffisance hépatique, troubles endocriniens, hypocalcémie, saturnisme.... séjour prolongé à l'humidité, abus du régime carné, alimentation trop exclusive en légumes verts, en choux par exemple.

Infectieux. — Septicémies frustes de toute nature après furonculose, ostéomyélite, amygdalite; ostéite à pneumocoques, à bacilles d'Eberth, à colibacilles, gonocoques, spirochètes; bacillose larvée.... douleurs de croissance.

Trophiques. — Fractures du col ou du voisinage, coxa vara, valga, ostéochondrite, anciennes luxations même réduites, traumatismes à répétition.

Mécaniques ou *Statiques.* — Conséquence de tous les troubles de statique des membres inférieurs (fracture, luxation, déformation genou, jambe, pied...) subluxation congénitale.

PATHOGÉNIE

Il s'agit toujours de vascularisation troublée, en général hyperémie avec décalcification ou condensation localisée amenant une moindre résistance aux pressions, surcharges, aggravant les irritations traumatiques ou trophiques, troublant la nutrition des éléments péri-articulaires, occasionnant des précipités calcaïques qui déformeront, transformeront, déplaceront les extrémités articulaires.

ÉVOLUTION

Au début, simple flou, associé à un pincement articulaire; légère gêne douloureuse.

Plus tard tête irrégulière (usure du cartilage), variation de l'opacité, calcifications erratiques, gêne douloureuse de plus en plus marquée.

Vient ensuite le stade de calcification avec difformité de la tête et du col, ossifications anormales de plus en plus nombreuses et volumineuses; la contracture des masses musculaires atrophiées limite de plus en plus les mouvements et aggrave les douleurs.

Un stade terminal aboutit à une ankylose avec difformité para et périarticulaire, anomalies structurales, cessation des douleurs, mais mouvements perdus, parfois déplacement marqué de la tête.

Les lésions sont constructives (ecchondroses, osthéophytes), destructives (formes expulsives), trophiques (nécroses osseuses), isolées ou associées.

SYMPTOMES

Principaux

Douleur, surtout inguinale.

Difficulté de se chausser (*Duvernoy*).

Conservation de la flexion.

Limitation ou perte de l'abduction et de l'adduction (*Rocher*, clé — *Joyeux*, roulement).

Atrophie musculaire, position vicieuse (flexion, rotation, extension).

Douleur à la marche (disparaît avec le repos et la nuit. .

Boiterie, accrochage.

Evolution lente le plus souvent, mais progressive.

Tendance à l'ankylose et à la bilatéralité.

DIAGNOSTIC

Névralgies, Sciatique

Douleur non clamée par le repos au lit. Cesse pour reparaître (paroxysme).

Points spéciaux (*Valleix*).

Arthrite du genou — Intégrité des mouvements du genou.

Coxalgie

Age, présence de ganglions, tous les mouvements limités.
Fièvre.
Radios en série.

Coxite

Température, histoire.
Evolution (subluxation, ankylose).
Douleurs permanentes nuit et jour.
Tests biologiques (*Verne...*).

Spondylose rhizomélique

Atteinte de nombreuses articulations (Colonne vertébrale).

THÉRAPEUTIQUE

Il faut: Modifier les troubles vasculaires,
Faire disparaître les ossifications anormales,
Empêcher les déformations ou les limiter.

Médicale. — Régime alimentaire strict — Contrôle alimentaire — Contrôle du climat, de l'habillement, de l'habitation — Mouvements limités — massages doux, bicyclette. Iode, soufre, phosphore, sels d'or. Arsenic, Histamine. Thorium, mésothorium, chaux, opothérapie (Ovaire, thyroïde). Vaccinothérapie ou sérothérapie, sulfamides. Médications spécifiques (Bi, Hg, As.)

Physiothérapique. — Air chaud, soleil, galvanothérapie.

Rayons U. V. — Diathermie.

Rayons X. — plusieurs séries de rayons pénétrants, bien filtrées, trois portes (antérieure, latérale, postérieure), de 3000 R à 6000 R .

Créonothérapie. — Eaux polymétalliques (*Neris-Nancy-Thermal*).

Sulfatées-calciques (*Bareges-Dax*).

Chlorurées (*Bourbonne-les-Bains*).

Sulfurées (*Aix-Uriage*).

Bains — Bains copieux, chauds, massages sous l'eau.

Applications de boues.

Injections sous-cutanées (*Uriage*).

Cures répétées.

Orthopédique

Appareils { plâtrés
 { orthopédiques palliatifs.

Chirurgicale**Forage du col**

Pas de contre-indication, sauf chez trop obèses.

Seul ou avec greffons (rétablit l'indice oscillométrique).

Isolé ou complémentaire d'une autre intervention

Associé à un traitement thermal.

Peut être conseillé très tôt.

Parathyroïdectomie ou *Phénolisation* des artères thyroïdiennes — Résultats très inconstants.

Ostéotomie

sous-trochantérienne: haute
moyenne
basse

permet de réduire les attitudes vicieuses de compenser des luxations très hautes.
simple, peu grave, indications limitées.

Butée ostéoplastique

Empêche la tête de filer dans la fosse, iliaque externe et d'irriter les masses musculaires décollées, donne un appui solide, supprime l'irritation traumatique.
Opération simple mais entraînant un certain délabrement — Gravité faible.

Plâtre (2 mois).

Conserve les mouvements articulaires.

Supprime les douleurs.

Arthrodèse de la hanche

Provoque une ankylose, supprime les douleurs.

Intervention simple, efficace, mais supprime tous les mouvements.

Procure une statique correcte.

Nécessite un plâtre (2 mois).

Peut être intra, intra et extra, *extra articulaire*.

Ablation de corps étrangers -- intra-articulaires, très exceptionnels.

Résection de la hanche

Avec ou sans *arthroplastie*

Supprime les douleurs

Permet la conservation des mouvements

Intervention grave, car longue, sanglante

Nécessite une mobilisation douloureuse

Soins post-opératoires prolongés et pénibles

Résultats améliorés par l'association de la radiothérapie et des cures thermales.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. — Au début, traitement médical: Médicaments
Radiothérapie
Cures Thermales

Si insuccès relatif, si douleurs persistantes: Forage de la hanche et cures thermales.

II. — Lorsque les douleurs progressent, que les déformations s'aggravent, que la marche est de plus en plus gênée, la radiographie montre deux états:

1) **Tête en place**

Arthrodesse si les lésions sont *unilatérales*

opération de gravité moyenne

nécessité d'un appareil plâtré (2 ou 3 mois)

Supprime tous mouvements articulaires

Doit être complétée par (Cures thermales, régime.

2) **Tête déplacée ou en voie de déplacement.**

Butée ostéoplastique que les lésions soient *uni* ou *bilatérales*

Intervention de gravité moyenne

Nécessité d'un plâtre (2 ou 3 mois)

Conserve les *mouvements articulaires*

Doit être complétée par des cures thermales.

Peut être complétée par un *Forage de la hanche* (douleurs). *Ultérieurement* il pourra être effectuée une *arthrodèse*, une *résection* ou une *ostéotomie*.

III. — Si le patient n'a pas dépassé 50 ans, s'il est *énergique*, s'il n'a pas de tares, si les lésions sont bilatérales, s'il existe une grosse décalcification avec géodes étendues:

Résection

Simple: aboutit le plus souvent à l'ankylose.

Modelante: Limitation importante des mouvements.

Arthroplastique: Limitation minime des mouvements.

Doit être complétée par: Radiothérapie.

Cures thermales.

Régime.

IV. — Si l'ankylose est survenue en mauvaise position,

Si la tête est déplacée,

Que la lésion soit uni ou bilatérale:

Osteotomie suivie ou non d'un raccourcissement du côté opposé.

Dr Ernest FELTGEN

Contributions à l'histoire de la Pathologie et de la Thérapie du mal tuberculeux

I. Le remède de la sève du pin maritime.

Dans le traitement médicamenteux de jadis de la tuberculose, notamment des affections pulmonaires, figuraient en première ligne certaines plantes, dont le renom, sous ce point de vue particulier, n'a pas entièrement disparu, tant en médecine scientifique que populaire. C'est ainsi qu'en 1860, le confrère girondin Kérédan préconisait surtout contre la phthisie des poumons le remède représenté par la sève du *pin maritime*.

Le confrère français publia une série d'articles dans la *Revue Médicale* de ce temps et prit la sage précaution de faire ressortir en tête de son travail que si la sève du pin maritime n'est pas un «spécifique» contre les «tubercules pulmonaires» (qui, d'ailleurs, est toujours encore à inventer), c'est du moins, dit-il, un précieux et avantageux modificateur des affections chroniques de la poitrine. Qu'on me permette tout d'abord de rafraîchir en quelques mots nos connaissances générales et particulières en matière d'Histoire naturelle médicale, mais notamment de Botanique médicale, qui a de tout temps joué et ne cesse de jouer aujourd'hui encore un rôle, dont il ne conviendrait pas de nier l'importance, qu'il serait pour le moins téméraire de vouloir sousestimer de quelque façon que ce soit.

La plante conifère, de la famille des Abiétinées, aux cônes caractéristiques oblongs, en forme de toupie, luisants au loin, appelée par Lamarek *Pinus maritima*, par Solander, *Pinus Pinaster*, répondant au nom allemand de *Seestrandkiefer*, habite principalement les pays méridionaux de l'Europe, l'Algérie et une partie du sud-ouest européen. Le pin maritime ne fait pas partie de notre Flore, il ne se rencontre que rarement à l'état cultivé dans nos parages, de sorte que Ti-

nant, en 1836, ne la mentionne pas dans sa Flore luxembourgeoise. Il ne figure non plus dans les publications de nos auteurs plus récents, ni dans l'Herbier Jean Feltgen, commencé en 1883, ni dans la Flora der Heimat d'Edmond Klein, publiée en 1879. Krombach seul, dans sa Flore du Grand-Duché (1875) cite différents habitats, établis, paraît-il, vers 1827, 1855 et 1858, mais il ne doit, de tout évidence, s'agir que d'essais de culture rares et isolés, n'ayant jamais permis à la frileuse Abiétinée de se fixer d'une façon durable dans notre sol, qui appartient plutôt à la zone forestière dite «Fagetum», accusant une température moyenne de l'année entre 7 et 12 degrés.

Sa vraie patrie ce sont les Landes de Gascogne, où elle prospère, cajolée par les rayons du soleil du midi, où elle se trouve mollement agitée et mouillée par des vents chargés d'embruns venant du large du Golfe voisin de Gascogne, où le calme prenant de la campagne landaise n'est interrompu en été que par la joyeuse musique composée des cri-cri d'appels et d'amour des grillons.

Pour revenir à notre sujet, mentionnons que le pin maritime donne à la technique un bon bois servant à la fabrication de divers objets d'art et d'usage pratique et, ce qui nous intéresse tout particulièrement, procure à la thérapeutique la térébenthine, dite de Bordeaux, l'olum terebinthinae gallicum, en langage populaire, le gallipot. Ce précieux médicament est, comme on sait, une masse de consistance de baume, représentant un liquide mielleux composé principalement de résine (C-H-O), d'huiles étherées, d'acides aromatiques.

On pratique des incisions dans les troncs des arbres et on recueille la «Gomme molle» dans des godets solidement fixés à l'écorce. C'est à l'état «distillé» qu'elle prend le nom précité de térébenthine de Bordeaux.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de relater ici de quelle façon on s'est procuré le précieux liquide dans le temps. C'est le docteur Bouchery, d'après les auteurs spéciaux d'il y a presque un siècle, qui imagina un procédé ingénieux pour l'injection et la conservation des bois servant de poteaux télégraphiques que fournissaient d'ordinaire justement les troncs de pin. Il s'agissait d'y remplacer la sève par une solution de sulfate de cuivre. A cet effet, on fit des pins fraîchement abattus des tronçons de plusieurs mètres, on les suspendit perpendiculairement et on adapta à la partie supérieure des vases remplis de la susdite solution métallique. Le liquide pressant de son poids sur l'extrémité des canaux ouverts, il s'y infiltre, chasse devant lui les sucres végétaux qu'ils contiennent et les fait sortir par leurs orifices inférieurs. Des sucres perdus autrefois, ont été recueillis et utilisés au profit de la thérapeutique.

Voici ce que nous transmet la littérature médicale de l'an 1860, particulièrement le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, paru à Paris, chez Lahure.

Les indications motivant l'administration des préparations de la sève de pin maritime étaient essentiellement les suivantes: 1) une toux sèche, rude, douloureuse, fatigante. 2) Une expiration démesurément prolongée (nous savons qu'à l'état normal, elle est brève, vive, comme soupirante). 3) Une forte gêne de la respiration et notamment de l'hémoptisie. Sous quelle forme offrait-on la sève de pin aux malades? 1) sous la forme naturelle, comme sève tout simplement. 2) sous forme de sirop et 3) en dragées. Le dosage dépendait de l'âge du patient et du degré du mal.

«La rapidité d'action de la sève de pin maritime est telle», dit l'auteur, le confrère Kérédan avec un touchant optimisme, «qu'il n'est pas rare de voir au bout de peu de jours un changement en mieux considérable des symptômes». Le médicament fut mis à profit également en lavement dans les diarrhées collicatives, quand les sécrétions en question sont fort abondantes et épuisent visiblement et profondément les malades.

Kérédan préconise chaudement «l'innocuité parfaite» de la sève, son engageante saveur, son assimilation rapide, propriétés qui, jointes aux effets thérapeutiques, doivent fixer l'attention des médecins, au moins, dit l'auteur, au même titre que le résidu de distillation de certains bois et du charbon fossile, c'est-à-dire, le goudron et autres balsamiques encore.

En présence de cette glorification des remèdes en pratique, approximativement avant un siècle, demandons-nous, si l'emploi d'agents thérapeutiques pour répondre aux indications déterminées vis-à-vis de certaines lésions de l'arbre bronchique, a vraiment bien changé depuis?

Il est un fait avéré, un fait heureux entre tous, que, d'un côté, la découverte du bacille de Koch en 1882, que, d'un autre côté, l'évolution de l'Hygiène sacrée, de la Chirurgie intrépide, de la Radiologie investigatrice, pour ne citer que les disciplines les plus marquantes, ont puissamment contribué à barrer le chemin, dans la mesure du possible, au mortel fléau de la phthisie.

Les confrères plus âgés cependant se rappellent bien le temps, pas tellement éloigné, où les balsamiques de la tremepe de la sève de pin maritime, mais tout particulièrement la Créosote (Kreas = la chair, sozo = je conserve), cet extrait de goudron de hêtre par distillation, passait pour être la panacée contre le mal tuberculeux et reste encore, malgré les progrès de la science, sous l'égide de la triplicité précitée de l'Hygiène, de la Chirurgie et de la Radiologie, un puissant adjuvant dans certains cas morbides.

L'histoire, l'histoire médicale, elle aussi, est un éternel recommencement. Nous nous basons dans nos recherches sur nos prédécesseurs et nous leur savons gré de l'appui prêté. Nos descendants, eux, s'appuieront sur nous dans leur marche en avant.

Transmettons leur des fondements solides, en respectant les vieilles et bonnes traditions, en y mettant du nôtre, en y faisant des ajoutés pratiques. C'est ainsi que nous aurons la satisfaction du devoir accompli.

II. Administration d'un extrait de feuilles d'olivier

En 1860 a paru dans le *Moniteur des Sciences médicales* par le docteur Foucher, médecin à Paris, le résultat d'expérimentations faites avec l'extrait hydroalcoolique de *feuilles d'olivier* pour lutter contre certains symptômes spéciaux de la phthisie pulmonaire.

L'olivier d'Europe, *Olea Europaea* L., aux formes si pittoresques des troncs et branches, habite les régions à climat doux, sur tout le pourtour de la Méditerranée et semble être originaire de l'Asie mineure.

C'est un arbre à rapport, auquel s'intéresse au même titre l'industrie et la médecine. L'oléacée appartient aux plus anciennes plantes médicinales. Les fruits de l'olivier d'Europe, les olives, sont de forme oblongues, tandis que ceux de l'espèce d'Amérique sont globuleux. Ils sont usités dans l'alimentation, après avoir été soumis à une saumure à base de chaux, qui les attendrit et les dépouille de leur amertume naturelle et caractéristique.

Les olives renfermant jusqu'à 70% d'une huile justement estimée, incolore, presque sans goût, si elle est pure et dite «huile vierge». Celle des environs de Nice et de Lucca est la meilleure, celle de la Provence, des oliveraies du midi de la France, ne le cède que peu au produit précité.

L'huile d'olive est l'huile pharmaceutique par excellence et entre dans un grand nombre de préparations: elle est laxative à la dose de 30-60 grammes, agit mécaniquement dans les empoisonnements, et revêtant l'estomac et les intestins d'une couche imperméable, elle réussit dans l'obstruction intestinale, quand elle est appliquée en lavement. Elle calme, enfin, les démangeaisons de la peau, agit bien en frictions, comme onguent, comme emplâtre vis-à-vis des glandes tuméfiées, mais notamment contre les brûlures, sous forme de liniment oléo-calcaire.

Voilà pour l'emploi de l'huile d'olive.

Quant à la médication par les *feuilles d'olivier* contre certains accidents du mal tuberculeux, je la suppose moins connue, notamment qu'elle est depuis bien du temps déjà démodée, sans, pour ce motif, perdre de sa valeur, en premier

lieu, historique. Depuis des temps immémoriaux, l'écorce et les feuilles d'olivier sont reconnues efficaces comme astringents, toniques et surtout fébrifuges.

Les feuilles simples, lancéolées, d'un vert sombre au-dessus, gris argenté, au-dessous, à bords entiers, contiennent un amer caractéristique, dit Olivamarine, qui, d'ailleurs, se rencontre également dans les autres organes de la plante, par exemple, dans les drupes vertes, non mûres encore. C'est précisément ce principe amer qui nous offre les agents pharmaceutiques, dont l'importance ne saurait être niée, toutefois, sous d'autres points de vue médicamenteux que dans les temps passés.

Nos confrères de jadis appuyèrent avec force sur le fait que les malades atteints de phthisie pulmonaire avancée, sont souvent en proie à des fièvres qui envahissent l'organisme ordinairement vers le soir et jusque tard dans la nuit. Dans le but de combattre ces manifestations fébriles, le docteur Foucher a employé couramment et avec grande conviction l'extrait hydroalcoolique des feuilles d'olivier. Afin d'étudier son action le plus complètement possible, il l'a administré seul, en supprimant même toute nourriture chez le malade, quelque temps avant et après son application. Dans le compte-rendu du confrère, il est dit, avec un élan touchant, que le succès a dépassé les espérances conçues, la fièvre ayant constamment cessé entièrement dans les cinq premiers jours, sans aucune rechute immédiate.

Pour faire ressortir tout l'effet que produisirent sur l'esprit des confrères les preuves de ces applications thérapeutiques, qui, pour eux, auraient des preuves d'une évidence d'un axiome, je me servirai ici du texte même des conclusions de Foucher.

«Je considère ces faits», c'est-à-dire, «les succès de l'application de l'extrait de feuilles d'olivier dans les fièvres des phthisiques avancés, «comme très importants», dit Foucher, «parce que, 1) les accès de fièvre chez les phthisiques sont souvent, sinon toujours, pernicious et concourent au développement de nouveaux tubercules ou à la fonte purulente de ceux qui existent déjà. 2) Il n'est pas sans danger pour ces malades d'éprouver une accélération dans la circulation pulmonaire. 3) Le quinquina, par excellence, l'anti-périodique «c'est-à-dire le remède appelé à prévenir les accès d'un mal périodique», ne réussit jamais d'une façon satisfaisante dans ces cas, je dirai plus, il est nuisible aux phthisiques arrivés à la dernière phase du mal. 4) Les opiacés, enfin, les expectorants, les gommeux, les émétiques etc. ont une efficacité très douteuse, voire plus nuisible qu'utile dans ces cas, il y a longtemps que je ne donne plus les opiacés dans la phthisie et je n'ai qu'à me féliciter de les avoir abandonnés. Il importe beaucoup, si l'on veut avoir des succès de bon aloi, de répéter

ces expériences comme je les ai faites moi-même, c'est-à-dire, de s'en tenir à l'administration de l'extrait d'olivier seul et à la suspension ou diminution des aliments. En résumé, je pense que l'extrait d'olivier est appelé à rendre de très grands services dans la thérapeutiques des affections de la poitrine. Bien que la constitution médicale de l'hiver 1859-1860 ait été loin d'être favorable à cette classe de maladies, les huit malades auxquels j'ai donné des soins durant cet hiver, vivent encore et sortent tous pour jouir de la température amie de la belle saison».

La rédaction du «Journal de Médecine et de Chirurgie pratique» ajoute, qu'en signalant des conditions morbides dans lesquelles le fébrifuge, extrait des feuilles d'olivier, peut être plus spécialement utile, Foucher apporte sa pierre au monument déjà commencé.

Le même Journal fait remarquer, à un autre endroit, qu'avant Foucher ce fut Aran qui avait reconnu le premier l'efficacité de ce moyen thérapeutique dans cette grave complication de la tuberculose.

On voit quelle importance nos précurseurs ont attachée à l'agent médicamenteux de l'olivier et avec quelle émotion extraordinaire de l'âme ils ont prôné ces adjuvants jugés précieux, dont, à l'heure qu'il est, nous nous soucions que fort superficiellement, vu les progrès en pathologie et en thérapeutique.

Inclinons-nous devant les efforts consciencieux et scrupuleux des confrères de jadis et songeons un peu aux critiques que nous réserveront très probablement nos confrères — en herbe —, après une cinquantaine. ¹

Dr Jean FABER

La réduction non sanglante de la luxation du sémilunaire

La luxation du sémilunaire est une lésion qui est très souvent méconnue. Elle a cependant une symptomatologie très caractéristique et à la radiographie elle saute littéralement aux yeux, à condition qu'on ait appris à lire une radio du carpe. Mais ce qui est plus généralement ignoré, c'est que cette luxation apparemment compliquée peut être assez facilement réduite par des méthodes non sanglantes.

D'après Böhler (Vienne) on réussit à coup sur la réduction de la luxation du sémilunaire, même si celle-ci date de 15 jours à 3 semaines. Cet auteur conseille pour la réduction uniquement la traction continue sans autre manoeuvre. Mais il insiste sur la nécessité absolue de faire durer cette traction au moins pendant 10 minutes, montre en main. Par la traction les os du carpe et en particulier le grand os s'écartent de l'articulation du poignet et ouvrent l'espace pour la réintégration du sémilunaire dans la rangée des os du carpe.

Si dans le temps on ne réussissait que rarement à réduire la luxation du sémilunaire, c'est qu'on méconnaissait l'importance de la traction longitudinale, et qu'on essayait de réduire uniquement par une hyperflexion de la main. Or dans ce mouvement le nerf médian a été parfois lésé par les cornes pointues du sémilunaire luxé et c'est pour cette raison qu'on en est venu à déconseiller la réduction non sanglante et à préconiser l'extirpation d'emblée du sémilunaire ou la réduction sanglante par incision dorsale.

Ni l'une ni l'autre de ces opérations sont indiquées dans la luxation récente du sémilunaire. Ce n'est que dans les luxations anciennes que l'extirpation du sémilunaire est indiquée, s'il existe des troubles de compression du nerf médian. J'ai dû la pratiquer dans un cas dans lequel la réduction n'a pas été possible. L'opération a d'ailleurs été suivie d'un résul-

tal fonctionnel parfait. J'ai pu observer un autre cas de luxation du sémilunaire non réduite chez un ouvrier qui fait le dur métier d'ouvrier d'usine avec sa lésion depuis quinze ans. Il est vrai que dans ce cas, il existe une limitation importante des mouvements et surtout de l'extension du poignet et une griffe des doigts.

Il ne reste pas moins vrai que dans tous les cas récents on doit tenter la réduction non sanglante.

Nous avons récemment observé 2 cas qui ont pu être aisément réduits non pas par la méthode de Böhler (traction longitudinale de 10 minutes) mais par une méthode combinée de traction longitudinale et d'hyperextension.

On sait que la luxation du sémilunaire se produit par une hyperextension brusque de la main. La capsule palmaire du sémilunaire, tendue ad maximum, se rompt et la tête du grand os passe derrière la corne dorsale du sémilunaire, de sorte que la face inférieure du sémilunaire est déshabillée. Le grand os (ayant sur la radio de profil l'aspect d'un bouchon de champagne renversé) en se décoiffant du sémilunaire le repousse en avant et remonte jusqu'à toucher la lèvre postérieure du radius. C'est pour cette raison qu'on a voulu voir dans la lésion qui nous occupe non pas une luxation du sémilunaire, mais une luxation subtotale du carpe rétrolunaire (Mouchet et Jeanne, Congrès de chirurgie de 1919) ou d'après Böhler une luxation du carpe périlunaire.

Le mécanisme de la production de cette luxation nous indique les positions à donner à la main et les forces qu'il faut faire agir pour réussir la réduction non sanglante. Il faut faire une traction longitudinale (pour écarter le grand os du radius) et une hyperextension du poignet (pour ramener le grand os de nouveau au-dessus de la corne dorsale du sémilunaire).

En même temps on peut exercer une pression directe sur le sémilunaire pour le faire rentrer dans le rang des os du carpe.

Ces manoeuvres se font facilement, si on place la main du blessé en supination et en porte à faux sur un support assez élevé. On enduit les doigts de mastisol, puis la main de l'opérateur empoigne la main du blessé en enlaçant les quatre derniers doigts avec les 4 doigts du blessé. De cette façon on a une prise extrêmement solide, avec laquelle on peut faire avec force et sans fatigue une traction longitudinale et en même temps une hyperextension du poignet.

Dans les deux cas dont les observations vont suivre, la réduction a été facile grâce à ce procédé et quoiqu'ils ne fussent pas tout à fait récents, puisque tous les deux dataient de la veille.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Obs. 1: Se. Jos. se blesse au jeu de football en tombant sur la main. Malgré la radio la lésion n'est pas reconnue par le médecin traitant. Vu le lendemain il présente tous les symptômes de la luxation du sémilunaire. Augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet, saillie palmaire très douloureuse du sémilunaire, limitation très étendue des mouvements du poignet, surtout de l'extension, doigts en griffe (dû au soulèvement des tendons fléchisseurs par le sémilunaire luxé). La radio montre une énucléation totale du sémilunaire sans fracture du scaphoïde et sans fractures styloïdiennes). Fig. 1 Evipan. Réduction par la méthode décrite. La fig. 2 montre la luxation au cours de la réduction. La fig. 3 montre le sémilunaire en place après réduction.

Obs. 2: Bo. J. B. blessé également au jeu de football. Comme gardien de but il attrape le ballon avec la main droite qui est violemment projetée en arrière (hyperextension). Vu le lendemain il présente une lésion intéressante, puisqu'à la radio on remarque une ancienne fracture du scaphoïde, guérie avec pseudarthrose et une ancienne fracture de l'apophyse styloïde du cubitus, guérie également avec pseudarthrose. En plus de ces lésions anciennes on remarque une luxation du sémilunaire et une fracture récente de l'apophyse styloïde du radius (Fig. 4).

Evipan Réduction d'après la méthode décrite.

On sait que la luxation du sémilunaire est très souvent accompagnée d'une fracture du scaphoïde (dans la moitié des cas d'après Mouchet) et de fracture de l'apophyse styloïde du cubitus ou du radius ou des deux. Dans notre dernière observation il n'y a pas de doute que les fractures anciennes du cubitus et du scaphoïde, insuffisamment consolidées ont favorisé la production de la luxation du sémilunaire.

Volumineux „calcul d'obstruction" du canal cystique

Avec une technique et un appareillage radiographique amélioré (faible tension et forte intensité, donc rayons mous, courte exposition, Potter-Bucky, films sensibles) nos radiographies nous échappaient dans le temps à l'examen radiographique. Malgré cela une grande partie de calculs (les calculs cholécystériques) resteront invisibles aux rayons X et ne pourront dans certains cas être révélés que par la cholécystographie au tétraïode. Ce sont surtout les calculs mixtes stratifiés, cholérino-pigmentaires qui donneront à la radiographie ces images annulaires bien connues et très caractéristiques. Ceux-ci sont très souvent solitaires. Ils siègent de préférence au niveau du col ou sont enchatonnés dans le canal cystique. Dans

ce cas ils forment une obstruction plus ou moins grande pouvant transformer la vésicule à la longue en hydrocholécyste.

Il arrive que seul ce «calcul d'obstruction» (Aschoff et Baemeister) soit visible à la radio à cause de ses couches calcaïques et il est commun de voir dans ces cas la vésicule remplie de calculs choléstériniques non visibles sur la plaque.

(Démonstration de radiographies concernant plusieurs cas de calculs solitaires du cystique.)

Parmi ces cas il y en a un qui est surtout remarquable par la grandeur du calcul et par certaines particularités anatomopathologiques.



Il s'agit d'une femme de 54 ans dont l'histoire pathologique remonte à 5 ans. Crises hépatiques répétées avec plusieurs poussées de fièvre. Pendant les derniers mois douleurs continuelles, irradiations vers l'omplote droite, sensation de poids à l'épigastre. Femme maigre, au teint cholémique. A l'hypochondre droit on sent une tuméfaction globuleuse et douloureuse qui est sans nul doute une vésicule de stase. La radio montre un calcul énorme à couches successivement

transparentes et opaques, à position très médiane, juxtavertébrale. Vésicule non visible après iodotétragnost intraveineux.

Nous nous attendions à trouver à l'opération une vésicule très adhérente, surtout à cause des poussées répétées de fièvre qui nous firent soupçonner une cholécystite chronique éventuellement suppurée. Ce n'était nullement le cas. Il n'y avait pas trace d'adhérences et le cystique malgré l'énorme distension par le calcul géant (de la grosseur d'un oeuf de poule) fut trouvé libre jusqu'au cholédoque. Cholécystectomie facile d'une vésicule très distendue par de la « bile blanche ». Suites simples.

Cette absence totale de réaction péricholécystique cesse de nous surprendre, si nous nous rappelons que d'après la théorie d'Aschoff et Bacmeister les calculs cholestériniques se développent sans le concours de l'infection, invoquée jadis par Naunyn pour la genèse des calculs biliaires, mais simplement par la stase biliaire. Ils seraient donc d'origine asep-



lique. Ce n'est que plus tard que l'obstruction plus ou moins complète du canal cystique donne lieu à des phénomènes infectieux et à la naissance de calculs multiples à facettes qui eux seraient toujours dus à l'infection. Ainsi s'expliquerait la coexistence d'un calcul cholestérinique d'obstruction derrière lequel sont logés des calculs multiples à facettes ce qui est, comme nous l'avons dit plus haut d'observation courante.

Dans le cas que nous venons de relater, il n'y avait pas d'autres calculs endehors du gros calcul du canal cystique. Si on admet que celui-ci est né dans une bile aseptique, en conformité avec la théorie d'Aschoff et Bacmeister, et qu'il a fait assez tôt une obstruction complète du canal cystique on comprend que la vésicule n'a pas été infectée et a évolué vers l'hydrocholécyste aseptique. Ainsi s'expliquerait l'absence complète de réaction péricholécystique.

Dr SCHERER

A propos d'un cas de tuberculose du larynx

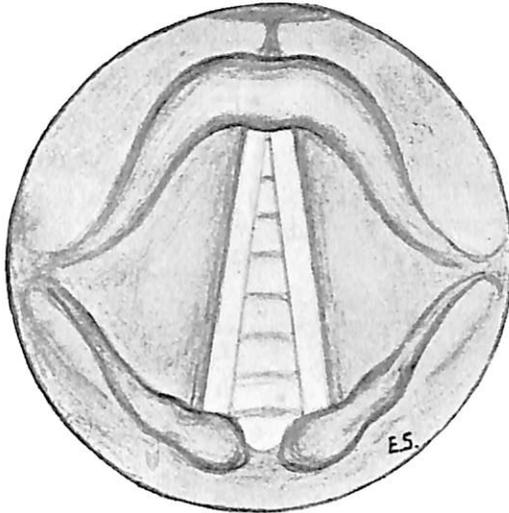
Le 12 mai 1938 s'est présenté à mon cabinet un malade de 40 ans qui s'est plaint d'une dysphagie datant depuis 2 mois environ. En même temps que s'était déclarée la dysphagie, il avait trouvé que sa voix était un peu enrouée. Le malade avait un aspect assez sain. Il n'avait pas l'air maigre, mais il disait avoir maigri de quelques kilos dans les derniers temps. Il rapportait cet amaigrissement au fait qu'il ne mangeait plus autant qu'avant parce qu'il avait trop mal en avalant.

A l'examen je constatais une luette oedématiée, comme on est habitué à la voir dans les abcès périamygdaliens. L'image laryngée montrait de même un oedème gélatineux grisâtre qui avait envahi la face laryngée de l'épiglotte, les deux berges internes des ailes thyroïdiennes, très fortement les deux bandes ventriculaires et surtout les deux arythénoïdes. Les arythénoïdes étaient bien mobiles. Cet oedème volumineux ne provoquait aucune gêne de la respiration. Les cordes vocales étaient un peu injectées et flasques. On ne voyait pas de glaires, ni dans le larynx, ni dans la trachée.

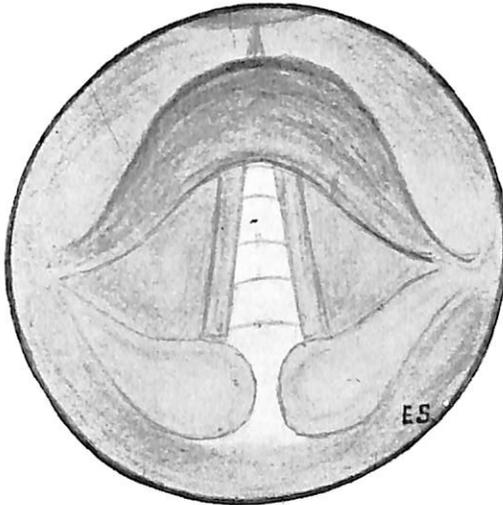
La première chose à faire était de rechercher une infection locale ou de voisinage ayant pu engendrer un tel oedème. La seule cause d'infection possible à voir était une amygdale cryptique caséeuse, mais qui n'était certainement pas telle à provoquer un si grand oedème. Il restait à penser à un mal de Bright, un oedème de Quinke, la tbc et éventuellement la syphilis.

L'anamnèse ne faisait guère penser au mal de Bright. Pour la tbc plaidait l'aspect général des lésions, et éventuellement l'amaigrissement. Mais à part cela, pas de toux, pas d'expectoration, pas de sueurs nocturnes. En ce qui concerne la syphilis le malade me dit que quelque temps avant on avait fait faire, je ne sais à quelle occasion, une analyse du sang qui était restée négative.

Je conseillai alors au malade de se faire faire une radio des poumons. Comme le malade venait de quitter peu de temps avant le sanatorium de Weilerbach où il était resté quelque temps pour «calmer ses nerfs», il préférait ne pas demander cette nouvelle dépense à son assurance, vu aussi



Larynx normal



le 12 mai 1938

que quelques années auparavant un examen des poumons était resté négatif. Il me reste à ajouter que le malade faisait l'impression d'un esprit un peu embrouillé et ses réponses étaient peu claires. Je lui donnai un traitement palliatif et lui demandai de revenir dans huit jours, tout en lui recommandant de revenir de suite, s'il ressentait la moindre gêne à la respiration.

Le 19 mai le malade est revenu me voir tout content. En effet les douleurs à la déglutition avaient cessé, et l'oedème avait disparu presque complètement. Seuls les arythénoïdes étaient encore un peu entrepris. Je pensai alors qu'il s'était agi d'un simple oedème de Quinke. Néanmoins, sans y insister, je recommandai encore une fois au malade de se faire faire une radio des poumons.

Je n'ai revu le malade que le 9 juin. Depuis quelques jours il présentait de nouveau un peu de dysphagie. A l'examen je vis que l'oedème avait de nouveau augmenté en gardant son aspect habituel. J'ai réinsisté auprès du malade pour avoir une radio des poumons, mais en vain.

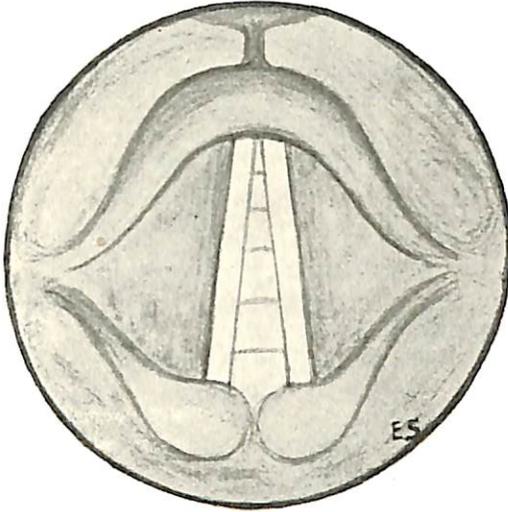
Le 16 juin le malade est revenu encore une fois, parce qu'il avait maintenant une assez forte dysphagie. A ma grande surprise on ne voyait plus l'ancien oedème; mais tout le larynx était d'un rouge sombre et fortement gonflé. Cette fois-ci le malade consentit à se faire radiographier avec le résultat que voici: Tuberculose fibro-caséuse des 2/3 du poumon gauche et du 1/3 du poumon droit.

Le malade est entré à Vianden quelques jours après. Mais bientôt il commença à devenir dangereux pour son entourage, et on a dû le transférer à Ettelbruck. Jusqu'à son transfert l'état du larynx était resté le même sauf une très légère ulcération sur une bande ventriculaire (Dr. Baekes). A Ettelbruck on a fait le diagnostic de méningite tuberculeuse avec délire confusionnel. Une ponction lombaire n'a pas été faite. Le malade est mort quelques jours après. L'autopsie n'a pas été faite.

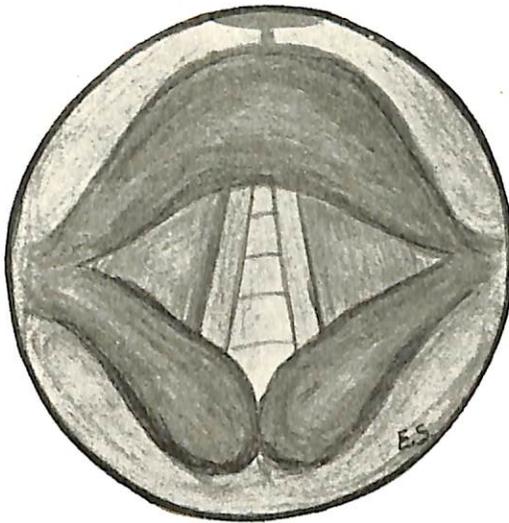
Cette observation est intéressante à mon avis à deux points de vue. D'abord au point de vue ORL l'évolution de cette tuberculose laryngée est tout à fait exceptionnelle. En effet d'ordinaire l'oedème est presque toujours insignifiant à côté des lésions inflammatoires et ulcéreuses que l'on trouve presque sans exception. J'explique cette évolution comme ceci: les bacilles ne sont pas pénétrés dans le larynx, véhiculés par les crachats, mais ont été disséminés de leur foyer pulmonaire par voie sanguine. Les bacilles ont formé ainsi sous la surface de tout le larynx des tubercules qui ont probablement par leur nombre et leur rapide croissance gêné la circulation sanguine et provoqué l'oedème. En s'approchant de plus en plus de la surface laryngée ils ont provoqué cette hypertrophie lardacée, inflammatoire. L'évolution trop rapide de l'état général ne leur a plus laissé le temps de percer la surface laryngée pour former des ulcérations.

An point de vue de médecine générale l'observation est intéressante parce que le malade ne présentait pas de signe de tuberculose pulmonaire bien net, et l'état des poumons n'a été révélé que grâce à l'atteinte du larynx, ce qui est assez

rare pour une tuberculose pulmonaire si avancée que ça. De plus l'évolution de cette tuberculose pulmonaire, c. à. d. cette généralisation et cette issue précipitées sont plutôt exceptionnelles. Il est vrai que peut-être l'autopsie aurait pu montrer encore quelques faits intéressants. Il a dû certainement se



le 19 mai 1938



le 16 juin 1938

passer quelque chose du côté du cerveau, car on ne peut s'empêcher de chercher une relation entre l'état nerveux antérieur du malade et le délire final qui a nécessité son internement.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1938

Destruction d'un fil de cerclage de la rotule. — M. LOUTSCH rapporte le cas d'un malade venant consulter pour des douleurs articulaires et un gonflement considérable du genou. Ce genou a été le siège d'une fracture de la rotule qui a été cerclée par un fil de bronze il y a 7 ans. La radiographie montre que le fil s'est cassé en 6 morceaux. L'ablation de ces fragments — assez délicate d'ailleurs — amène la guérison.

Présentation d'une radiographie de métastases cancéreuses ayant complètement détruit les os du bassin. — M. LOUTSCH.

Anomalie congénitale de la clavicule. — M. WORRÉ.

Tumeur médiastinale ant. d'origine probablement thyroïdienne. — M. WORRÉ.

Abcès du poumon chez un enfant traité par le benzoate de soude intraveineux. — M. WORRÉ.

Sigmoidite d'origine génitale chez un homme. — M. HERTZ.

Il est de notion courante que les infections génitales chez la femme sont susceptibles de se compliquer de rétrécissement sigmoïdien, par contre ces lésions sont beaucoup plus rarement décrites chez l'homme. Leur intérêt clinique et thérapeutique est cependant assez important pour que nous nous permettions de vous présenter le cas que nous avons pu observer au cours de cette année.

Il y a 18 mois un de nos confères, le docteur Knebgen, nous envoya un de ses malades pour des troubles intestinaux. C'était un homme de 68 qui présentait un syndrome typique d'obstruction intestinale. Depuis quelques mois il accusait en effet une constipation progressive rebelle de plus en plus à la thérapeutique; elle s'était même compliquée depuis un mois de crises douloureuses paroxystiques caractéristiques; débutant dans la fosse iliaque droite elles se propageaient vers le flanc gauche; elles s'accompagnaient d'un paroxysme maximum au niveau de la fosse iliaque gauche, et se terminaient par un besoin d'aller à la selle et, d'une façon incons-

tante d'émission de glaires ou de selle liquide. Une asthénie avec anorexie et amaigrissement accompagnait ce syndrome fonctionnel. L'examen physique montra une distension coecale; au toucher rectal on trouva une grosse prostate. Le malade était d'ailleurs en traitement depuis longtemps pour une cystite ayant compliqué cette hypertrophie prostatique. A première vue les troubles fonctionnels agouillaient vers l'hypothèse d'une néoplasie sigmoïdienne.

Le lavement nous montra une distension rectale importante, un arrêt au début du sigmoïde, un passage tardif à travers un sigmoïde irrégulier, un remplissage normal de tout le colon restant. La radiographie précisa ces données en montrant que le sigmoïde était très irrégulier avec des contours en accordéon mais sans image lacunaire typique, une étendue considérable de la diminution du calibre mais pas d'image de rétrécissement localisé. Le diagnostic de sigmoïdite nous sembla probable mais son étiologie précise méritait d'être discutée.

Il ne sembla pas s'agir d'une sigmoïdite secondaire à une diverticulose ou diverticulite, ni la clinique ni la radio n'en fournissait aucune présomption. Par contre, le diagnostic de sigmoïdite secondaire à un néoplasme pouvait être invoqué au début. L'apparition de ce syndrome colique chez un sujet âgé, l'altération de l'état général avaient au premier abord fait envisager cette hypothèse mais les résultats radiologiques, l'image en accordéon, l'étendue de cette image, l'absence de rétrécissement serré onus faisaient écarter cette hypothèse. Et faisant état de la longue infection vésicale présentée par ce malade nous faisons de cette manifestation rectale une complication de son état vésical.

Affirmer ce diagnostic avait une double conséquence:

- 1° C'était considérer cette lésion intestinale comme secondaire et prévoir par conséquent l'échec de toute thérapeutique intestinale.
- 2° C'était montrer la nécessité absolue d'un traitement radical de ses lésions vésico-prostatiques.

Malgré l'âge avancé du malade et son état précaire on pratiqua une cystostomie suivie quelques semaines plus tard d'une ablation de la prostate que le malade supporta très bien (opérateur Docteur Knehen).

Depuis les troubles intestinaux ont rétrogradé progressivement et aujourd'hui 18 mois après l'intervention le malade ne prend un laxatif doux que tous les deux jours pour avoir une selle régulière.

Cette observation nous prouve donc que la survenue de troubles intestinaux au cours d'une hypertrophie de la prostate ne constitue pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale mais bien au contraire un argument de plus en sa faveur, puisque les lésions intestinales régresseront avec la disparition de la lésion génito-vésicale. Elle met ainsi en évidence l'intérêt clinique, pronostique et thérapeutique de la notion de sigmoïdite d'origine génitale chez l'homme.

Traitement de l'urétrite gonococcique par les sulfamides. —

M. DEMUTH.

Un cas de tuberculose de l'articulation de l'épaule chez la vache. —

M. SPARTZ montre la pièce anatomique d'une telle lésion extrêmement rare chez la vache et toujours d'origine traumatique.

Luxation du semilunaire. —

M. FABER rapporte plusieurs cas et expose la réduction par moyens orthopédiques.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1938

La lithiase pancréatique chez la vache. — M. SPARTZ.

Au point de vue pathologique, le pancréas constitue un organe qui joue un rôle tout à fait insignifiant en pathologie vétérinaire.

Sa situation profonde, qui ne permet pas d'exploration du vivant des animaux, l'absence de symptômes cliniques palpables se manifestant à la suite de la présence d'agents morbifères ou d'altérations dans la structure ou les fonctions sécrétoires, en sont la cause.

Le diabète est très rare chez nos animaux domestiques, les relations étroites qui existent entre cette maladie et les affections du pancréas, ont obtenu un regain d'actualité en médecine humaine à la suite de la découverte de l'insuline, mais les maladies constitutionnelles imputables à des troubles dans la fonction physiologique du pancréas, n'ont qu'une importance très restreinte en clinique vétérinaire.

La lithiase pancréatique est la seule affection qu'on puisse observer dans la pratique de l'abattoir.

La boucherie ne faisant pas d'emploi du pancréas, cet organe est livré au coche, sans qu'il ait été soumis à un examen approfondi, à moins que les altérations microscopiques — néoplasmes, abcès — n'attirent l'attention au moment de l'habillage des animaux. Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsque l'abatteur incise la glande ou le canal de Wirsung au moment de l'habillage, que l'attention est attirée par la présence sur la surface de section, de calculs arrondis, tranchant par leur coloration d'un blanc nacré sur la teinte jaune clair de la glande.

De forme arrondie ou légèrement ovoïde, à peine visibles, du volume d'une grosse tête d'épingle, de consistance pierreuse, les calculs pancréatiques, toujours très nombreux, sont constatés chez les vaches âgées, ayant présenté à différentes reprises des troubles digestifs très vagues.

Généralement juxtaposés dans le canal de Wirsung comme les grains d'un chapelet, les calculs peuvent siéger dans toutes les ramifications du canal et même dans les culs-de-sac glandulaires.

Deux cas remarquables par le nombre des calculs, ont été constatés en 1938 sur deux vaches abattues à l'abattoir de Luxembourg. Sur l'une des vaches, en parfait état de santé, grasse, l'incision du pancréas fait apparaître plusieurs centaines de calculs blancs, juxtaposés, du volume d'une grosse tête d'épingle à un petit pois. Les calculs sont arrondis ou à petites facettes et siègent dans toutes les

parties de la glande, jusqu'à l'origine des canalicules glandulaires. La glande et le canal de Wirsung ne présentent pas d'altérations macroscopiques, les canaux glandulaires sont toutefois plus larges que normalement.

L'autre vache, grasse et sans signes cliniques quelconques, présente à l'incision du pancréas 55 calculs volumineux, d'un blanc nacré, tantôt arrondis, tantôt polyédriques, du volume d'un gros pois à une noix.

Les gros calculs sont exceptionnels, la calculose pancréatique ordinaire est constituée par du sable pancréatique, dont les grains ressemblent tantôt à du sel de cuisine pulvérisé, tantôt à des amas de têtes d'épingle ou de petits pois.

Les canaux pancréatiques sont alors bourrés au point que le passage du suc pancréatique est fortement obstrué.

Quant à la genèse de la calculose pancréatique, M. le professeur Gabriel Petit de l'École d'Alfort est d'avis que les calculs constituent un épiphénomène de l'inflammation catarrhale des canaux excréteurs et qu'ils ne sont pas conditionnés par une richesse anormale du sac pancréatique en principes minéraux.

Une dent canine avec un développement anormal rare: odontome radiculaire. — M. WALDBILLIG.

Ectasie de l'aorte avec signes d'insuffisance cardiaque. — M. HERTZ.

L'évolution des aortites ectasiantes est dominée dans la majorité des cas par les signes d'aortite ou les signes tumoraux; dans le cas que nous vous présentons le tableau clinique se résume dans les signes d'insuffisance cardiaque.

Au mois de mars de l'année 1938 nous sommes appelé d'urgence la nuit auprès d'une femme en proie à une suffocation extrême. Un rapide interrogatoire nous apprend que la malade est soignée depuis de longues années pour des signes cardiaques: elle a fait à de nombreuses reprises des crises dyspnéiques, moins violentes que la dernière. C'est en poursuivant un traitement homéopathique, qu'elle ne voulait pas interrompre, qu'elle est arrivée à cet état grave.

Nous la trouvons en proie à une crise de dyspnée paroxystique d'une violence rare, angoissée, cyanotique anhéante elle ne peut répondre que très difficilement aux quelques questions que nous lui posons.

A cette dyspnée s'associe un oedème important des deux membres inférieurs, oedème cardiaque typique.

L'auscultation est difficile; on trouve une arythmie complète sans signes de lésion valvulaire: le pouls est rapide à 120 irrégulier, l'atension artérielle est de 14-8, le foie déborde de un travers et demi de main, il est douloureux régulier un peu dur cependant; la rate est palpable: aux deux bases on trouve une matité avec abolition de murmure.

Bref c'est un tableau d'insuffisance cardiaque grave avec gros signes respiratoires; nous pensons qu'il s'agit d'une arythmie com-

plète aboutissant d'une lésion valvulaire que l'on reconnaîtra lorsque le coeur sera régularisé. Le traitement classique est institué. Saignée, ventouses ouabaïne morphine. Le lendemain nous évacuons 900 cmc à droite, 800 à gauche; nous portons un pronostic assez réservé. Sous l'influence d'une série d'ouabaïne, suivie d'une cure digitalique, la situation se rétablit cependant assez vite. La diurèse est abondante, le sommeil revient; la dyspnée disparaît, le coeur se régularise et au bout de quinze jours nous demandons à la malade de se soumettre à un examen radiologique pour préciser l'état de son coeur et pour trouver la cause de cette insuffisance cardiaque qui nous restait inconnue.

L'examen, clinique et radiologique, nous réserve des surprises.

À l'inspection on trouve en effet une petite tumeur: elle siège au niveau du deuxième espace intercostal droit tout près du sternum; elle est arrondie régulière et surtout nettement battante et expansive; au palper cette tumeur est le centre d'un battement synchrone au pouls, à l'auscultation on entend un double claquement. Le diagnostic d'ectasie s'impose avec toute évidence.

La radioscopie nous frappe par l'étendue de cette ectasie. C'est une poche volumineuse qui remplit tout le tiers moyen du médiastin supérieur: elle est régulière battante expansive, en connexion nette avec l'aorte dans toutes les incidences.

Le coeur par contre semble petit en regard de cette énorme tumeur. Le médiastin est entièrement libre.

Cette ectasie énorme nous fait redouter les pires éventualités pour un avenir rapproché. C'est la malade qui nous tranquillise dans une certaine mesure: un pronostic fatal à brève échéance a été posé il y a six ans par un professeur de clinique. Et effectivement l'évolution ultérieure ne va pas du tout confirmer nos craintes.

Malgré un BW négatif (il a été positif auparavant) onus instituons un traitement par le bismuth en même temps qu'un léger traitement tonocardiaque. (Carditone Lancereaux, Digitaline à petites doses.) Et contre toute attente l'état fonctionnel se maintient excellent. Le malade vaque à ses occupations sans aucun trouble fonctionnel et pendant un an n'a eu aucun jour d'incapacité du fait de son affection cardiaque.

Ainsi donc il nous a paru intéressant de rapporter ce cas d'ectasie en raison de ses particularités cliniques l'absence de tout trouble aortique ou tumoral, l'importance des signes d'insuffisance cardiaque; en raison de ses particularités évolutives aussi: la rétrocession rapide et prolongée de tous les signes sous l'influence d'un traitement spécifique et tonocardiaque, la parfaite tolérance de cette ectasie énorme depuis des années.

Maladie de Reynaud chez une fillette de 9 ans. — M. FORMAN.

Deux observations de malades traités avec succès par les injections de Pérandrone. — M. FELTEN.

Premier cas. — Homme de 63 ans, qui depuis 6 mois se plaint de troubles de la miction: mictions multiples pendant la nuit: ne peut uriner fréquemment que quelques gouttes. Subitement il est

pris d'une rétention complète d'urine, à la suite d'un abus d'alcool. Pendant 3 jours il faut pratiquer un sondage des urines 2—3 fois par jour. Comme l'état général devient inquiétant, le malade est admis à la clinique pour pouvoir procéder à un examen complet. Il s'agit d'un homme obèse, pléthorique avec une tension artérielle de 19/10. L'examen de l'urine montre des traces notables d'albumine ainsi que quelques cylindres granuleux. Le taux de l'urée dans le sang est de 0.55 pro mille. Le toucher rectal montre une prostate considérablement augmentée de volume. Vu le résultat de cet examen, le chirurgien hésite à intervenir; on continue le sondage des urines pendant 4 jours. C'est alors qu'on se décide à faire des injections de Pérandrone. Cinq heures après la première injection, le malade arrive à faire quelques gouttes d'urine, ce qui provoque un soulagement immédiat. Le malade reçoit 5 injections de Pérandrone pendant 5 jours consécutifs; on ne procède au sondage qu'une fois par jour. A partir du quatrième jour on peut cesser le cathétérisme puisque le malade urine suffisamment. L'amélioration continue: depuis 5 mois le malade n'a plus eu besoin de traitement.

Deuxième cas. — Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui a l'air un peu débile, mélancolique, rêveur, s'endort après le repas, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose: il a le teint un peu pâle, la peau flasque, est amaigri: les organes génitaux sont insuffisamment développés; on peut presque parler d'absence de testicules; les caractères sexuels secondaires font complètement défaut.

Ce malade reçoit au cours de 5 mois une série de 18 injections de Pérandrone. Ce traitement a amené un grand changement dans l'état général. Les organes génitaux ont commencé à se développer, les caractères sexuels secondaires ont apparu, du moins en partie. le malade a eu le regard plus vif, il a plus d'ardeur au travail, il a augmenté de 3.5 kilos, les cheveux poussent plus drus etc. etc. de sorte qu'on peut parler d'une amélioration générale très appréciable.

Un cas de leucémie myéloïde aigue. — M. FELTEN.

Hier der Krankheitsverlauf. Es handelt sich um einen 9jährigen Patienten, der von Kleinkind auf sehr oft erkrankt war an Bronchitis, Angina, Pneumonie, submaxillarer Adénopathie; fehlte jedes Jahr monatelang in der Schule.

Klagte vom 10. August an über Müdigkeit in den Beinen, Appetitlosigkeit; er kam gerade zurück von einer Kur in dem Iod Bad Tölz wegen der Lymphdrüsenanschwellungen und schien bei gut wiederhergestelltem Allgemeinbefinden zu sein, so dass die plötzliche Müdigkeit desto unverständlicher schien. Er spielte zwar noch den ganzen Tag im Freien, musste aber abends die Treppe hinauf getragen werden, weil er sich zu müde fühlte.

Erster Besuch am 1. 9. 38.

Für sein Alter von 9 Jahren grosser aufgeschossener Junge, ziemlich mager, etwas blass im Gesicht; Zunge belegt, mandeln leicht gerötet, links etwas Belag mit 3 kleinen Flecken. Unter beiden Unterkiefern ausgedehnte Drüsenpakete; links ist eine Drüse in

eitriger Einschmelzung begriffen. Der Leib scheint etwas aufgetrieben zu sein; es besteht auch leichter Brechreiz. Normale Herzaktion: Puls 96. Temperatur rektal 38,3.

Lungenbefund o. B. Der Kranke ist matt, schwach, schwitzt viel, scheint kranker zu sein, wie der klinische Befund es erlaubt.

In den nächsten 2 Tagen kommt die Angina zum Abklingen, der Kranke wird wieder lebhafter, die Drüse am Hals entleert sich des Eiters: der Brechreiz hält an. Eine Urinanalyse ergibt folgenden Befund: Eiweiss 0,11% Farbe klar., bernsteingelb, wenig Leukocyten, viel Epithelzellen, vereinzelt granulierten Zylinder. Unter dem Einfluss von Diät und Ruhe nimmt der Eiweissgehalt in den folgenden Tagen sehr rasch ab, so dass er nach 5 Tagen noch 0,01% beträgt. Sediment o. B. Der obere Teil des Leibes nimmt aber immer mehr an Umfang zu: es zeichnet sich deutlich ein Leber- und Milztumor ab. Der Kranke ist fieberfrei. Eine Blutuntersuchung ergibt folgenden Befund:

Haemoglobin	60 %
Erythrocyten	2 680 000
Leukocyten	158 400
Blutbild: Myeloblasten	5 %
Myelocyten	60 %
Promyelocyten	6 %
Stabförmige, neutrophile	5 %
Polymorphkernige	4 %
Monocyten	3 %
Lymphocyten	17 %

Unter den Erythrocyten fanden sich Normoblasten und polychromatophile Formen.

Diagnose: **Akute myeloische Leukämie.**

Als Therapie wurde versucht: Bluttransfusion (es gelang aber nur 60 gr. zu übertragen). Cebion wurde in Injektion und per os gegeben. Dazu Hepamoxyl. Die Schwellung von Leber und Milz nahm immer mehr zu. Am 10. 9. stieg das Fieber auf 38,5.

Eine Blutuntersuchung am 12. 9. ergab folgendes Resultat:

Haemoglobin	44 %
Erythrocyten	3 420 000
Leukocyten	281 200
Blutbild: Myeloblasten	1 %
Myelocyten	52 %
Promyelocyten	3 %
Stabförmige neutrophile	5 %
Polymorphkernige	15 %
Monocyten	4 %
Lymphocyten	20 %

Keine Veränderungen in den roten Blutkörperchen.

Ueber die linke Schulter und Thoraxhälfte breiteten sich sehr rasch in einem halben Tage zahllose Furunkeln aus, an deren Spitze sehr schnell sich Eiterpusteln bildeten.

Im Laufe des 12. 9. traten überall am Körper Purpuraflecken auf.

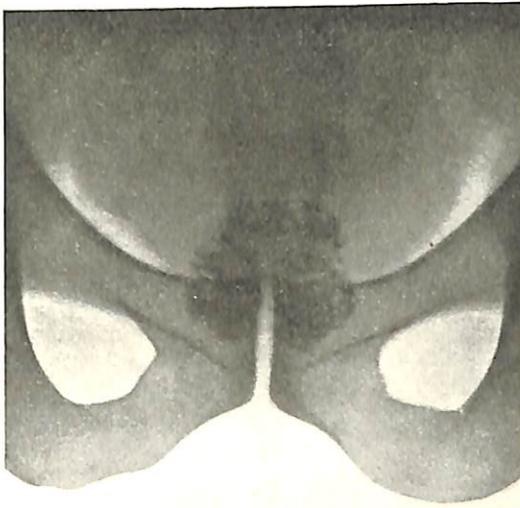
Das Kind starb am 13. 9. in zyanotischem Zustande, nachdem das Fieber am Vorabend noch auf 39,6 und 40 gestiegen war.

Die Frage stellt sich ob nicht die Leukämie schon vorher in latentem Zustande war und durch die Angina erregt in dieses hyperakute Stadium trat, das in ein paar Tagen zu letalem Ausgang führte. Der Fall ist in dem Sinne bemerkenswert, da diese Form von Leukämie im Kindesalter sehr selten auftritt.

Calcul de la prostate. — M. FABER.

Présentation d'une radiographie montrant une image très nette de calcification prostatique.

Ces calculs de la prostate sont rares, du moins dans nos contrées. Il existe cependant une maladie qui peut provoquer assez fréquemment la calculose prostatique, c'est la bilharziose urinaire fréquente en Egypte. A ce sujet il est curieux de rapprocher la ra-



diographie présentée à une autre, presque identique, publiée dans un article de J. Bitschaj et Thomas-Géorgéou et ayant trait à une calculose prostatique très accusée, associée à une bilharziose urinaire. (Contributions à l'étude de l'urologie en Egypte, in Journal de Radiologie et d'Electrologie, Tome 12 N° 8 Août 1938.) Ces auteurs prétendent que la sclérose prostatique d'origine bilharzienne donne souvent naissance à des calculs.

Dans notre cas il n'est pas exclu que la bilharziose ait joué un rôle étiologique dans la genèse de la calculose puisque le malade a séjourné pendant 10 ans au Congo belge. Il ne se rappelle cependant pas avoir présenté des troubles urinaires.

Dislocation du bassin. — M. FABER.

La dislocation du bassin (c'est-à-dire la rupture de la symphyse avec dislocation des deux articulations sacroiliaques) est une fracture plutôt rare puisque dans les grands traumatismes du bassin on voit surtout les fractures latérales totales.

Dans le cas dont je puis vous montrer aujourd'hui les radiographies avant et après la réduction il s'agit d'un jeune homme de 16 ans dont la fracture du bassin a été causée par un accident de motocyclette. On voit une énorme diastase de la symphyse et une dislocation des deux articulations sacro-iliaques. En plus de cela on constate une fracture de l'ischion gauche. Le blessé a présenté en outre une fracture de l'avant bras gauche et une fracture du pouce droit.

A première vue il semble facile de réduire la fracture du bassin par simple compression des deux os iliaques. En réalité cela ne se fait pas si facilement, et il est très difficile de rapprocher les deux fragments de la symphyse disloquée. Cette manoeuvre de la compression bilatérale ayant aussi échoué dans notre cas, j'ai eu l'idée de faire construire un crochet très pointu et très solide, avec lequel j'ai pu amarrer solidement (sous anesthésie à l'évipan) l'un des arcs pubiens. Grâce à la traction énergique s'attaquant directement à l'os, le rapprochement de la symphyse fut rendu beaucoup plus facile et plus efficace. La contention et le traitement ultérieur fut poursuivi par un hamac à extension croisée, s'opposant à une nouvelle dislocation. Le résultat fut parfait. Après 10 semaines le blessé put se lever et 3 mois après l'accident le blessé put marcher sans boîter. Je pense que le crochet, dont je me suis servi dans ce cas, pourrait servir utilement à la réduction de fractures d'os, qui par leur situation superficielle et souscutanée sont souvent atteints d'enfoncement. On connaît la difficulté de la réduction de telles fractures sur les fragments desquelles on n'a pas eu de prise. C'est surtout l'enfoncement de l'arcade supérieure de l'orbite, la fracture de l'arc zygomatique avec enfoncement, peut-être quelques fractures de la clavicule, la fracture de l'os iliaque avec enfoncement de l'arcade, de même que certaines fractures du calcaneum qui pourraient être réduites au moyen du crochet en question. A noter que la cicatrice laissée par le crochet est punctiforme et pratiquement invisible.

Cancer du rectum. —

M. FELTGEN fait la communication qu'il observe un malade atteint depuis 2 ans d'un cancer du rectum.

Le malade se porte relativement bien et n'accuse pas de symptômes fortement marqués du mal, ni d'incidents aggravant, ce qui paraît un peu extraordinaire.

C'est surtout la durée aussi de l'affection qui semble frappante. Quant à ce dernier point, le confrère, appuyé par l'assistance, souligne que le cancer du rectum dure assez souvent jusqu'à 4, voire 5 ans et très exceptionnellement plus, avant de mener à l'issue fatale, qui lui est malheureusement propre.

C'est vraisemblablement la forme de la tumeur, ses dimensions et notamment son emplacement qui, en cette occurrence, présentent un facteur prépondérant et puis... une certaine «inconnue» qui nous échappe complètement.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1938

Déformations constatées sur des squelettes préhistoriques.

M. FELTGEN rend attentif à diverses excroissances observées aux squelettes préhistoriques découverts ces dernières années dans la vallée de l'Ernz Noire, près de Reuland. A son avis, il s'agit d'exostoses pathologiques, arthritiques, notamment goutteuses. Elles sont pour la plupart, approximativement stalactiformes, de volume variable, occupant surtout les côtes, mais plus particulièrement les os de l'avant-bras. Ces exostoses ressemblent à des dégénérescences syphilitiques ou scrofuleuses, mais rappellent tout de même plutôt des produits de dépôts uriques isolés, comme Virchow en a décrit et qui envahissent de préférence la spongieuse des phalanges.

Notre confrère pense revenir sur ce sujet plus tard, quand tous les squelettes préhistoriques du Mullerthal, trouvés jusque-là, seront reconstruits.

A propos d'un cas de crises épileptiques survenues après traumatisme crânien. — M. FELTGEN.

M. FELTGEN fait mention d'un cas d'épilepsie probablement consécutif à un traumatisme du crâne. L'accident date de vingt ans sonnés: le cas a été observé le 3 novembre 1938 et la chute de bicyclette, provoquant une forte contrusion au crâne, s'est effectuée vers la même époque de l'an 1918. Deux de nos confrères avaient pratiqué dans le temps une trépanation qui fut reprise tout récemment par un troisième chirurgien, consulté occasionnellement.

Notre confrère dit avoir mentionné le cas pour le motif que des observations de ce genre, concernant l'étiologie du mal, ont déjà été faites de part et d'autre, mais qu'elles ne sont certainement pas très nombreuses. Il se rappelle que Bardenheuer, lors d'un cours pratique sur les soins à apporter aux sinistrés, cours donné à Cologne, il y a environ une trentaine d'années, a attiré tout spécialement l'attention de ses auditeurs sur un cas, où un écolier de sept ans, tombé d'une voiture en marche et se blessant au crâne, fut, par suite d'attaques épileptiques survenues dix ans plus tard, trouvé porteur d'éclats de la Lamina vitrea, à la place-même de la contusion crânienne mentionnée plus haut.

Cas d'un état asthmatique très grave cédant à des injections intra-veineuses de vitamine C. — M. FELTEN.

Femme de 64 ans qui souffre depuis des années à intervalles réguliers de bronchite chronique accompagné d'asthme. Elle fait une nouvelle crise d'asthme qui au début ne semble pas plus grave que les autres, mais qui ne cède nullement à la médication habituelle (médication interne). C'est alors qu'on se décide à faire des injections d'asthmolysine, d'éphedrine, de perphyllone etc. Après un soulagement minime d'une demi heure, la crise asthmatique reprend de plus belle. La malade entre dans un status asthmaticus avec cyanose prononcée de la face et des membres, de sorte que son état devient très alarmant. Une saignée suivie d'une injection

de cardiazol-éphédrine n'a qu'un effet passager. Inutile de dire que ventouses, inhalations, instillations de bronchovydrine etc. avaient été essayées sans succès. L'état asthmatique durait depuis 3 jours et 3 nuit sans arrêt, lorsqu'en dernière instance on eut recours à des injections de vitamine C. On injectait en l'occurrence, par voie intraveineuse lente 200 mg. de Redoxon Roche. Trois heures après la première injection, on put noter une amélioration notable. On répétait les injections à raison de deux par jour. Au bout de 2 jours, l'asthme était conjuré et la malade entraînait en voie de guérison.

Présentation d'une vésicule ladrique d'un boeuf. — M. SPARTZ.

Présentation d'un anévrisme de l'artère mésentérique du cheval. — M. SPARTZ.

Quelques réflexions au sujet du fonctionnement du service de la transfusion du sang dans le Grand-Duché. M. DEMUTIL.

SÉANCE DU 1^{er} DÉCEMBRE 1938

Accident dû à une injection de novarsénobenzol. — M. DEMUTIL.

Ulcère de la face antérieure du pylore. — M. HERTZ.

Autant est fréquent l'ulcère des faces du duodénum, autant est rare l'ulcère des faces pyloriques. Nous avons eu l'occasion d'observer un de ces cas que nous nous permettons de vous présenter en raison de sa rareté et des particularités de ses signes radiologiques.

Ils sont apparus il y a 5 ans après une indigestion caractérisée par des vomissements et de la diarrhée. Ce sont des douleurs épigastriques, paraombilicales sans irradiation, à type de crampe ou de torsion, très intenses, elles ne sont influencées ni par le repos ni par l'alimentation. Elle surviennent dès le réveil, durent toute la journée sans paroxysme marqué. Elles ont toujours évolué d'une façon tout-à-fait irrégulière sans aucune périodicité, elles sont exagérées par l'absorption de pois, de lentilles et de graisses. Aucune nausée, aucun vomissement, aucune modification des selles n'accompagne cette douleur.

Ces douleurs survenaient très rarement pendant 1-2 jours, mais depuis trois semaines elles durent presque en permanence et c'est la raison pour laquelle le malade est venu nous voir.

C'est une jeune homme de 21 ans, maigre, sans aucun autre antécédent digestif. Il aurait été hospitalisé il y a 10 ans pendant quelques mois pour tuberculose pulmonaire qui n'aurait plus donné aucun symptôme depuis.

Son père est mort à 64 ans, mort subite, sa mère est bien portante comme sa soeur.

A l'examen clinique on ne note rien de particulier, la tension est de 12-8, les autres appareils sont normaux.

A la radioscopie on note: du liquide à jeun, une hypotonie et une hypocinésie gastrique, un arrêt à la partie moyenne de D III

et surtout à la partie inférieure du duodénum il semble y avoir une évagination importante, permanente. Le cliché confirme cette impression et montre nettement un diverticule ovoïde régulier, rattaché par un petit pédicule au reste de l'image gastrique. Cette image se retrouve sur plusieurs clichés.

Nous interprétons cette image comme celle d'un diverticule; malgré la rareté des diverticules de cette région qui, le plus souvent, s'accompagnent d'ulcère nous nous arrêtons à ce diagnostic; quoique nous rattachions qu'à regret cette dyspepsie douloureuse mais non périodique à un diverticule qui ne semble pas enflammé et qui n'est pas douloureux au palper.

Nous conseillons au malade un traitement médical par le bismuth et la belladone.

La persistance des douleurs nous conduit à conseiller le repos au lit pendant quelques jours et l'injection de deux séries de 20 injections de larostidine. Les douleurs disparaissent mais l'image radiologique reste la même.

Au cours du mois de juillet le malade doit être opéré d'urgence par le docteur Loutsch pour une appendicite aiguë.

Une sédation de quelques mois se produit. Mais à la fin de septembre les douleurs reprennent plus violentes qu'auparavant rebelles au traitement. La radio montre une augmentation considérable du diverticule, un retard léger de l'évacuation gastrique. Le malade qui doit travailler réclame de lui-même l'intervention.

La gastrectomie est faite par le docteur Loutsch le 15 novembre 1938. A l'intervention on trouve dans la région pylorique un diverticule important du bord inférieur haut de 1,5 cm environ, large de 6 cm à peu près. Mais surtout on trouve à l'ouverture de l'estomac un ulcère de la face antérieure de la grandeur d'une pièce de 0,50 fr.

Les suites post-opératoires sont favorables, les douleurs disparaissent complètement et à la date du 24 mars 1939 le malade se porte tout-à-fait bien.

Cette observation nous semble intéressante à plus d'un point de vue.

1° Au point de vue symptomatique il convient de noter le caractère atypique des symptômes, évolution continue des douleurs, irrégularité de leur reproduction, absence de toute influence alimentaire. On aurait pu penser à une dyspepsie banale. Malgré la proximité du pylore il n'existe aucune note clinique orificielle, pas de vomissement, pas d'influence alimentaire.

2° Au point de vue radiologique deux faits nous semblent intéressants.

a) La localisation de l'image qui à première vue semble bien appartenir au duodénum; alors que ce dernier est en général facile à reconnaître nous voyons ici que ce diagnostic topographique peut parfois être difficile.

b) La nécessité de toujours soupçonner un ulcère lorsqu'on trouve un diverticule de cette région; il ne faut attribuer que sous

réserve à un diverticule les signes cliniques mêmes lorsqu'ils sont aussi atypiques comme dans notre cas il faut toujours rechercher l'ulcère avec des techniques radiologiques spéciales.

3^o Nous voyons ici encore une fois que si la larostidine agit sur les signes fonctionnels, les lésions anatomiques n'en paraissent pas du tout modifiées.

Pied plat valgus douloureux. —

M. LOUTSCH rapporte l'observation d'un jeune homme qui à la suite d'un accident de foot-ball présente une impotence douloureuse du pied droit avec énorme gonflement, dont un cliché radiographique fait à première vue penser à une luxation de l'astragale. En réalité un examen plus approfondi montre qu'il s'agit d'une tarsalgie avec forte contusion surajoutée sans lésion récente. Présentation des radiographies.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1939

Examen médico-légal de deux empoisonnements par l'arsenic. —
M. L. MOLITOR.

Un cas d'intoxication chronique par le plomb à évolution fatale. —
M. L. MOLITOR.

Un cas de syphilis rebelle à tout traitement. — M. DEMUTH.

Un cas de mollusum fibrorum. — M. FELTGEN.

M. FELTGEN fait un communiqué au sujet d'un cas de dermatose. A première vue, on a l'impression que donne le *mollusum fibrosum* = fibroma molluscum-Cutis pendula. Les excroissances de la peau sont pour la plupart non pédunculées, elles se présentent presque toutes plates, molles au toucher, à épiderme normal... quant à la structure et à l'aspect.

Les fibromes ont pour la plupart la grosseur d'un grain de plomb, ou d'un pois, ou d'un petit oeuf de pigeon. Deux de cette dernière grosseur se trouvent au pli de l'avant-bras, ils sont pédiculés et d'un teint livide. Comprimés entre pouce et index, la plupart des fibromes donnent la sensation qu'on a en touchant des poches cutanées vides, les deux plus grosses cependant contiennent une substance résistante au toucher et craquant sous la pression des doigts. Cette substance est ordinairement (d'après Eichhoff) du tissu conjonctif récemment formé et qui prend naissance dans le corium (Lederhaut).

Il y avait 12 de ces excroissances cutanées dans le pli de l'avant-bras droit, toutes de la grosseur d'un pois.

2 avaient les dimensions d'un petit oeuf de pigeon, pédiculées, teint livide, à l'intérieur substance solide craquant sous la pression des doigts.

12 autres se trouvaient dans le pli de l'avant-bras gauche., d'autres sur la poitrine, sur l'abdomen, quelques douzaines autour du cou, 5 sur le menton.

Une plus grosse, solitaire, dans le cuir chevelu de la région frontale, elle affecte l'aspect d'une «loupe» et que son porteur range parmi les ganglions (Iwerbän).

Quant ces excroissances se trouvent à des endroits où elles ne gênent pas, on peut les ignorer, quand elles sont placées par contre à des endroits, où elles peuvent causer une gêne sensible, p. ex. sur les paupières ou à des endroits exposés au frottement des vêtements, ou encore, si elles accusent le volume d'un poing p. ex., il faut bien les éloigner chirurgicalement. L'étiologie en est obscure.

Les «fibromes» (?) en question ressemblent à s'y méprendre à la lèpre tuberculeuse (*Lepra tuberosa* seu *cutanea* par opposition à *Lepra nervorum* (*anesthetica*)). Le confrère Felgen en montre une illustration contenue dans l'ouvrage de J. L. Alibert: «Description des maladies de la peau (Bruxelles, 1825).

SÉANCE DU 5 JANVIER 1939

Les diverticules de Meckel chez les bovins. — M. SPARTZ.

Rupture traumatique de la rate. — M. MARX.

Trois observations de cancer gastrique chez des femmes jeunes. — M. HERTZ.

Epiphysites douloureuses. Présentations de radiographies. — M. FABER.

SÉANCE DU 2 MARS 1939

Chondromes de la main chez un enfant hérédo-syphilitique. — M. LOUTSCH.

Arthropathies psoriasiques survenues chez un syphilitique tertiaire après ponction lombaire. — M. DEMUTH.

Deux cas de cow-pox chez deux soeurs. — M. DEMUTH.

Une observation d'emphyème pleural à caractères particuliers. — M. FELTEN.

Présentation d'un coeur de vache atteint d'hypertrophie graisseuse et d'une lésion proliférante énorme de la valvule atrio-ventriculaire droite. — M. SPARTZ.

Nouvelles et Informations

Société luxembourgeoise de Chirurgie.

Une société luxembourgeoise de Chirurgie, avec siège à Luxembourg, a été constituée le 19 août 1938. Le comité se compose des docteurs *N. Pauly*, président, *Ch. Marx*, secrétaire, et *Houdremont*, trésorier. Nous formons les voeux les plus sincères pour la brillante réussite de l'oeuvre entreprise.

Un encouragement.

Monsieur *Leriche* nous écrit au sujet du premier numéro de notre bulletin (le 4. 11. 38):

«En rentrant chez moi, après une longue absence, je trouve le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché. Je veux vous en féliciter et me remercier de l'aimable envoi de ce fascicule si intéressant; je ne l'ai pas feuilleté, je l'ai lu. Continuez.»

Distinction.

Notre membre correspondant, le Docteur *G. Derscheid*, membre du Conseil de Direction et du Comité exécutif de l'Union Internationale contre la Tuberculose vient de se voir décerner par le Gouvernement français, la croix de chevalier de la Légion d'honneur et a été nommé membre correspondant de la Société française d'Études Scientifiques sur la Tuberculose.

Bibliothèque.

Notre bibliothèque a pu enregistrer au cours des derniers mois des dons importants de la part des confrères *Forman* et *Feltgen*. Nous tenons à exprimer encore une fois aux généreux donateurs nos bien vifs remerciements.

Congrès.

Le Gouvernement avait envoyé le Dr. *J. Faber*, président de notre société, comme délégué officiel au Congrès International de Chirurgie qui se tenait à Bruxelles du 19-22 septembre 1938.

Voici le rapport qui a été adressé au Gouvernement à la suite de ce Congrès:

**Rapport sur le Congrès International de Chirurgie, Bruxelles
19-22 septembre 1938.**

Du 19 au 22 septembre 1938 a eu lieu à Bruxelles le XI^{me} Congrès de la Société Internationale de Chirurgie auquel le soussigné a eu l'honneur d'être délégué par le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

C'est la première fois que le Luxembourg a été représenté officiellement au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie et c'est aussi la première fois que des chirurgiens luxembourgeois prennent part à ce congrès. En effet jusqu'ici le Luxembourg ne pouvait pas figurer comme participant au congrès international de Chirurgie parce qu'il n'existait pas jusqu'ici de Société luxembourgeoise de Chirurgie. La Société de Chirurgie Internationale ne groupe en effet exclusivement que les Sociétés Nationales de Chirurgie des différents pays.

La Société luxembourgeoise de Chirurgie ayant été récemment constituée, elle avait adressé immédiatement sa demande d'admission à la Société Internationale de Chirurgie. Celle-ci fut accueillie favorablement et dans la réunion du Comité International de la Société Internationale de Chirurgie du 19 septembre 1938 la Société luxembourgeoise de Chirurgie fut admise à l'unanimité.

Nous avons tout lieu d'être fier de cette affiliation qui allie le petit Luxembourg aux grandes puissances dans leur travail scientifique commun.

Les congrès de la Société Internationale de Chirurgie se tiennent tous les 3 ans dans une Capitale d'un des pays affiliés. Le congrès de cette année devait se tenir à Vienne. Les préparatifs du congrès étaient déjà très avancés lorsqu'un décret de Berlin en rendait l'exécution impossible. C'est donc pour ainsi dire au dernier moment que le congrès fut organisé à Bruxelles. Disons en passant que la Société Internationale de Chirurgie a été fondée à Bruxelles et que le mérite de la réussite du congrès de cette année comme d'ailleurs de toutes les manifestations de la Société Internationale de Chirurgie revient au très actif Secrétaire-Général le docteur Léopold Mayer.

Le congrès de Bruxelles groupait 40 pays avec environ 500 congressistes. La Société Luxembourgeoise de Chirurgie était représentée par les Drs. Marx, secrétaire et Houdremont, trésorier de la Société.

Grâce à l'organisation parfaite de la part des confrères belges le congrès eut un succès éclatant.

La séance d'ouverture eut lieu dans la somptueuse salle de séances du Sénat sous la présidence de Monsieur Merlot, Ministre de l'Intérieur et de la Santé Publique.

Dans cette séance prirent successivement la parole M. Merlot, Ministre de l'Intérieur et de la Santé publique;

M. Adolphe Max, Ministre d'Etat, bourgmestre de Bruxelles;
 M. le Prof. Dustin, recteur de l'Université libre de Bruxelles;
 M. le Prof. Jean Verhoogen, président du Comité International.
 M. le Prof. D. Giordano (Venise) au nom de tous les étrangers;
 M. le Prof. Léopold Mayer, secrétaire général de la Société
 (à cause d'un accident dont le docteur Léop. Mayer a été victime,
 son discours fut lu par le trésorier le Dr. Lorthioir).

M. le Prof. Rudolf Matas (New-Orléans), président du Congrès.
 Dans tous les discours et surtout dans celui du président Matas
 se reflétaient les préoccupations et les angoisses que causait à ce
 moment déjà la situation internationale extrêmement tendue. Le
 prof. Matas en particulier formait des vœux pour que le congrès
 ne fut pas brusquement interrompu par la guerre comme l'a été
 celui qui se tenait à Paris en 1914.

Quant aux travaux du Congrès ceux-ci se concentraient surtout
 sur les trois questions mises à l'ordre du jour.

1. Le traitement chirurgical de l'hypertension.
2. Les greffes osseuses.
3. Le traitement chirurgical des kystes et tumeurs du poumon.

Des séances opératoires étaient organisées par les services de
 Clinique Chirurgicale de Bruxelles et de Louvain et dans différentes
 cliniques particulières.

Les membres de la délégation luxembourgeoise ont visité le
 mardi 20 septembre la clinique du professeur Sebrechts à Bruges
 en particulier pour s'initier à la méthode de rachianesthésie tel
 que la pratique cet éminent chirurgien.

Une importante exposition de produits pharmaceutiques, ma-
 tériel opératoire et radiographique se tenait pendant le congrès dans
 les locaux de la Faculté de Médecine.

Le prof. José Arcé, doyen de la Faculté de Médecine de Buenos
 Ayres et le docteur Perez-Fontana de la Faculté de Médecine de
 Montevideo avaient exposé une documentation très importante et
 très instructive concernant les kystes hydatiques et les tumeurs du
 poumon. La présentation impeccable et hautement scientifique de
 cette collection montre la valeur des chirurgiens d'Argentine, ainsi
 que le développement extraordinaire des sciences médicales et so-
 ciales dans ce pays.

Un Gala à la Monnaie, des réceptions par le conseil communal
 à l'Hôtel de Ville, par le président du Congrès ont encadré le Con-
 grès de leur faste et de leur éclat.

Le prochain congrès de la Société Internationale de Chirurgie
 se tiendra à Stockholm, sous la présidence du docteur Léop. Mayer
 de Bruxelles.

A l'ordre du jour de ce congrès figureront entre autres les 3
 questions suivantes:

1. La maladie opératoire;
2. Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (résultats éloignés).
3. Suites et complications tardives des interventions sur les voies biliaires.

Der Vorstand des Internationalen Kongresses für Gerichtliche und Soziale Medizin, der im September 1938 in Bonn stattfand, war wie folgt zusammengesetzt:

Vorsitzender: *Moriani*, Rom.

Ehrenvorsitzende: *Schilling-Siengalewicz*, Wilna, *Grath*, Dublin, *Elo*, Helsinki, *Léon Molitor*, Luxemburg.

Les Journées Médicales de Bruxelles auront lieu cette année du 24-28 juin: le comité a décidé de proposer au Gouvernement comme délégué officiel notre président *J. Faber*.

Le sixième congrès international des Hôpitaux se tiendra à Toronto (Canada) du 19-23 septembre 1939. Le Luxembourg sera représenté à cette réunion internationale par le Dr. *J. Faber*.

Voici la liste des Conférences que notre société avait organisées pendant le semestre d'hiver 1938-1939.

1. Le 20 novembre 1938 projection des films scientifiques suivants: Le sommeil, diagnostic urographique, sympathectomie. Ces films furent présentés par la Société Belgo-Pharma de Bruxelles.

2. le 27 novembre 1938 docteur *A. Hamant*, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy. Sujet: les arthrites chroniques non tuberculeuses de l'adulte. Indications des traitements médico-chirurgicaux. Un résumé de cette belle conférence se trouve dans le bulletin.

3. Le 22 janvier 1939. Professeur Dr. *Gustav Korkhaus*, Directeur de la clinique dentaire de l'Université de Bonn. Sujet: Die Einflüsse von Erbmasse und Umwelt auf das Gebiss. Comme cette réunion eut lieu la veille de l'anniversaire de S. A. R. Madame la Grande-Duchesse, la Société a envoyé à notre gracieuse souveraine un télégramme de dévouement patriotique et de fidèle attachement.

4. Le 12 février 1939. Docteur *Ph. Pagniez*, médecin de l'hôpital St. Antoine, Membre de l'Académie de Médecine. Sujet: Conceptions actuelles sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie.

Le 12 mars 1939 le docteur *J. Senèque*, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. Sujet: Les troubles secondaires consécutifs à la gastro-entérostomie. Nous avons le plaisir d'offrir à nos lecteurs le texte intégral de cette conférence.

Mariage.

Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage de notre confrère *Joseph Delvaux* avec Mademoiselle *Welter* de Grevenmacher.

Nécrologie.

Depuis la publication du premier numéro de notre bulletin, nous avons à déplorer la disparition des membres suivants:

le docteur *Alphonse Ulveling*, Esch-s.-Alzette, décédé le 2 août 1938 à St. Gervais-les-Bains, à l'âge de 48 ans.

Le docteur *Edmond Knaff*., Luxembourg, décédé le 15 décembre 1938 à l'âge de 81 ans.

Le médecin-vétérinaire *Jean Scholer*, Cap, décédé le 16 décembre 1938 à l'âge de 54 ans.

Le médecin-vétérinaire *Paul Koch*, Luxembourg, décédé le 10 janvier 1939 à l'âge de 58 ans.

Le pharmacien *Victor François*, Luxembourg, décédé le 20 mars 1939, à l'âge de 55 ans.

Le docteur *Camille Rischard*, Luxembourg, décédé le 2 avril 1939 à l'âge de 68 ans.

Voici le texte du discours que le président a prononcé lors de l'enterrement du confrère Edm. Knaff:

Mesdames, Messieurs,

A cette tombe, qui couvrira bientôt la dépouille mortelle de notre regretté confrère, le docteur Edmond Knaff, ses amis, ses confrères, ses malades sont accourus en grand nombre pour s'incliner une dernière fois devant celui qui fut pour eux l'ami le plus sûr, le confrère le plus dévoué, le bienfaiteur le plus généreux.

Au nom de la Société de Sciences Médicales, au nom de tous les confrères je tiens à adresser un hommage suprême et un dernier adieu à notre vénéré confrère.

Issu d'une famille médicale, dont plusieurs membres ont appartenu au Collège Médical, le docteur Edmond Knaff est né le 28 février 1858 à Grevenmacher. Après de brillantes études à Paris, à Strasbourg, à Prague et à Berlin il fut promu docteur en 1885, et vint s'établir dans sa ville natale.

C'est là qu'il a pu donner la mesure de ses vastes connaissances, et de ses bontés de coeur, dont la nature l'avait si richement doué. Les immenses ressources de son savoir professionnel et de ses qualités morales, il les mettait toutes entières au profit de ses malades. Aussi ceux-ci vénéraient en lui non seulement le médecin qui guérit et soulage, mais aussi l'ami de la famille, le conseiller dévoué, prêt à payer de sa personne en toutes circonstances.

Sa valeur personnelle, sa probité professionnelle et l'autorité qui entourait sa forte personnalité l'avait fait désigner comme médecin-inspecteur du canton de Grevenmacher.

La confiance de ses confrères l'avait nommé à plusieurs reprises comme membre du Collège Médical.

Durant de longues années il était membre du Jury d'examen pour la médecine, charge à laquelle son grand savoir et son expérience le destinaient tout naturellement.

En 1916 le docteur Edmond Knaff fut nommé médecin-directeur de l'Hospice du Rham, poste qu'il administrait avec un zèle infatigable et un dévouement sans bornes jusqu'en 1937.

Telle était l'activité de cet esprit toujours en éveil qu'il ne voulait pas abandonner le travail à un moment où d'autres, terrassés par la fatigue, auraient quitté le métier et *auraient recherché un otium cum dignitate* bien mérité.

Admirable exemple d'une vie de Médecin toute vouée au travail et à l'aide du prochain.

Le docteur Edmond Knaff était un esprit *observateur et critique*. Il aimait la nature et l'observait avec passion. La Société des naturalistes luxembourgeois l'avait élu vice-président de leur société.

Toute une série d'articles originaux, d'observations de sa pratique médicale, qu'il a publiés dans le bulletin de la société des sciences médicales, prouvent la passion de la recherche scientifique et la sagacité des jugements de leur auteur.

De ses nombreux travaux je ne nommerai que le Code Médical, édité en 1919 en collaboration avec le Dr. Praum, répertoire extrêmement précieux sur la législation sanitaire administrative.

Mais cet esprit, ouvert à toutes les choses intéressantes, se passionnait aussi à la recherche historique. Son très intéressant ouvrage sur le médecin luxembourgeois Adam Chenot, qui a vécu en Autriche au 18^{me} siècle est le fruit de longues et de patientes recherches.

A la société des Sciences Médicales le Dr. E. Knaff était un des membres les plus assidus. Il assistait avec une régularité ponctuelle à nos assemblées, à nos conférences, à nos réunions. Ni l'âge, ni les infirmités inéluctables de la vieillesse n'ont pu briser cette ardeur scientifique, cette soif de savoir, ce sentiment du devoir qui caractérisaient notre confrère.

Et ce n'est pas sans émotion profonde que nous avons lu les billets écrits d'une main vacillante par lesquels notre confrère Knaff excusait ses absences et exprimait ses regrets de ne plus pouvoir assister à nos réunions.

Notre cher confrère Edmond Knaff nous manquera beaucoup et sa disparition laissera parmi nous un grand vide.

Mais son souvenir restera vivant parmi nous, souvenir qui apparaîtra longtemps encore à la jeune génération médicale comme la vie-modèle d'un médecin et d'un homme de bien.

A sa famille, dans laquelle il a été le mari le plus dévoué, le père le plus tendre nous adressons nos condoléances émues et l'expression de notre compassion.

Adieu cher confrère, reposez en paix.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la douloureuse nouvelle du décès du confrère *Lazare Cerf*. Né le 26 décembre 1889, il est décédé à Luxembourg le 4 mai 1939. Après de sérieuses études à Paris, le docteur Cerf s'était

installé dans sa ville natale où sa science et ses hautes qualités professionnelles lui valurent rapidement la confiance d'une nombreuse clientèle et l'estime unanime de ses confrères. Depuis 1931, il était membre du comité de la Société des Sciences Médicales et a rendu de grands services à notre société par son dévouement, son initiative et ses conseils judicieux. Tous ceux qui l'ont connu, ont apprécié ses vastes connaissances intellectuelles, son sens de la mesure, son souci de fuir l'éclat, son désir de chercher le vrai. La Société des Sciences médicales exprime à la famille éplorée ses condoléances émues et gardera du défunt un souvenir impérissable.

Union Internationale contre la Tuberculose.

Fondation Léon Bernard.

Le Comité Exécutif de l'Union Internationale contre la Tuberculose met à la disposition des Gouvernements et Associations, Membres de l'Union, un prix bisannuel d'une valeur de 2.500 francs français, destiné à commémorer le souvenir du Prof. Léon Bernard, Fondateur, et pendant quatorze ans Secrétaire général de l'Union.

Ce prix sera décerné pour la seconde fois au cours de l'année 1940 à l'auteur d'un travail original sur «La Tuberculose conjugale», rédigé en Anglais ou en Français. Ces deux langues sont choisies uniquement dans le but de faciliter la tâche du Comité Exécutif.

Les travaux préparés en vue de l'attribution de ce prix devront être imprimés ou dactylographiés et ne pas dépasser 10.000 mots. Ils devront être transmis par un Gouvernement ou une Association membre de l'Union, au Secrétariat de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 66, Bd. Saint-Michel (6e), avant le 1^{er} mai 1940.

Si le Comité Exécutif décide qu'aucun des travaux soumis ne présente une valeur suffisante, le prix ne sera pas décerné en 1940 mais sera offert à nouveau pour l'année suivante.

La décision du Comité Exécutif est sans appel.

Bourses d'Etudes à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome.

Nous rappelons aux Gouvernements et aux Sociétés Nationales membres de l'Union, que la Fédération Nationale Italienne Fasciste de Lutte contre la Tuberculose met à la disposition de l'Union Internationale contre la Tuberculose six bourses d'études à l'Institut «Carlo Forlanini», à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes:

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 liras chacune, plus la nourriture et le logement, doivent ser-

vir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Directeur de l'Institut et le candidat.

La priorité de la publication de ces travaux est réservée au «Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose».

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité Exécutif qui doit se réunir au mois de septembre 1939 à Berlin. Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc. leur expérience professionnelle, doivent parvenir au Secrétariat de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), avant le 15 juillet 1939.

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité Exécutif par un Gouvernement ou une Association Membre de l'Union.

SOMMAIRE

Avant-Propos	7
------------------------	---

Articles originaux

Alfred NIMAX — Pharmaciens du passé	9
Dr J. SÈNÈQUE — Les troubles secondaires consécutifs à la gastro-entérostomie	18
Dr LOUTSCH — La vaccination antitétanique	26
Dr A. HAMANT — Ostéoarthrites chroniques non-tuber- culeuses de la hanche	33
Dr Ernest FELTGEN — Contributions à l'histoire de la Pathologie et de la Thérapie du mal tuberculeux	38
Dr Jean FABER — La réduction non-sanglante de la luxation du sémilunaire	44
Volumineux «calcul d'obstruction» du canal cystique	47
Dr SCHERER — A propos d'un cas de tuberculose du larynx	50

Société des Sciences Médicales

Séance du 4 septembre 1938	54
Séance du 4 octobre 1938	56
Séance du 3 novembre 1938	63
Séance du 1 ^{er} décembre 1938	64
Séance du 5 janvier 1939	67
Séance du 2 février 1939	66
Séance du 2 mars 1939	67
Nouvelles et informations	68

