

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Mai 1948

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER · LUXEMBOURG

neu!

BILAMIDE

(frühere Bezeichnung C 1094)

Das neue Chemotherapeutikum gegen Diplokokken, Pyokokken, Enterokokken und die verschiedenen Formen des B. coli.

bei Gallenaffektionen

Cholecystitis
Cholangitis
Cholelithiasis
Gastroenteritis
Gastroduodenitis

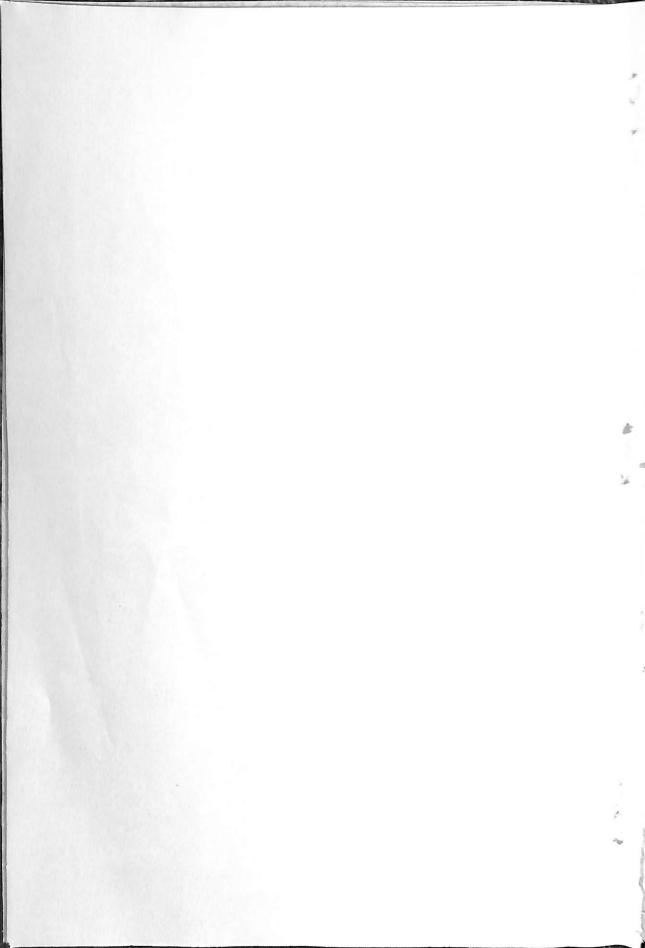
BILAMIDE

ist erhältlich in Packungen zu: 20, 50 und 250 Tabletten zu 0,5 g 5 und 25 Ampullen zu $4^{\circ}/_{\circ}$

Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxemburg: PROPHAC, Baudouinstr. 25. Luxemburg - Tel. 30-73







BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG Les articles originaux ainsi que les communications de la Société des Sciences Médicales sont publiés sous la responsabilité unique de leurs auteurs.

La Rédaction.

Avant-Propos

Nous avons aujourd'hui le plaisir de vous présenter le premier bulletin d'après-guerre de notre société. On pourra peut-être nous reprocher d'avoir mis longtemps à nous mettre en route et que voilà bientôt trois ans que les hostilités ont pris fin. C'est exact, mais nous sommes encore en avance sur les hommes d'Etat qui n'ont pas encore trouvé le moyen de signer le traité de paix. Et nous avons quelques excuses, parmi lesquelles les plus importantes sont la désorganisation de notre société par l'occupant et la maladie de notre président sortant, le docteur Jean Faber qui a été pendant la durée de sa présidence l'âme de notre activité.

On m'a d'ailleurs déclaré à mainte reprise: la publication d'un bulletin est-elle bien nécessaire? on écrit déjà tellement de par le monde, les publications médicales sont déjà beaucoup trop nombreuses. Et puis, que pouvons-nous, praticiens sur la brèche du matin au soir, sans possibilités matérielles de travaux scientifiques, écrire et publier de bien intéressant?

Il y a du vrai dans ces affirmations. Néanmoins je crois que notre bulletin doit continuer à paraître.

Je ne veux pas insister sur le fait que la publication d'un bulletin est inscrite dans les statuts de notre société, ce qui prouve bien cependant que nos pères ont jugé cette publication utile. Ils ont bien compris que pour qu'une société scientifique vive et prospère il faut qu'elle publie et donne à ses membres l'occasion et les moyens de porter devant le public les travaux qu'ils sont susceptibles de mener à bien. Pour qui a l'occasion de relire ces publications de nos ancêtres, la haute tenue scientifique aussi bien que littéraire de ces bulletins est un exemple que nous devons nous faire un devoir de suivre.

Que nos bulletins ne puissent pas contenir des travaux scientifiques révolutionnaires, nous le savons tous. Mais j'estime qu'à défaut de recherches purement scientifiques, des observations cliniques bien faites peuvent être très instructives, des travaux de statistique très utiles, et ces travaux sont à la portée de tout le monde qui veut bien s'en donner la peine. L'invite surtout nos jeunes confrères pleins d'allant et curieux des nouveautés, dont la médecine actuelle ne manque certes pas, de bien vouloir collaborer activement à notre bulletin.

Enfin je suis d'avis que la publication d'un bulletin de notre société est un devoir que nous devons à notre pays. Nous sommes tous fiers de notre indépendance et nous y tenons. Ne pensezvous pas que notre indépendance ne doive pas seulement se manifester sur le plan politique mais également dans le domaine scientifique? Pour cela que pouvons-nous faire de mieux que de montrer que dans ce domaine également nous sommes capables d'avoir une personnalité propre. Il y aura bien ainsi un périodique médical de plus dans le monde, mais il sera luxembourgeois.

Voilà les quelques réflexions que je voulais mettre en tête de ce premier bulletin qui paraît après la guerre et qui doit prendre la suite de ceux dont les Allemands nous ont empêché de continuer la publication. Pour notre effort fourni à cette époque nous avions reçu des encouragements élogieux venus d'un peu partout, dont je ne veux citer que celui du professeur Leriche, qui nous écrivait alors: «j'ai lu votre bulletin avec intérêt et vous en félicite. Continuez».

C'est ce que nous faisons.

HENRI LOUTSCH.

Le problème biologique du cancer

par Pierre Florentin

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy

Parmi les questions les plus ardues à la solution desquelles s'est attachée depuis le début du siècle la sagacité des chercheurs de tous pays, et dans les disciplines les plus diverses, celle de la nature du cancer paraît être la seule qui demeure, en dépit des efforts considérables qui lui ont été consacrés, la plus embrouillée de toutes les énigmes biologiques. Nous devons reconnaître toutefois que la cancérologie est une des branches les plus neuves de la médecine contemporaine, qui s'intégrait depuis toujours à l'ensemble des sciences médicales. Malgré qu'on connût de tous temps ces curieuses proliférations cellulaires qui peuvent intéresser les différents tissus de l'organisme, les détruisant et les envahissant à la manière d'un parasite indéfiniment fertile, il nous est encore impossible, à nous, biologistes du XXème siècle, de situer exactement dans le groupe immense des tumeurs ce qui appartient en propre au cancer. Le terme générique de ,,tumeurs malignes" englobe en effet, non pas, un type uniforme de maladies, mais une foule de manifestations morbides d'étiologie variée, qui n'ont vraisemblablement entre elles comme parenté essentielle que de comporter une édification de tissus nouveaux, proliférant d'une manière insolite sur un organisme, en s'excluant totalement des processus régulateurs, neuro-hormonaux, qui coordonnent l'équilibre tissulaire et contrôlent la permanence des formes.

Il est difficile en effet de comparer le cancer aux autres maladies connues. Définir une maladie, c'est au premier chef déterminer son origine, discerner les causes de son apparition, mettre en évidence les facteurs essentiels de son évolution et parfois aussi déceler, par un test approprié, qu'il soit physiologique, chimique ou sérologique, la réaction spécifique de l'organisme vis-à-vis d'un agent pathogène extrinsèque ou d'un dérèglement neuro-hormonal. C'est ainsi que depuis l'ère pastorienne nous avons appris à connaître la plupart des maladies infectieuses. Bien peu échappent actuellement aux différentes épreuves de laboratoire qui constituent l'équipement essentiel de la médecine moderne. Il en va de même des processus de dysfonctionnements endocriniens au sujet desquels nous possédons un ensemble de données précises qui orientent d'une manière péremptoire le diagnostic du clinicien.

Pouvons-nous en dire autant du cancer? Non pas.

Depuis que la maladie cancéreuse s'est intégrée à l'ensemble des préoccupations des savants, les recherches les plus poussées, et les plus consciencieusement conduites, se sont heurtées à un incontestable écueil: aucune des directives essentielles qui servent de fil conducteur aux biologistes pastoriens pour "déterminer", au sens systématique du mot, une maladie infectieuse, ou aux physio-pathologistes pour mettre en évidence un déséquilibre végétatif, ne se sont révélées efficaces pour réaliser le but poursuivi: la maladie cancéreuse, au moins chez l'homme, échappe à toute comparaison avec les affections connues; elle constitue une sorte d'entité morbide qui ne peut être en aucune façon assimilée aux maladies couramment rencontrées en pathologie humaine.

Est-ce à dire qu'on ne sache absolument rien du cancer? Telle n'est pas la conclusion pessimiste à laquelle je désire aboutir aujourd'hui. Il est toutefois bien évident qu'entreprendre un exposé du le problème biologique du cancer, ne peut consister, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'à apporter à un auditoire médical, déjà très averti, une simple mise au point, la somme de nos acquisitions, très rudimentaires encore, sur une question constamment remaniée et dont la plupart des données essentielles reposent, trop

souvent hélas, sur des hypothèses.

Néanmoins, il m'a semblé que réaliser cette synthèse, malgré qu'elle soit un peu prématurée, c'est tout d'abord mettre en relief le travail considérable effectué par les biologistes contemporains et rendre hommage à leur ténacité et à leur courageuse activité; c'est aussi maintenir et renforcer en vous, s'il est possible, cette indispensable curiosité scientifique qui doit demeurer la plus belle qualité du médecin. Nous devons en effet conserver une inlassable foi dans les destinées de la recherche scientifique. Malgré qu'elle paraisse à bon nombre d'entre nous, trop facilement orientée depuis quelques années vers des buts qui vont à l'encontre de celui que nous poursuivons, elle a déjà effectué de si belles découvertes que nous pouvons, sans défaillir, augurer encore de son indiscutable avenir et de toutes ses réalisations futures en faveur de l'humanité.

Le problème du cancer ne peut être résolu qu'en tenant compte des divers aspects sous lesquels évolue cette maladie, tant au point

de vue clinique que physiopathologique.

Avant d'aborder l'essentiel de cet exposé, tâchons donc en

premier lieu de définir la maladie cancéreuse.

Une néoplasie maligne, disent les classiques, est un édifice tissulaire permanent et indéfiniment fertile, qui naît aux dépens d'un tissu quelconque de l'organisme et se développe en se propageant localement et à distance à la manière d'un véritable parasite auto-destructeur; cette colonisation aboutit finalement à la mort de l'individu par intoxication générale, ou suppression fonctionnelle d'un parenchyme indispensable au maintien de l'équilibre organique.

Cette prolifération indéfinie de tissus nouveaux, et ces propriétés envahissantes et métastatiques caractérisent au premier chef le cancer. Le tissu cancéreux conserve en outre sa spécificité histologique, et c'est ainsi qu'à chaque tissu correspond une variété particulière de tumeur maligne.

Le cancer est, au surplus, intimement adapté à son hôte, de telle sorte qu'on ne connaît pas de contagion indiscutable du cancer, et qu'il n'a pu être réalisé, expérimentalement, d'hétérogreffes entre espèces ou races différentes d'animaux. Il existe donc autant de cancers que d'espèces vivantes, et il apparaît qu'en dehors de l'homme, de nombreuses catégories de vertébrés et d'invertébrés, que des plantes mêmes, sont sujettes à la cancérisation; chez tous les individus sans exception, la tumeur maligne évolue suivant les mêmes modalités essentielles et entraîne inévitablement la mort de l'organisme par destruction progressive de ses éléments nobles.

Ce caractère ubiquitaire du cancer et sa spécificité me semblent devoir être considérés comme les qualités fondamentales de cette affection. Nous aurons bientôt à revenir sur ce point. Notons cependant que l'établissement des statistiques de mortalité et de morbidité cancéreuse constitue une méthode importante d'étude de la biologie des cancers humains.

Un argument de premier ordre vient en effet appuyer d'unz manière particulièrement frappante cette singularité de la maladie cancéreuse: celui de sa répartition générale sur notre planète, telle que pour la révèlent les estreixis

que nous la révèlent les statistiques les plus récentes.

On a cru pendant longtemps que le cancer était presque exclusivement l'apanage des nations civilisées et épargnait les peuples moins évolués d'Afrique et d'Asie Centrale. Il n'en est rien: les médecins coloniaux nous ont appris que le cancer existe chez les peuplades les plus frustes de l'Afrique équatoriale, dans des proportions à peu près équivalentes, semble-t-il, à celles qui ont été enrégistrées en Europe. Il y aurait, tout au plus, quelques différences tenant aux localisations et aux formes histologiques des tumeurs constatées. En ce qui concerne le cancer, il n'est pas question d'épidémies, de recrudescences cycliques, de réveils et d'extinctions momentanées, comme il est de règle dans l'évolution de la plupart des maladies infectieuses, tuberculose y compris. Ce qui frappe avant tout, c'est la permanence quasi mathématique du taux de mortalité nationale par cancer, chiffre que nous appelons l'indice cancérologique et qui, pour la France par exemple, se situe aux environs de 160 pour 100 000 habitants. Ce chiffre varie peu pour une région déterminée et ses fluctuations semblent plus intimement lices à l'indice de longévité d'un peuple, croissant en raison directe de ce dernier. C'est ainsi que les peuples nordiques, à longévité moyenne plus grande que celle des peuples circum-méditerranéens, possèdent un indice cancérologique plus élevé. Constatation qui inspire à Oberling cette conclusion quelque peu fataliste que "le gros effort réalisé partout pour augmenter la durée de la vie aboutit en somme à sauver les gens de toutes sortes de maladies pour les

transformer en candidats au cancer". Cette implacable maladie nous semble obligatoire et irréductiblement fixée dans l'espèce humaine.

Considérons en premier lieu les facteurs généraux et locaux susceptibles d'être invoqués pour expliquer l'apparition d'un cancer chez un individu.

Que savons nous des facteurs généraux prédisposant à la maladie cancéreuse? Les statistiques, les observations les plus scrupuleuses nous permettent à ce propos de formuler quelques conclusions précises.

- 1. Age du cancer. Il apparaît tout d'abord évident que le cancer se développe plus particulièrement chez l'adulte âgé et il est de notion courante que le développement optimum du cancer se manifeste entre 40 et 60 ans. Au délà de cet âge, le cancer décroît et devient une cause de mortalité équivalante à celle des cardiopathies et des maladies pulmonaires autres que la tuberculose. Il apparaît non moins certain que le cancer des jeunes est beaucoup plus fréquent qu'on ne le soupçonnait autrefois, et qu'à l'époque actuelle, les statistiques semblent montrer que l'augmentation du cancer intéresse plus particulièrement les individus jeunes, que les adultes.
- 2. Influence du sexe. On croyait aussi que la femme était deux fois plus touchée par le cancer que l'homme, en raison de la fréquence extraordinaire des tumeurs du sein et du col utérin. Les plus récentes statistiques fournies pour 1946 par l'Institut National d'Hygiène prouvent au contraire que le nombre des cancers masculins dépasse actuellement celui des cancers féminins, du fait de l'augmentation chez l'homme des cancers digestifs et pulmonaires.
- 3. Hérédité du cancer. Je me bornerai pour l'instant à l'envisager du point de vue purement clinique. La pathologie humaine montre qu'il existe des tumeurs qui se présentent avec une telle fréquence dans certaines lignées qu'on ne saurait nier leur caractère héréditaire. C'est ainsi que le rétinocytome, le xeroderma pigmentosum, la polypose recto-colique qui est une lésion précancéreuse, la neurofibromatose de Recklinghausen, tumeurs rares et de localisation très particulière, se rencontrent fréquemment chez les membres d'une même famille. Il existe d'autre part des observations de cancers simultanés et de localisation identique chez les jumeaux univitellins. On sait aussi que, dans certaines familles, et dans des générations successives, apparaissent des cas de cancer viscéraux de localisation privilégiée: on cite en particulier le cas classique des Bonaparte, dont cinq membres sont morts successivement d'un cancer de l'estomac. Néanmoins, ces cas spectaculaires, relevés dans des familles historiques, ne sont pas fréquents et ne peuvent être pris indiscutablement en considération. Si, comme nous le verrons tout à l'heure, les recherches expérimentales ont mis en évidence le caractère héréditaire de la prédisposition au cancer, devons-nous admettre cependant que ces conclusions, valables pour des souches d'animaux attentivement sélectionnées, sont applicables intégralement à l'espèce humaine? Vraisemblablement oui —. Mais

il convient de remarquer que les unions s'opèrent chez l'homme avec beaucoup moins de précision mathématique que chez les animaux de laboratoire et que puisque la tendance au cancer ne peut être considérée que comme un caractère latent, il est hors de doute que l'hérédité cancéreuse est dans l'espèce humaine sujette à de telles incertitudes qu'il ne saurait être question de déterminer à l'avance si une descendance, dont on ne connaît pas exactement les caractères génétiques, est, ou non, capable de faire un cancer.

4. — Contagiosité. — Nous avons dit tout à l'heure que le cancer n'est pas contagieux. Il n'existe en effet pas plus de cas de cancers dans le personnel infirmier des Centres Anticancéreux que dans celui des autres cliniques hospitalières. Les "maisons à cancer" et les cas de "cancers conjugaux" dont on a cité maints exemples, n'apportent aucun argument valable en faveur de la contagiosité du cancer. Les enquêtes approfondies d'A. Lumière, effectuées dans l'agglomération lyonnaise, les recherches de Roussy en ce qui concerne l'agglomération parisienne ont eu définitivement raison de ces préjugés accrédités dans le grand public. Il en va de même, semblet-il, de l'influence prédisposante des terrains géologiques amagnésiens, du régime aquifère du sol, des radiations telluriques, à propos desquelles aucun argument véritablement scientifique n'a pu être formulé, malgré le grand nombre de publications qui ont été lancées, sans preuves formelles, à leur sujet.

Les facteurs prédisposants occasionnels tels que les maladies associées, les troubles du métabolisme, les irritations professionnelles, sont d'un intérêt plus immédiat.

On sait, en effet, que certaines maladies spécifiques, comme la tuberculose et la syphilis, ont été longtemps accusées de "faire lit du cancer". En ce qui concerne la tuberculose, on a pu incriminer, avec juste raison, semble-t-il, les lésions bacillaires du pouvoies respiratoires. Néanmoins, les cancers du poumon, malgré leur recrudescence actuelle, demeurent infiniment plus rares que les constantes. On sait aussi que le lupus de la peau et des muqueuses, (qui jouent peut-être un rôle favorisant) sont susceptibles de se cancériser secondairement.

Le rôle prédisposant de la syphilis peut être, lui aussi, mis en cause, principalement dans l'éclosion des placards de leucoplasie buccale, que les cliniciens considèrent généralement comme des lésions précancéreuses. Toutefois, la tuberculose et la syphilis ne joueraient vraiment un rôle cancérigène que par le fait que ces deux affections engendrent des lésions inflammatoires chroniques sur lesquelles, nous le verrons bientôt, peuvent se greffer secondairement des lésions néoplasiques. Elles n'influenceraient donc pas, à proprement parler, la réceptivité de l'organisme tout entier.

Beaucoup plus importante semble être l'influence des déséquilibres endocriniens. Le seul fait que le cancer atteint les deux sexes à l'époque moyenne de la vie où se manifestent au maximum ce qu'il est convenu d'appeler des dysfonctionnements hormonaux (de même que chez les jeunes individus au moment de la crise pubertaire) incite à penser que l'éclosion des néoplasmes est directement influencée par le terrain neuro-endocrinien. Si cette hypothèse n'a pas encore été absolument corroborée en pathologie humaine, quoique exploitée déjà au point de vue thérapeutique, du moins a-t-elle reçu déjà une entière confirmation expérimentale.

La castration ovarienne, préconisée dans le cancer du sein chez la femme, et entreprise systématiquement par les cancérologues lyonnais et montpelliérains, paraît être suivie d'une régression spectaculaire des lésions tant locales que métastatiques. L'origine hormonale du fibro-myome utérin, des hyperplasies de l'endomètre. de l'adénome prostatique, des mastites fibro-kystiques, lésions bénignes à la faveur desquelles pourraient se développer des cancers.

n'est plus à mettre en doute aujourd'hui.

Quant aux cancers professionnels, dont la connaissance a mis les expérimentateurs sur la piste des cancers provoqués, ils tiennent une bien faible place dans la statistique cancérologique, mais présentent néanmoins une grande importance théorique. Quelques professions semblent en effet prédisposer au cancer; on sait de longue date que les manipulateurs du goudron de houille et de ses dérivés, que certains chimistes utilisant l'aniline, que les ouvriers respirants des vapeurs de benzol, sont susceptibles de faire des cancers cutanés ou viscéraux. Dans le même cadre des maladies professionnelles se placent les cancers et les leucoses des radiologistes et curiethérapeutes, auxquels s'apparentent selon toute vraisemblance les épithéliomas du poumon rencontrés avec une fréquence toute particulière chez les mineurs du Schneeberg, dont on sait pertinemment qu'ils extraient un minerai de cobalt intensément radioactif.

Les facteurs locaux de la cancérisation font intervenir des causes irritatives favorisant l'apparition d'une tumeur en un point particulier de l'organisme. Le développement d'un cancer sur une ancienne cicatrice est un fait suffisamment connu pour que nous n'insistions pas: cicatrices de brûlures, d'ulcères variqueux, peutêtre même d'ulcus gastrique. Le rôle des traumatismes souvent répétés, dans l'éclosion du cancer, ne peut être nié quand il s'agit de l'évolution maligne d'un naevus pigmentaire, de l'apparition d'un cancer de la langue en face d'une dent cariée. De même la transformation cancéreuse d'une polypose rectale, d'un lupus, d'une bronche infectée, d'une muqueuse cervico-utérine, peut être vraisemblablement imputée à l'irritation chronique de ces tissus dans un milicu infecté d'une manière permanente. C'est aux mêmes causes irritatives qu'il convient de rapporter les cancers provoqués par des parasites intestinaux.

Les radiations solaires, par les rayons ultra-violets qu'elles transportent, ont été très justement incriminées comme des facteurs conditionnant l'apparition des cancers cutanés au niveau des parties découvertes, cancers plus fréquents chez les campagnards et les mariniers que chez les citadins. Ces radiations cancérigènes s'apparentent du reste à celles des corps radioactifs dont nous connaissons déjà la nocivité.

On me pardonnera, je l'espère, le rappel de cet ensemble de considérations étiologiques concernant la maladie cancéreuse envisagée dans la pathologie humaine. Il m'était indispensable de les évoquer avant de pénétrer plus avant dans la question redoutable de la pathogénie du cancer.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse à germe connu, comme la tuberculose par exemple, ou à virus spécifique, comme la plupart des maladies contagieuses, la pathogénie d'une affection constitue un chapitre dont les limites sont exactement définies puisqu'on connaît exactement l'agent causal de la maladie étudiée.

L'exposé qui précède vous a suffisamment éclairé, je l'espère, sur les incertitudes qui planent encore au sujet de l'étiologie des tumeurs malignes. Il s'agit en effet de perturbations tissulaires dont le principe déterminant est inconnu, ou plutôt ne paraît pas univoque. Des cancers, de même nature histologique, peuvent être engendrés par de multiples facteurs: physiques, chimiques, biologiques, dont l'efficacité ne peut être mise en doute, et dont l'intervention a été démontrée expérimentalement.

C'est du reste, grâce à la méthode expérimentale, utilisée avec profit par les cancérologues de l'époque contemporaine, que l'on est parvenu à pénétrer plus avant dans la compréhension du problème du cancer. Permettez-moi de rappeler en quelques mots les résultats auxquels sont parvenus les biologistes contemporains.

Les tentatives déjà anciennes des savants japonais, et qui remontent à 1914, ont finalement abouti au cancer expérimental. Ces auteurs, utilisant le goudron en badigeonnages longtemps poursuivis, ment authentiques, fournissant des métastases comme les épitholiomas spontanés. Toutes les substances chimiques qui avaient été reconnues cancérigènes pour l'homme ont été utilisées chez l'animal avec succès: dérivés du goudron, de l'aniline, du benzol. Ces prosoit de sarcomes dermiques ou viscéraux.

De la même manière furent reconnus cancérigènes des produits biologiques tels que la folliculine, le cholestérol et les acides biliaires. Entre les mains de Goormaghtigh et Amerlinck, puis de Lacassagne, les substances oestrogènes synthétiques, dont la plus efficace semble être le méthylcholanthrène, ont fourni des cancers mammaires par injections prolongées chez des souris sélectionnées. Les hormones entrent bien en ligne de compte dans le développement du cancer mammaire, car la castration ovarienne, effectuée chez de jeunes souris appartenant à des lignées réceptives au cancer, empêche le développement ultérieur des néoplasmes.

Les rayons X, le radium, les corps radioactifs, les rayons ultraviolets, utilisés par de nombreux auteurs français et étrangers se

sont révélés chez l'animal des facteurs cancérigènes indiscutables. L'expérimentation chez l'animal devait en outre révéler l'existence de cancers d'origine virulente, inconnus jusqu'à présent chez l'homme, mais dont la découverte devait aboutir à une floraison d'hypothèses extrêmement séduisantes au sujet du mécanisme intime de la cancérisation. C'est en 1910 que Peyton Rous isola chez la poule un sarcome inoculable par filtrat et par extrait sec. La tumeur est indéfiniment transmissible et conserve rigoureusement le même type histologique chez les divers animaux inoculés. Ce virus est vraisemblablement le même que celui de la leucémie des poules découvert plus tard par Ellerman, car Oberling et Guérin ont pu reproduire avec ce virus, tantôt un sarcome, tantôt une leucose. L'action cancérigene de ce virus peut s'exercer de même sur une culture pure de fibroblastes de poulet in vitro. Les cellules ainsi cancérisées en culture pure peuvent être implantées chez la poule et reproduire un sarcome évolutif.

Suivant la conception qu'on adopte au sujet de la nature des virus, on peut admettre que ceux-ci jouent le rôle soit d'agents infectieux, dans le sens pastorien du terme, soit de substances chimiques, inertes, douées, comme les produits précédemment cités.

La mise en évidence des agents cancérigenes est, me semblet- il, une des découvertes les plus importantes qui aient été faites en matière de cancérologie depuis longtemps. Elle met sur la voic. en effet, du mécanisme intime de la cancérisation et permet de réaliser une synthèse cohérente et parfaitement plausible des divers facteurs incriminés jusqu'à présent dans le déterminisme de la

Délaissant volontairement, pour ne pas surcharger mon exposé de considérations surannées, toutes les théories anciennement proposées pour expliquer l'origine du cancer et en particulier les théories embryonnaires, parasitaires et chimiques, par trop exclusives dans leur essence, je m'efforcerai aujourd'hui de vous démontrer que la cancérisation résulte d'une déviation de la physiologie cellulaire, et que le primum movens de la prolifération néoplasique doit être recherché en premier lieu au niveau même du noyau, constituant fondamental de la cellule vivante. Cet organite nous apparaît en définitive comme le substratum essentiel des caractères permanents de l'espèce, et dont les déviations structurales conduisent à des aberrations du comportement physiologique, et engendrent tout particulièrement les manifestations éminemment spectaculaires de la cancérisation.

Le maintien des caractères héréditaires, morphologiques et physiologiques d'une espèce donnée est conditionné, nous disent les biologistes, par l'intégrité de ce composant initial élémentaire de l'individu, qui est la cellule oeuf et dont les perturbations structurales, spontanées, ou provoquées par la maladie ou l'intervention

volontaire de l'homme, aboutissent à la production de races nouvelles, qui sont bien connues des généticiens, et qu'on appelle des putations. Les éleveurs ont exploité les mutations spontanées, en perpétuant, d'une manière empirique, bien souvent, des races nouvelles apparues par hasard, qui se sont conservées par sélection, et d'une souche primitive et souvent très dissemblables de l'espèce de chats, ou de bovins, disséminées actuellement dans toute l'étendure de l'espèce du monde civilisé.

L'apparition et la perpétuation des races nouvelles a été pendant longtemps considérée comme le seul effet du hasard et de la sélection humaine. Exploitées par des éleveurs empiriques, pour lesquels les lois de Mendel n'interviennent qu'accessoirement, et pour ainsi dire d'une manière occulte, elles ont abouti à une floraison de nouvelles formules anatomiques, qui enrichissent annuellement la faune terrestre en perpétuant des anomalies et parfois des monstres, inviables sans l'intervention humaine.

Les recherches des généticiens modernes tendent à démontrer que si les races nouvelles apparaissent, c'est que le germe lui-même est modifié dans sa structure, et qu'une perturbation minime des constituants de la cellule germinale, et en particulier de l'agence-nécessaires pour provoquer la formation de nouvelles formes anatotout en dérivant du schéma fondamental de l'espèce. Je m'empresse l'apparition de races, et non des espèces, et que les savants les plus efforts, fabriqué de nouvelles espèces vivantes.

Si je me suis, trop longuement peut-être, attardé à ces considérations, c'est qu'elles présentent, vis-à-vis du problème qui nous intéresse, des incidences évidentes qu'il nous convient maintenant d'exploiter.

On a pu démontrer en effet que les mutations dites spontanées peuvent être déterminées par certains agents infectieux: chez le la pitée à un virus spécifique. D'autre part, il est possible de faire apparaître des mutations chez la mouche Drosophile, particulière-radiations ionisantes comme les rayons X et les rayons y du radium accident chimique portant sur les éléments particulaires constitutifs moment de la mitose, la mutation provoquée est d'emblée héréditaire et se maintient permanente dans la série des descendants.

Ces faits expérimentaux sont d'importance, car ils suggèrent que les cellules du corps, dites cellules somatiques, qui en somme, se reproduisent par le même mécanisme que les cellules germinatives

incluses dans les gonades, sont capables, elles aussi, à la suite de l'altération d'un gêne, ou d'un groupement de gênes, de transmettre aux cellules qui en dérivent de nouveau caractères, héréditaires d'emblée.

A la faveur des remarquables recherches de Morgan et de son école sur les mutations germinales, et de la découverte des radiomutations, un grand nombre de biologistes sont devenus partisans de la théorie de la mutation somatique à l'origine de la cancérisation. Boveri, dès 1929 avait envisagé l'altération du complexe chromosomial de la cellule somatique comme une condition propre à engendrer cette déviation physiologique de la cellule qui caractérise le cancer. Lockhard-Mummery a, dans un ouvrage publié en 1936, exposé d'une manière remarquable cette théorie de la ..mutation somatique" qui concorde si étrangement avec tous les faits enregistrés et qui, à l'heure actuelle, malgré tous les détracteurs qu'elle a pu rencontrer, m'apparaît comme étant la plus proche de la réalité.

Pour que les agents mutogènes soient efficaces, il faut évidemment qu'ils provoquent des réarrangements très legers à l'intérieur des chromosomes nucléaires, sans quoi ils aboutiraient à la destruction de la chromatine et à la mort de la cellule. Ces arrangements nouveaux sont toutefois indécelables par nos méthodes cytologiques actuellement si imparfaites.

Les modifications cytologiques que les rayons ionisants peuvent déterminer au niveau des cellules somatiques, ne peuvent-elles être provoquées par les virus? Les virus sont considérés par les classiques comme des infra-microbes, irrémédiablement adaptés aux cellules vivantes et incapables de vivre en dehors d'elles. Ce

seraient des parasites obligatoires de certaines cellules.

D'où proviennent exactement ces virus? Sont-ils autochtones. mais masqués, vivant en symbiose avec les protoplasmes (comme le virus de l'herpès, qui, ne s'extériorise qu'à la faveur de certaines. maladies), sont-ils exogènes? Aucune solution définitive n'a encore été donnée à ce problème. Il existe toutefois un fait assez troublant. amenant à penser que, dans certaines conditions, un virus peut se manisester dans une cellule, à la suite d'une irritation chimique. Carrel, Mac Intosch et Selbie ont en effet prétendu, comme dans la suite Oberling et Guérin, que le cancer provoqué par badigeonnages de goudron, renferme un virus filtrable qui est capable de reproduire la tumeur expérimentale sur un animal neuf. Il serait donc possible de faire apparaître un virus cancérigène en utilisant un agent chimique. Il convient toutefois de noter que ces extraordinaires résultats n'ont pas été corroborés par la majorité des chercheurs. Les dimensions des petits virus sont de l'ordre des grosses molécules protésques connues. Leur composition chimique est identique à celle des composants nucléaires, c'est à dire qu'ils apparaissent essentiellement formés, comme la chromatine, d'acide ribonucléique. Le virus du sarcome de Rous, de 70 μμ de diamètre, possède un volume équivalent à celui d'un gêne chromosomial; on peut imaginer

que, s'incorporant à la masse protoplasmique, un tel virus pourrait déterminer un microtraumatisme cellulaire, une dislocation des gènes se substituant peut être à l'un d'eux au moment où les cellules sont en division, ce qui mène à la production d'une mutation cellulaire dans une cellule tissulaire.

Dès lors, qu'ils s'agisse d'un traumatisme chimique, physique, ou de l'intervention d'un corpuscule virulent, une nouvelle race cellulaire est apparue: la cellule cancéreuse. Celle-ci, structuralement différente de la cellule type de l'organisme, mais adoptée par celui-ci, parce que dérivant directement de lui, va vivre en parasite sur l'hôte qui lui a donné naissance. Cette nouvelle race possède toutefois une telle individualité, qu'elle n'obéit plus aux facteurs qui régissent l'équilibre tissulaire, et qu'elle se comporte comme un élément perturbateur, destructeur, vivant aux dépens des tissus, qu'elle infeste et colonise à l'envi.

Notons toutefois qu'il est indispensable de tenir compte. comme adjuvant de la séduisante théorie mutationniste du cancer. d'une réceptivité particulière du terrain, d'une prédisposition constitutionnelle qui fait que la cellule cancéreuse, dès son éclosion, est acceptée par son hôte et y trouve un milieu de culture favorable. Il s'agit là, par conséquent, de l'intervention d'un facteur héréditaire, transmissible cette fois par les gamètes. Cette réceptivité, qui peut comporter une certaine sélectivité vis-à-vis d'un système organique, est une notion suffisamment démontrée, grâce aux recherches modernes pour qu'il ne soit pas indispensable de s'y arrêter longuement. Dans les élevages de souris patiemment suivis par Maud Slye, nous savons qu'on a pu sélectionner soit des souches absolument réfractaires à la cancérisation spontanée ou provoquée. soit, au contraire, des lignées chez lesquelles le cancer apparaît obligatoirement dans 90% des descendants. L'intervention de facteurs endocriniens dans la réceptivité au cancer est indiscutable. puisque l'hypophysectomie ou la castration ovarienne diminuent d'une manière évidente le pourcentage de cancérisations spontanées et peuvent même entraver complètement l'éclosion du cancer. Cette réceptivité n'est pas seulement due à l'intervention de facteurs internes, puisque, comme nous l'apprennent Brittner, Little et Korteweg. il existe, dans le déterminisme de l'apparition du cancer de la souris, un facteur maternel indéniable, transmis par le lait. Quand on met. dès leur naissance, de jeunes souriceaux à hérédité cancércuse chargée, en nourrice chez des mères peu cancérisables, on note que ces jeunes font moins de cancer que chez ceux allaités par leur propre mère, et ceci dans la proportion de 1 à 9. Il existe par conséquent dans le lait un facteur favorisant la genèse du cancer de la mamelle chez la souris, facteur qui est vraisemblablement de nature virulente.

Le problème du cancer est donc éminemment complexe. Nous avons essayé d'en extérioriser le mécanisme intime: il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une déviation du comportement cellulaire déterminé par une modification intrinsèque de l'appareil chromo-

somial du noyau en voie de division. Cette dislocation, cette altération structurale, n'aboutit pas à la mort cellulaire, mais à l'édification par une véritable mutation somatique, d'une nouvelle race de cellules, douée de propriétés nouvelles, transmissibles aux cellules filles, qui caractérisent le cancer au point de vue biologique.

Cet accident dans l'évolution cellulaire n'est toutefois efficace que si l'hôte est réceptif: dans cette réceptivité interviennent de toute évidence des facteurs héréditaires d'origine féminine et des facteurs de milieu, hormonaux et alimentaires, qui agissent plu-

aisément sur un matériel héréditaire déterminé.

Il est certain qu'au cours de l'existence d'un individu, une foule de facteurs exogènes ou endogènes interviennent pour engendrer des mutations cellulaires somatiques: ce sont les rayons solaires. les rayons cosmiques, certaines radiations telluriques, ce sont les corps chimiques cancérigènes, provenant du milieu ambiant. de l'alimentation ou du milieu intérieur, comme les hormones oestrogènes et le cholestérol. Ce peuvent être, en outre, bien que nous les ignorions encore, certains virus non isolés des cancers humains, parce qu'indiscutablement liés à la substance vivante. Ces différents agents traumatisants, de nature extrêmement variée, sont dans la majorité des cas inefficaces soit parce qu'ils altèrent trop gravement l'édifice nucléaire des cellules réceptives, soit parce qu'ils ne jouent pas sur un terrain privilégié.

C'est sur la base de ces données encore fragiles, mais de toute évidence solidement étayées par la méthode expérimentale, que

nous envisageons à l'heure actuelle le problème du cancer.

Je pense avoir pu vous démontrer qu'il s'agit là d'une question extrêmement délicate, dont la solution dépend d'une foule de considérations biologiques, et apparaît intimement liée à celle de problèmes fondamentaux encore imparfaitement élucidés. Comme la plupart des énigmes à la solution desquelles se sont passionnément consacrés les biologistes contemporains, celle du cancer se résout dans la compréhension de l'origine et du mécanisme de la vic, ct c'est alors que nous percevons toute l'ampleur de notre ignorance.

L'évolution de la biologie moderne, avec tout l'équipement matériel que ses laboratoires réclament, autorise cependant tous les

espoirs.

Nous cultivons désormais les cellules vivantes, animales ou végétales, séparées de l'organisme et nous pouvons suivre leurs modifications structurales et leur comportement physiologique sous l'influence des agents pathogènes les plus divers. Dans les ingénieux appareils de J. Thomas, nous voyons des organes perfusés survivre et continuer à fonctionner. Les impressionnantes techniques de la physique nucléaire aboutissent à la désintégration de la matière et nous aident à pénétrer plus avant dans le détail de son architecture intime. Voilà enfin, pour nous, morphologistes, ce microscope électronique qui nous permet de photographier et de mesurer des virus invisibles et de les assimiler à des monomolécules nucléoprotéïques! Bien plus, Stanley isole de certaines plantes infectées un virus cristallisable. possédant des propriétés autocatalytiques, et susceptible de se reproduire comme la matière vivante, aux dépens des protoplasmes. Nous parvenons ainsi, graduellement, grâce aux investigations patientes des savants jusqu'aux frontières mêmes de la vie, et il n'est pas douteux que le fossé réputé infranchissable qui sépare l'inerte de l'animé se comble chaque jour devant nous.

Ne désespérons donc pas de voir, et très prochainement peutêtre, définitivement résolu le problème du cancer. Je pense avoir pu vous convaincre qu'il s'agit bien là d'un problème inhérent à la constitution même de la matière vivante et que c'est au niveau même des molécules qui servent à l'édification de cet énorme complexe qu'est la cellule, considérée pendant longtemps comme l'élément fondamental des organismes, qu'il convient de rechercher le primum movens du dérèglement physiologique caractéristique du cancer.

Il est évident que ces recherches arides, mais passionnantes, ne peuvent aboutir que grâce à la conjonction des efforts de nombreux savants appartenant aux disciplines les plus diverses et groupés dans des instituts spécialisés; nous n'oublierons pas cependant que dans l'édifice déjà monumental bâti par les cancérologues, les morphologistes ont apporté la contribution la plus importante et fourni les directives les plus fructueusement exploitées. Et si parmi ceux-ci je retrouve un nombre considérable de grands noms français, je ne puis me résigner à croire que pour nos compatriotes la passion de la recherche scientifique soit dominée par les préoccupations matérielles de l'heure présente. "Trop peu de jeunes se consacrent à la vie quelque peu monastique du laboratoire. Peut-être, dit mon collègue Huguenin, par incertitude de soi. Peut-être par désir de jouissances plus aiguës et plus sûres, si elles sont moins nobles et délicates."

"Ceux qui se consacrent à la recherche pure devraient trouver. pour le moins, en leur retraite créatrice, l'équipement perfectionné, l'atmosphère sereine et prestigieuse, jusqu'aux concours financiers indispensables pour y vivre et y prospérer. Il faut de la vertu aux gens de chez nous qui entrent dans les ordres du sacerdoce scientifique. Mais ceux qui s'y adonnent ont, selon le mot de nos anciens, le "feu sacré". Faute d'organisation somptueuse, d'instruments de précision, d'assistants nombreux, ils ont apporté les qualités de leur race et qui ne sont pas de partout: le bon sens, source de pondération dans le jugement, la délicatesse, genèse d'éclectisme dans les idées; le goût d'y voir clair, qui déroute des chemins battus et sans issue, des théories ressassées et sans conclusions, tandis qu'il mène vers la cohésion, vers cette tendance à la synthèse qu'accorde aux nôtres Paul Valéry."

Pardonnez-moi, mes chers confrères, d'avoir si franchement exprimé devant vous ce pénible sentiment d'incertitude et d'abandon qui, je le devine, étreint actuellement la plupart de mes collègues scientifiques. Le savant est désormais bien seul dans son laboratoire; s'il parvient encore, à de rares intervalles, à communiquer à un auditoire estudiantin trop passif la flamme et l'enthousiasme des heures déterminantes de sa vocation scientifique, il voit peu à peu se détacher de lui, et pour des causes bien compréhensibles ceux qui, en des temps moins rudes, seraient devenus ses confidents et auraient recueilli le flambeau. Cette sensation d'isolement ne saurait toutefois le décourager. En face des problèmes sans cesse renouvelés qui s'imposent à la curiosité des biologistes, le médecin conservera toujours la certitude que son existence et que ses efforts sont entièrement consacrés au service de l'humanité qui souffre. Et c'est bien là, je suppose, le stimulant le plus efficace et le plus précieux des réconforts.

A propos de trois cas de péritonites post-abortum

par Mathias Reiles

Dans son livre sur les avortements mortels, Mondor cite la statistique de Martland portant sur 105 autopsies de femmes mortes à la suite d'un avortement provoqué. La péritonite a été la cause de la mort dans 50,4% des cas. Voici, dans le même livre, une statistique de Kneise: sur 89 autopsies de septicémies puerpérales on a trouvé 48,3% de péritonites.

Boldrino Boldrini sur 54 avortements mortels trouve

32 cas de péritonites suppurées.

Ces chiffres nous illustrent la fréquence de cette complication: d'autres statistiques qui vont suivre nous démontrent sa gravité.

Nous avons eu, à la Maternité, au courant des 3 dernières années, 3 cas de péritonites post-abortum. Ce chapitre de la pathologie obstétricale étant des plus importants au point de vue diagnostic et traitement, il n'est certainement pas sans intérêt d'en publier les observations et de rappeler quelques faits cliniques et thérapeutiques qui s'y rapportent.

Obs. 1.- G. A., 31 ans, primipare, est admise à la clinique, le 21.2.44, au 5. mois de sa grossesse. Antécédents familiaux et per-

sonnels: s. p. D. R. au mois de septembre 1943.

Les troubles dont la malade se plaint actuellement ont débuté, le 17.2.44, donc 4 jours auparavant, par des douleurs dans le basventre et de légères pertes de sang clair. Elle met ces accidents en rapport avec une chute qu'elle aurait faite, il y a 3-4 semaines.

A l'entrée, la malade présente une température de 38,5 axillaire et un pouls de 120, régulier et assez bien frappé. Etat général touché; teint pâle, terreux. Langue chargée, mais humide. Pas de vomissements. Coeur et poumons: s.p. T.A.: 120/85. A la palpation de l'abdomen on note une sensibilité diffuse généralisée, pourtant sans défense musculaire. Le fond utérin se trouve légèrement au-dessus de l'ombilic. On n'enregistre aucune contraction. Les bruits du coeur sont perceptibles.

Examen vaginal: pertes sanguinolentes, fétides. Col presque

effacé, fermé.

Les urines contiennent de l'albumine, beaucoup de leucocytes, pas de cylindres.

En présence de ce tableau clinique qui est celui d'un avortement septique il est décidé d'attendre l'expulsion spontanée de l'ocuf et d'instituer un traitement sulfamidé: Albucide en injections i. v.

Le lendemain, 22.2.44, l'état général s'est agravé. Faciès cyanosé. Langue très chargée. Température: 37,5 axil. Pouls: 120. Ventre légèrement ballonné; légère défense. Pas de contractions utérines. Pertes fétides.

Leucocytes: 18500. Formule leucocytaire: Polynucléaires 790/0.

Lymphocytes: 15%, Mononucléaires: 6%, Eosinophyles: 0%.

La sulfamidothérapie est continuée sous forme d'injections intraveineuses de Tibatine.

Le 23.2.44, vers 3 heures du matin, s'installent des douleurs qui aboutissent, vers 9 heures, à l'expulsion d'un fétus vivant de 700 gr. et de 33 cm de longueur. Le placenta est exprimé sous narcose et un curage digital ramène les restes ovulaires en rétention.

Entretemps, les symptômes de péritonite sont au complet: Facies péritonéal typique; langue sèche; vomissements; arrêt des gaz et des matières; ventre ballonné; défense. L'état général est tel qu'une intervention chirurgicale ne semble non seulement plus être à même de sauver la vie de la malade, mais de lui donner le coup de grâce. Et pourtant nous nous décidons à risquer la dernière chance.

Laparotomie en anesthésie lombaire. A l'incision du péritoine il s'écoule un flot de pus jaune-verdâtre, extrêmement fétide. Tout l'étage sous-ombilical de l'abdomen est transformé en une cavité purulente, renfermant environ deux litres de pus, fermée vers le haut par les anses grèles et le colon transverse accolés et empêchant le pus de pénétrer dans le reste de la cavité péritonéale. L'utérus, de la taille de deux poings, ainsi que les annexes, sont ocdématiés, de couleur jaune-verdâtre, murés par une infiltration inflammatoire de tous les tissus du petit bassin.

Mise en place d'un drainage à la Mikulicz dans la partie la plus déclive de l'abdomen et drainage par tubes de caoutchouc à travers une incision dans les deux fosses iliaques. Fermeture de la

paroi en un plan par fils de soie.

Sulfonamides. Tonicardiaques. Sérum antipéritonitique.

24.2.44. Mauvais état général. Pouls à 160, filiforme. Les vomissements ont cessé. Même traitement.

25.2.44. Légère amélioration de l'état général. Gaz passent. A eu des selles.

26.2.44. L'amélioration progresse. Temp. 38,5. Pouls: 120. Selles et gaz. Ventre souple. Ecoulement abondant par les drainages. Une mèche du Mikulicz est enlevée.

A partir de ce moment, la malade se remet petit à petit; l'appétit revient; les drainages sont enlevées progressivement. Elle se lève le 1.5.44 — 55 jours après l'intervention — et quitte la clinique le 10.5.44 en bon état.

Obs. 2.- Br. M., agée de 23 ans, primigeste, est admise à la clinique, le 29.6.45, avec les antécédents suivants: D. R. il y a 4 mois environ. Les troubles actuels ont débuté le 27.6.45, donc 3

jours avant l'admission par des douleurs dans le bas-ventre et pertes sanguines légères. Le médecin traitant constate un début de fausse-couche et installe un traitement approprié. Cependant les douleurs augmentent d'intensité et l'oeuf est expulsé dans la soirée.

24 heures plus tard: douleurs dans le bas-ventre avec diarrhées

fétides: ventre légèrement ballonné; température 37,8.

Le lendemain: douleurs plus intenses et début de défense. En présence de ce tableau clinique, le médecin adresse la malade à la maternité.

A l'admission nous nous trouvons en face d'une jeune femme qui, à première vue, fait poser le diagnostic de péritonite: facies péritonéal; langue sèche; hoquet, arrêt des gaz et des matières; ventre ballonné, tendu. Température rectale: 39. Au toucher vaginal on constate des pertes fétides, un utérus agrandi, mou et des culs de sac vaginaux très sensibles.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous rachianesthésie à la

Percaïne.

A l'ouverture du péritoine s'écoule un flot de pus, couleur purée de pois, très fétide, remplissant toute la cavité péritonéale. Les anses intestinales sont dilatées, rouge-violacées, couvertes de fausses membranes. L'utérus est gros et mou et les trompes, fortement infectées, laissent sourdre du pus à l'expression manuelle.

Après avoir débarassé la cavité péritonéale du maximum de pus, nous faisons une hystérectomie totale typique avec les annexes et un drainage vaginal et abdominal par M i k u l i c z. 40 cc de sérum antipéritonitique dans le péritoine. Fermeture de la paroi par étages.

Goutte à goutte intraveineux de sérum physiologique et sympatol. Tibatine i. v. Pénicilline. Le traitement à la pénicilline est continué pendant 6 jours en raison de 20 000 unités toutes les 2 heures pendant 3 jours, toutes les 3 heures pour le reste, en tout 1 200 000 unités.

Un amélioration manifeste est à enregistrer, dès le deuxième jour, après l'intervention et la malade est complètement afébrile à partir du 12ème jour. A noter que la malade fait un herpès labial et de la conjonctive de l'oeil droit au cours des suites opératoires. Elle quitte la clinique, guérie, le 48ème jour.

Obs. 3.- Mme Cl. M., 28 ans, ayant eu 5 accouchements normaux, est de nouveau enceinte de 4 mois. Elle est admise à la

clinique, le 7.10.46, avec les antécédents suivants:

Pertes de sang peu importantes depuis le 24.9.46. Le 7.10.46 elle est admise dans une clinique de la ville où son médecin lui fait un curettage sans que l'oeuf ou une partie de l'oeuf ait été expulsé préalablement. Pour des raisons que nous ignorons elle nous fut adressée par son médecin, le même jour dans la soirée. En ce moment, la malade se trouve dans un état général parfait. L'examen somatique est négatif à tous les points de vue. A l'examen gynécologique nous trouvons, en dehors de pertes de sang rouge peu abondantes, un col entr'ouvert, long de 2 cm, un utérus agrandi au

4me mois, les régions annexielles normales, les culs de sac vaginaux souples et ne présentant aucune sensibilité.

Pour activer l'expulsion de l'oeuf nous administrons 1 gr. de

quinine à doses fractionnées.

Le lendemain, 8.10.46, la femme présente de fortes contractions utérines et le col, dur et spastique, est perméable au doigt. Administration de spasmalgine pour lever le spasme et faire avancer la dilatation. En ce moment, la température est de 38 axillaire; le pouls à 100.

Le 9. 10. 46, les contractions utérines ayant de nouveau cessé. nouvelle dose de quinine et de prontosil pour combattre l'infection débutante. En effet, les pertes commencent à devenir purulentes et

fétides.

Le 11.10.46, l'état est stationnaire. Pertes purulentes. Temp. 38. Pouls 100. Ventre souple. Col dilaté pour 1 doigt. Vagues contractions utérines.

Injections de pénicilline: 20 000 unités toutes les 3 heures. Le 15.10.46, la température est à 39, le pouls à 90. Léger

météorisme. Selles et gaz passent.

Le 16.10.46, l'état de la malade s'est aggravé. Faciès péritonéal. Ventre avec défense très nette. Temp. 38,6. Pouls 105. Ni vomissements, ni arrêt des gaz et des matières. A l'examen vaginal on trouve le col complètement refermé, et les culs de sac très sensibles. En présence de ce début de péritonite indubitable nous décidons l'intervention immédiate.

Laparotomie sous rachianesthésie à la percaïne.

Le grand épiploon et, quelques anses grêles sont accolés à la parois antérieure de l'utérus par des adhérences lâches, faciles à décoller. Au même niveau, le péritoine de la région décollable est soulevé par une tuméfaction noirâtre constituée par un liquide visible par transparence. A deux endroits, le péritoine est sphacélé et laisse sourdre un liquide noir, extrêmement fétide. Le péritoine est incisé par quelques coups de ciseaux et on tombe dans une cavité profonde, limitée en arrière par la paroi antérieure de l'utérus, en avant par la vessie complètement décollée et latéralement par les paramètres. Cette poche est remplie par le liquide mentionné et contient l'ocuf en totalité, c'est-à-dire, le foetus et le placenta décollé. Le liquide n'est autre chose que le liquide amniotique mêlé de sang et en état de putréfaction. Après évacuation de cette poche, on constate à la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'isthme, une large brèche s'étendant d'un bord de l'utérus à l'autre en laissant les artères utérines intactes des deux côtés; c'est par cette brèche que l'oeuf a été accouché entre la paroi antérieure de l'utérus et la vessie, en décollant cette dernière ainsi que le péritoine de la zone décollable.

Une hystérectomie subtotale avec les annexes est pratiquée au niveau de la brèche; après ligature des pédicules nous plaçons un drain de caoutchouc à travers le col dans le vagin et un M i k u l i c z dans le Douglas comme drainage abdominal.

Fermeture de la paroi par plans.

Administration de tonicardiaques, de sérum physiologique en goutte à goutte rectal. Le traitement à la pénicilline est continué en raison de 20 000 unités toutes les 3 heures.

Le lendemain la température est de 38.5 axillaire: le pouls à 130. Malgré que l'état général soit encore fortement touché, une certaine amélioration est quand même à noter et les signes de péritonite ont nettement rétrocédé. La malade évacue des selles et des gaz, le soir.

Le 2ème jour après l'opération, la partie semble gagnée. Le pouls est à 100, la température à 38 axillaire. Ventre souple; péristaltisme normal. Par le drainage s'écoule un liquide extrêmement fétide. Le traitement à la pénicilline est supprimé; on a donné en tout 1 120 000 unités.

Le 6ème jour, la température et le pouls sont normaux. La malade va bien. La mèche du M i k u l i c z est retirée.

Le 8ème jour, alors que la température reste à 37, le pouls monte à 120. Ventre tendu: faciès péritonéal; langue fuligineuse. L'état général décline avec une rapidité extrême; le pouls devient filiforme, les extrémités froides et la malade succombe 20 heures après le début des premiers signes de péritonite.

Ces trois observations sont intéressantes à différents points de vue.

Il est de notion courante que le plus grand nombre de périto nites s'observe à la suite de manoeuvres abortives faites dans des conditions d'asepsie insuffisante. Ce fait est connu et il n'y a pas lieu d'y insister. Dans notre premier cas des manoeuvres abortives ont été faites, mais on n'est pas arrivé à préciser en quoi elles ont consisté.

Bien que le deuxième cas soit également très suspect en ce sens (femme non mariée), il y a lieu d'envisager une autre étiologie assez peu connue, c'est-à-dire l'infection grippale. Différents auteurs, entre autres Je a n n i n et B r i n d e a u, ont signalé de véritables épidémies de péritonites puerpérales au cours de périodes de grippe et surtout à la suite d'infections du rhino-pharynx. Notre malade No 2 a présenté dans les premiers jours des suites opératoires un herpes labial et conjonctival qui semble parler en faveur d'une infection à pneumocoques. La possibilité d'une infection grippale comme cause de cette péritonite n'est donc pas à rejeter d'emblée.

Dans le 3ème cas l'étiologie ne fait aucun doute. La péritonite a été provoquée par une perforation utérine méconnue, constituée par un curettage intempestif dans un utérus de 4 mois. Or, c'est une faute grave d'introduire une curette dans un utérus de 4 mois et à plus forte raison, quand la dilatation est insuffisante. C'est ce qui a été fait dans le cas présent. Il faut toujours abandonner aux contractions utérines le soin de dilater un col et d'expulser le contenu d'une matrice, si on a le temps d'attendre, à moins qu'une hémorragie quelque peu importante nous force la main et dicte une intervention urgente. Dans ce dernier cas, il est de règle d'avoir recours au tamponnement du col et du vagin pour arrêter l'hémorragie et

provoquer des contractions utérines susceptibles d'expulser l'ocur en totalité ou du moins en partie. Un curage digital évacuera alors le reste facilement et sans danger.

Le diagnostic de péritonite puerpérale n'est pas toujours très aisé, surtout au début, de sorte que Pinard a pu énoncer. en 1911, la phrase qui est encore exacte de nos jours: "Affirmer l'existence d'une péritonite puerpérale, surtout au début, ne me paraît pas, à moi, ayant quelque peu observé, une chose facile. au cours d'une infection puerpérale."

Les principales formes au point de vue clinique et anatomique des péritonites puerpérales sont les suivantes: péritonites septicémiques, péritonites d'emblée diffuses et hyperseptiques, péritonites généralisées, franches, aiguës, péritonites putrides, péritonites d'abord pelviennes, puis diffusantes, péritonites à foyers multiples, péritonites à grand épanchement mal enkysté, etc. Les trois formes suivantes sont les plus intéressantes au point de vue clinique: la péritonite aiguë généralisée, la péritonite septique à streptocoques et la péritonite putride. La première est due aux perforations utérines. aux injections intrautérines et aux ruptures de collections purulentes utérines et périutérines en péritoine libre; la seconde fait généralement suite à une infection puerpérale; la dernière résulte des lésions gangréneuses et sphacéliques de l'utérus (M o n d o r).

Il est évident que les limites entre les différentes formes ne sont jamais tracées nettement et que leurs tableaux cliniques se superposent et se confondent le plus souvent.

Nos deux premiers cas ont été des formes putrides. Dans l'observation No 2 le péritoine a été infecté par du pus s'écoulant par les trompes. Un examen bactériologique du pus dans le premier cas a été négatif. L'agent pathogène en nombre restreint et peu virulent a d'abord localisé l'infection au péritoine pelvien. Des adhérences ont pu se former et cantonner l'infection à l'étage sous-ombilical de l'abdomen, comme il a été relaté dans le rapport opératoire. Dans le 2ème cas un examen bactériologique n'a malheureusement pas été fait. J'ai envisagé la possibilité d'une infection à pneumocoques par la présence d'un herpès labial et conjonctival.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une péritonite provenant de l'infection de l'oeuf expulsé à travers la brèche utérine, infection qui commençait à diffuser à travers le péritoine vésico-utérin. La malade, au point de vue péritonite, a été opérée assez tôt, puisque l'infection n'avait pas encore gagné la grande cavité péritonéale. Mais l'écart entre le moment où la perforation a été faite et l'opération a été trop grand et l'infection a eu le temps d'augmenter considérablement sa virulence. Néanmoins les suites opératoires ont été excellentes, les huits premiers jours, jusqu'au moment, où on a commencé à irriguer le sac du M i k u l i c z à l'eau oxygénée pour le décoller et l'enlever au 10ème jour. Nous avons l'habitude de procéder de cette façon. Dans le cas présent pourtant, cette irrigation a probablement permis aux microbes très virulents de

franchir les adhérences lâches et peu nombreuses et de communiquer l'infection à marche foudroyante à toute la cavité péritonéale.

Un point mérite encore d'être soulevé. C'est que toutes les péritonites puerpérales ont comme caractère commun la pauvreté des signes cliniques, qui, à l'opposé des péritonites appendiculaires ou par perforation de l'estomac, sont flous, en sourdine et qu'on est obligé de les chercher très soigneusement pour arriver à un diagnostic précoce. On est toujours surpris de la disproportion entre les signes cliniques et la gravité des lésions découvertes à l'opération.

Les vomissements sont souvent rares et peuvent manquer totalement.

Très souvent, l'arrêt des gaz et des selles fait défaut; les diarrhées, signe de rectite concomitante, sont plus fréquentes (Observation No 2).

La température se tient généralement dans des limites très modérées, mais l'accélération du pouls est toujours un signe très précoce, qui, suivi d'heure en heure, nous donne des renseignements précieux pour l'indication opératoire.

La défense musculaire abdominale, symptôme capital dans les péritonites usuelles, existe seulement à l'état d'ébauche dans les péritonites puerpérales. Il faut la rechercher avec beaucoup de soins, la main, bien à plat sur le ventre, exerçant une pression douce et tâtonnante.

Dans beaucoup de cas, le collapsus est précoce et à allure inquiétante: extrémités froides et cyanosées, pouls filant. Ces signes d'alarme ne doivent pas arrêter le chirurgien à employer la seule thérapeutique capable de sauver une vie humaine: la laparotomie. On aura ainsi souvent l'agréable surprise de voir revivre des condamnées à mort qui, de prime abord, ne semblaient plus à même de supporter une narcose. Notre première observation en est un bel exemple.

Une statistique de S o m m e r, citée par S i g w a r t et rapportée par M o n d o r, montre clairement l'augmentation du taux de la mortalité avec le retard opératoire. La mortalité après les premières 24 heures était de 45,8%, de 24 à 48 heures elle était de 58% et après le troisième jour de 68%.

Dans le temps, les opinions furent assez divergentes quant au mode opératoire à employer: laparotomie et simple drainage de la cavité péritonéale ou hystérectomie et drainage. Il semble pourtant qu'on ait actuellement la tendance à réserver les opérations conservatrices aux péritonites post-partum, tandis qu'on attaque les péritonites post abortives, qui ont plus souvent une origine utérine, par les opérations radicales, c'est-à-dire, l'hystérectomie avec drainage vaginal et abdominal.

Beaucoup d'auteurs préconisent également la sérothérapie locale et générale sous forme de sérum antistreptococcique. Dans notre premier cas avec survie de la malade nous avons utilisé le sérum antipéritonitique en injections souscutanées, dans le 2ème cas, en application intrapéritonéale. Je n'ose pas affirmer que le succès dans

ces deux cas ait été obtenu grâce à cette thérapeutique, mais je suis d'avis qu'on devrait s'en servir dans chaque cas de péritonite. Dans le 3ème cas, à issue mortelle, cette thérapeutique n'a pas été em-

ployée faute de sérum.

Chydenius d'Helsingfors rapporte une statistique assez intéressante comprenant 57 cas de péritonites post-abortum. 27 malades non opérées sont mortes, sauf une. De 30 malades opérées 10 ont été sauvées. Jusqu'en Septembre 1926 on faisait une laparotomic avec drainage: 11 morts, 2 guérisons. Depuis cette époque, on a fait des opérations plus radicales, en général, hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal et abdominal (4 morts, 2 guérisons). Ces opérations radicales sont d'ailleurs presque toujours combinées avec une péritonisation haute, c'est-à-dire, qu'après drainage vaginal, le petit bassin est séparé complètement de la cavité abdominale par l'intermédiaire du colon sigmoïde (4 morts, 6 guérisons). L'auteur conclue que les résultats sont meilleurs depuis qu'on fait des opérations plus radicales.

Molin et Fr. Condamin rapportent dans "Lyon Méd." du 29 jajnvier 1933 sept observations de péritonites aiguës diffusantes du post-abortum avec 6 guérisons. Les auteurs, du fait qu'il y a eu absence ou minime importance des lésions génitales, rejettent la castration comme opération inutile et grave. Il suffit, à leur avis. d'arrêter la diffusion de l'infection et de drainer la cavité péritonéale.

Ils y parviennent par une petite laparotomie suspubienne. Après opération et exploration, un Mikulicz rétro-utérin est mis en place avec des drains pré- et rétro-utérins et des mêches bloquant les

gouttières latérales.

De nos jours, les Anglo-Saxons nous ont amené, en même temps que la libération, la pénicilline, médicament qui semble avoir fait ses preuves et dans lequel nous avons à notre disposition un agent anti-infectieux supérieur à tous les autres. Il est à présumer, déjà dès maintenant, que l'application de la pénicilline au traitement des péritonites post-abortives nous donnera des résultats sensiblement meilleurs que ceux fournis par l'opération et la sérothérapie combinées. La pénicilline va certainement nous donner le droit d'être beaucoup plus conservateur au point de vue opératoire et de nous limiter à la laparotomie avec simple drainage, là, où jusqu'à présent. des modifications infectueuses très graves des organes génitaux ont entraîné l'hystérectomie. Ce sera pour nous un grand soulagement et pour nos jeunes malades un énorme profit, si, tout en les guérissant de leur redoutable maladie, nous pouvons leur conserver la faculté de reproduction et éviter les inconvénients et les troubles d'une castration précoce.

Le traitement des péritonites post-abortives dans l'avenir pourra donc être formulé de la façon suivante: Réserver l'hystérectomie aux cas avec lésions traumatiques ou infectieuses graves des organes génitaux; dans les autres cas, le drainage associé à la pénicilline promet des résultats supérieurs à toutes les thérapeutiques employées

jusqu'ici.

Y-a-t-il un diagnostic précoce des cancers digestifs?

par Simon Hertz

Dans la médecine actuelle et surtout dans celle de l'avenir le problème du cancer va devenir un problème de plus un plus angoissant. Déjà à l'heure actuelle le cancer détient, avec les affections cardio-vasculaires, le sommet des statistiques de mortalité. En Amérique où la déclaration de la cause du décès est faite sérieusement, le nombre des personnes mourant de cancer est d'environ 170 000 par an. Le nombre de cas nouveaux de cancer est de 300 000 par an. Avec la diminution des maladies infectieuses, jugulées par la chimiothérapie et la thérapie antibiotique, l'humanité vivra plus vieille. Le nombre de personnes atteignant l'âge du cancer ira en croissant et les chiffres sus-mentionnés iront en augmentant.

C'est dire que le cancer va représenter le problème diagnostique et thérapeutique majeur de la médecine de demain. Ce danger est reconnu et dans tous les pays des recherches sont en cours pour trouver une solution thérapeutique nouvelle plus efficace. Mais nous n'avons pas le droit d'attendre passivement la découverte de ce moyen hypothétique nouveau et merveilleux. Et cela pour deux raisons. D'une part les moyens thérapeutiques actuels sont bons, pourvu qu'ils soient appliqués de bonne heure. D'autre part dans 80 % des cas le cancer n'est pas du tout une maladie latente qui ne se révèle par des signes cliniques que lorsque les lésions anatomiques ont dépassé le stade opératoire. Nous n'en voulons pour preuve que quelques cas récents: Un cancer de l'estomac qui avait donné des manifestations cliniques depuis plus de deux ans et qui était encore opérable. Un cancer du colon qui avait donné des symptômes depuis plus d'un an et qui non seulement était encore opérable mais qui n'avait même pas envahi les ganglions.

Le pessimisme qui se dégage des statistiques actuelles dépend pour une large part de l'intervalle prolongé qui s'écoule entre le moment où le cancer naît et le moment où un traitement rationnel est appliqué. La responsabilité de ce retard est due au malade qui ne va pas voir son médecin assez tôt et au médecin qui ne met pas tout en oeuvre pour découvrir le cancer chez son malade. A eux deux ils sont responsables pour l'échec du traitement dans 25% des cas de cancer d'après une statistique de l'American Cancer Society.

Or une analyse faite par les médecins du Memorial Hospital. un des centres les plus vastes pour l'étude du cancer, a révélé le fait éloquent, instructif et brutal que ce sont les médecins qui sont les grands responsables de ces diagnostics tardifs.

Dans le cas des cancer digestifs leur responsabilité joue dans 48,5 % des cas. C'est pour cette raison que nous voulons examiner succinctement les moyens d'investigation à notre disposition pour faire un diagnostic précoce des cancers digestifs. Nous nous occuperons seulement des cancers les plus fréquents, les cancers de l'estomac et les cancers du gros intestin.

Disons d'emblée que la raison majeure des erreurs les plus fréquentes est l'oubli que les cancers digestifs peuvent prendre le masque de n'importe quel syndrome fonctionnel du tube digestif et se développer sous l'apparence de la dyspepsie la plus banale. Derrière eux il faut chercher le cancer.

Nous envisagerons successivement:

- 1. Les moyens actuels de diagnostic.
- 2. Les mesures générales qui permettraient d'avancer l'heure du traitement.

I. MOYENS DE DIAGNOSTIC :

A. Le cancer de l'estomac.

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est basé essentiellement sur une triade symptomatique représentée par:

La clinique La radiologie La gastroscopie

1. La Clinique: Il est classique de dire qu'il faut penser au cancer digestif lorsque des troubles digestifs vagues surviennent chez un sujet assez âgé sans antécédents digestifs et surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'anorexie et d'amaigrissement. Il faut savoir que le cancer peut affecter un polymorphisme extrême; il peut débuter chez un sujet jeune, il peut survenir chez un sujet aux antécédents très chargés; il peut simuler l'ulcère et le diagnostic parfois ne pourra être fait que par un examen entre les crises. Il peut donner un syndrome vague évoquant la cholécystite, diagnostic dont il faut se méfier lorsque les autres éléments d'investigation ne concordent pas. Il peut donner le change avec une hépatite, diagnostic souvent plus commode que précis. Il peut prendre le masque d'une anémie pernicieuse dont il est d'autant plus difficile

à différencier que le cancer peut la simuler ou la compliquer. Dans notre engouement pour le diagnostic de manifestations psychosomatiques il faut user de beaucoup de prudence lorsqu'on ne trouve ni une prédisposition nette, ni une cause déclenchante, ni une neurose authentique. Quant au diagnostic de dyspepsie fonctionnelle, il reste un diagnostic très difficile, souvent dangereux et doit toujours être un diagnostic d'exclusion.

Se fier à une symptomatologie clinique seule, c'est donc aller au devant d'échecs cuisants, pénibles et graves. Il ne faut pas non plus se fier à un traitement d'épreuve comme le conseillent certains médecins. Le cancer peut, spontanément ou sous l'influence d'un traitement, passer par des périodes de sédation fonctionnelle complète et pourtant suivre sa marche anatomique inéluctable.

C'est dire qu'il faut essayer de faire un diagnostic exact dès la première consultation. Et toute impression clinique doit être contrôlée par un examen radiologique.

2. La Radiologie reste l'élément majeur dans l'établissement du diagnostic. Mais là encore il faut savoir ne pas attendre que vienne se présenter un diagnostic évident sous forme d'une vaste image lacunaire ou d'une amputation pylorique évidente. Le cancer au début est un cancer qu'il faut chercher par un examen systématique et minutieux. Il faut examiner l'estomac au début avec une seule gorgée de baryte; c'est à ce moment qu'on peut déceler les petites lacunes ou les différences de teinte suggestives de lésions pariétales. Il faut rechercher par des radiographies multiples et parfois même superposées des contours ou de l'angle gastrique, les images encastrées, les enraidissements ou les déformations, difficiles à trouver et parfois délicates à interpréter. Il faut chercher les tumeurs du pôle supérieur sur la radio debout où elles s'inscrivent dans la clarté de la poche à air, ou en Trendelenbourg où elles se dessinent en lacune. Il faut examiner le pylore non seulement en position de décubitus dorsal mais aussi en décubitus ventral où les déformations prêtent moins à erreur.

Mais la radiographie pour indispensable qu'elle soit, peut donner de fausses images cancéreuses; certaines anomalies de la muqueuse gastrique peuvent simuler une image lacunaire. D'autre part pour des raisons inconnues elle peut être négative avec un cancer infiltrant et proliférant étendu. C'est pour cela qu'il est souvent utile de la compléter par une gastroscopie.

3. La Gastroscopie. Dernière venue dans les explorations gastriques, la gastroscopie a été très longue à s'implanter dans les usages de la clinique. Elle réclamait un outillage spécial, elle nécessitait un entrainement prolongé, elle était désagréable pour le malade; elle donnait parfois des résultats discutables. Actuellement les appareils modernes rendent cette investigation moins pénible que ne l'était autrefois un lavage d'estomac et elle est devenue une exploration extrêmement précieuse dans un grand nombre de problèmes de diagnostic digestif.

Elle est indiquée:

en cas de troubles digestifs non expliqués par une cause nette,

en cas d'hémorragie sans cause apparente,

en cas de discordance entre la clinique et la radiologie. en cas d'image radiologique d'interprétation douteuse ou imprécise,

en cas d'ulcère de l'estomac apparemment guéri cliniquement et radiologiquement lorsqu'on ne veut pas opérer

dans tous les syndromes dits dyspeptiques apparus après

dans la surveillance postopératoire des opérés d'estomac.

Elle révélera parfois l'existence

- a) d'un cancer de l'estomac sous ses formes infiltrantes, ulcéreuses ou proliférantes. Parfois la netteté du coloris et l'aspect caractéristique des lésions permettent un diagnostic aisé; mais dans d'autres cas dans les formes infiltrantes ou nodulaires ce diagnostic peut être très difficile. La gastroscopie permet d'avoir une notion exacte de l'étendue intragastrique de la tumeur,
- b) d'une tumeur pédiculée de l'estomac qu'il faut toujours opérer. Ces tumeurs sont souvent hémorragiques; elles peuvent donner une image dite de tumeur bénigne à la radio; souvent elles ne sont visibles qu'à la gastroscopie; fréquemment elles ne sont bénignes qu'en apparence et l'histologie ou l'évolution en démontreront la malignité.
- c) d'un cancer du corps du pancréas lorsqu'il infiltre la paroi gastrique et vient se montrer à l'oeil du gastroscopiste.
- d'un ulcère néoplasique; un ulcère apparemment banal à la radio peut présenter une infiltration nodulaire de ses bords; la gastroscopie fournit alors un argument important pour le diagnostic de malignité et impose une opération immédiate,
- e) dans l'évolution d'un syndrome postopératoire, la gastroscopie permet parfois de déceler une prolifération néoplasique au niveau ou à distance du foyer opératoire.

Elle permet en outre d'éviter des erreurs nombreuses en fournissant l'interprétation correcte ou en aidant puissamment à l'interprétation d'images douteuses à la radio, qu'il s'agisse d'images difficiles de la petite courbure ou du pylore; car très souvent (en évitant l'erreur du faux pylore) on arrive à avoir une vue très nette de la région pylorique contrairement à la conception erronnée de beaucoup de médecins.

Cependant il ne faut pas croire que la gastroscopie soit infaillible. Il est des images d'oedème difficiles à différencier des

images d'infiltration d'autant plus qu'elles peuvent coexister avec elles; il est surtout des images de gastrite qui peuvent simuler à s'y méprendre des images de néoplasie. Il est des zones invisibles même avec les appareils modernes. Enfin il faut savoir que des lésions de la sous-muqueuse peuvent évoluer sans se traduire par des images anormales à l'oeil du gastroscopiste.

Chacun des moyens d'investigation, pris séparément, est entaché d'un pourcentage d'erreurs. En comparant la radiologie et la gastroscopie certains auteurs ont pu démontrer que dans 20 % des cas la radio était supérieure à la gastroscopie et dans 20 % des cas la gastroscopie était supérieure à la radiologie. Il nous semble superfiu de vouloir opposer ces moyens d'investigation. Il est indispensable de les combiner si l'on veut faire un diagnostic précoce et utile des cancers gastriques. Ce n'est qu'en les employant d'une façon systématique et rationnelle que l'on peut arriver à un diagnostic précoce des néoplasies de l'estomac.

En pathologie pulmonaire nous n'attendons plus le faciès amaigri, la cachexie, l'expectoration purulente ou la fièvre hectique pour mettre en jeu les examens complémentaires et faire un diagnostic de tuberculose pulmonaire curable. De même nous devons penser au cancer gastrique et en rechercher les signes de début, apprendre à discuter ,,les petites infiltrations localisées' et ne pas attendre la phase ultime pour faire un diagnostic qui n'a plus que la valeur d'un inventaire des lésions chez un sujet inopérable.

B. Les cancers du gros intestins

Il est de notion courante que les cancers du gros intestin comptent parmi les cancers digestifs les plus fréquents; leurs moyens de diagnostic sont à la fois simples et précis. Il est d'autant plus surprenant que le diagnostic soit souvent posé d'une façon tardive. D'après la statistique du Memorial Hopital les médecins sont responsables de 30% de ces diagnostics tardifs.

Le diagnostic des cancers du gros intestin repose sur une triade symptomatique représentée par

- 1. la clinique
- 2. le toucher rectal et la recto-sigmoïdoscopie
- 3. la radiographie.

1. La clinique: elle peut attirer l'attention sur le tube digestif ou bien forcer les investigations complémentaires pour l'étude du gros intestin. Elle doit imposer toutes les explorations lorsqu'existe un signe très fréquent souvent révélateur, toujours alarmant: la perte de sang par l'anus. Que le sang précède les selles ou les suive, qu'il les enrobe ou soit mélangé avec elles, qu'il soit abondant ou minime, qu'il soit isolé ou associé à d'autres symptômes, qu'il soit unique ou tépété, qu'il soit rouge ou noir, sa présence doit suffire à elle pour déclencher la mise en jeu de toutes les explorations utiles au diagnostic. Les autres symptômes sont aussi nombreux que trompeurs.

Il faut chercher le cancer derrière une diarrhée prolongée et inexpliquée, il faut le soupçonner devant une constipation nouvellement apparue, il faut y penser devant une anémie sévère ou une fièvre inexpliquée, il faut l'envisager en présence de tout syndrome colique, de tout syndrome rectal chez les sujets de tout âge.

L'un quelconque de ces symptômes ou syndromes commande la mise en jeu de toute la batterie des explorations complémentaires.

- 2. a) Le toucher rectal: Il représente l'exploration la plus simple: elle ne nécessite aucun appareil. C'est l'examen le plus utile: 54% des cancers du gros intestin sont abordables au toucher. C'est l'examen le plus facile: par la perception d'une induration ou par la présence de sang il fournit une grande probabilité de lésion néoplasique. Cet examen devrait faire partie intégrante de tout examen clinique. Néanmoins il est souvent oublié et cet oubli est la cause de 48% d'erreurs de diagnostic dans les cancers du gros intestin.
- 2. b) La rectoscopie: Le toucher doit être complété par la rectosigmoïdoscopie. Elle permet de voir les lésions dans environ 70% des cas de cancers du gros intestin. Elle permet de localiser exactement les lésions, renseignement utile pour la technique chirurgicale; quelquefois elle permet de préciser l'étendue en hauteur et de voir le segment sus-jacent. Mais elle permet surtout de faire une biopsie. Faite correctement elle n'est pas dangereuse, faite au bon endroit, elle donne des résultats extrêmement précieux: elle nous permet d'arriver à une précision diagnostique absoluc. En pathologie intestinale il faut obéir à la règle suivante: Toute tumeur palpée ou vue au retoscope doit être biopsiée. Quelle soit saignante ou sèche, qu'elle soit dure ou molle, qu'elle soit saillante dans la lumière ou incluse dans la paroi, qu'elle soit pédiculée ou sessile. qu'elle repose sur une base indurée ou molle, qu'elle soit diffuse ou bien limitée, qu'elle soit recouverte par une muqueuse normale ou ulcérée, qu'elle soit minuscule ou volumineuse: Toute tumeur de cette région doit être considérée comme néoplasique sauf preuve biopsique du contraire. Nous avons biopsié des "papilles hypertrophiques" qui étaient des cancers, nous avons vu des "condylomes" être des cancers, nous avons enlevé un nodule sous-muqueux si petit que la biopsie constituait toute la tumeur et il s'agissait d'un cancer.
- 3. Le lavement baryté. Au-delà des limites du rectoscope se situe la zone du lavement baryté. Il doit être employé toutes les fois que l'on soupçonne une lésion du gros intestin. Il faut non seulement faire des clichés, mais suivre le lavement à la radioscopie. Il faut examiner la boucle sigmoïdienne et les boucles des angles sous diverses incidences et fixer les images douteuses sur des clichés. Le lavement permet, dans environ 300/0 des cas de faire un diagnostic de lésion non abordable au toucher, ni visible à la rectosigmoïdoscopie.

Mais il ne faut pas compter sur le lavement pour faire le diagnostic de lésion rectale, le rectum n'est visible que très difficilement dans une position spéciale. Et d'autre part il faut savoir que le lavement peut ne pas donner de renseignement même avec une lésion assez étendue. C'est un moyen de diagnostic indirect beaucoup moins précis que la rectoscopie.

Néanmoins la clinique avec le toucher rectal, la sigmoïdoscopie et le lavement, combinés, permettent de faire le diagnostic des cancers du gros intestin dans l'immense majorité des cas. Il faut toujours les employer concurremment et non pas séparément.

C'est une condition essentielle si l'on veut éviter des erreurs sérieuses. Il ne faut pas se contenter du diagnostic d'hémorroïdes, elles peuvent être symptomatiques d'un cancer ou coexister avec lui. Il ne faut pas toujours s'arrêter au diagnostic de polype; il peut être sous-jacent à un cancer. Il ne faut pas se leurrer du diagnostic de colite spasmodique, elle peut masquer un cancer. Il faut surveiller les colites ulcéreuses et hémorragiques: elles peuvent se compliquer de cancer, le simuler ou le cacher.

De plus il faut savoir que la découverte d'un cancer ne dispense pas de faire un examen complet pour rechercher une autre localisation néoplasique. La fréquence des tumeurs multiples est telle qu'elle a acquis une signification clinique.

IL MESURES GÉNÉRALES

En combinant tous les examens cliniques et paracliniques on pourrait arriver à un diagnostic précoce du cancer lorsque les signes cliniques ont amené le malade au médecin. Mais dans environ 18% des cas les troubles cliniques sont en retard sur les lésions anatomiques. Est-il possible d'arriver à un diagnotic plus précoce dans ce cas?

Deux méthodes sont à notre disposition.

L'une consisterait à examiner la population entière dans un but de découvrir par un examen systématique les cancers des gens bien portants. On a essayé de le faire au Medical Center de New-York en soumettant à un examen radiologique de l'estomac tous les consultants de l'hôpital. On a ainsi pu découvrir un cancer sur 700 malades. Il est bien évident que c'est là un procédé trop coûteux et impossible à généraliser pour toute une population.

Mais l'étude des statistiques et un exemple industriel nous indiquent une autre méthode. Les statistiques montrent que la fréquence du cancer augmente avec l'âge. Sur 100 000 sujets on trouve 16 cancers chez l'homme et la femme entre 20 et 24 ans 126 et 282 entre 40 à 44 ans, 368 et 514 entre 50 et 54 ans. L'exemple industriel nous est fourni par une usine de colorants des environs de New-York. Ayant reconnu la fréquence relative des cancers de la vessie chez les ouvriers, cette usine a soumis les employés à des examens périodiques, cliniques et cystoscopiques, pour déceler les lésions au début. L'usine a trouvé moins coûteux ces examens systématiques que la perte des ouvriers qualifiés par mala-

die. Cet exemple montre que les examens sont non seulement utiles au point de vue prophylaxie mais aussi profitables au point de vue commercial.

C'est dire qu'il faudrait faire des examens systématiques pour la recherche du cancer sur des groupes de sujets ayant l'âge du cancer. Il s'y surajoute une autre considération surtout valable pour le cancer du gros intestin, c'est la fréquence des lésions précancéreuses. L'on sait en effet que les cancers de cette région se dévelloppent bien souvent sur des lésions préexistantes telles que les polypes. Or ces tumeurs bénignes sont souvent latentes et on les découvre souvent lors d'examens fortuits et systématiques. L'ablation de ces tumeurs bénignes pourrait diminuer sans aucun doute la fréquence des cancers de la région recto-sigmoïdinne.

En conclusion, nous dirons donc que l'utilisation régulière de nos moyens d'investigation permettrait de faire le diagnostic précoce des cancers digestifs et même le traitement prophylactique de certaines lésions précancéreuses. Seul l'examen périodique des gens dits bien portants ayant atteint l'âge du cancer, permettrait d'assurer la précocité de diagnostic indispensable à un traitement rationnel et utile. Ces examens seraient possibles si l'Etat ou une grande organisation privée en assumait la responsabilité ou en assurait le financement. On pourrait objecter le travail immense que cela représenterait. Mais pendant la guerre tous les Etats ont pu faire l'examen systématique de millions de citoyens pour les envoyer sur les champs de bataille. Serait-il beaucoup plus difficile de soumettre à un examen médical certains groupes de sujets afin de découvrir les candidats au cancer? On fera valoir le prix élevé de ces examens. Mais les experts financiers qui savent si bien trouver les sommes inimaginables pour les besoins de la guerre sauront peut-être aussi trouver les sommes modestes par comparaison, pour les besoins de la santé des hommes sans uniforme.

Jusqu'à ce jour — lointain? — où ces examens périodiques seront institués, nous les médecins, nous devons être sur nos gardes pour déceler le cancer au début. En pathologie digestive nous devons vivre avec la hantise du cancer, y penser toujours, le chercher toujours, l'éliminer toujours. Car seul un diagnostic précoce nous permettra de rendre un service utile à nos malades. Il faut se pénétrer de cette notion qu'il n'y a pas de raccourci sur le chemin qui conduit au diagnostic précoce des cancers de l'estomac ou de l'intestin. Il faut faire jouer toute la gamme des examens complémentaires. C'est à ce prix seulement qu'il y aura plus souvent un diagnostic précoce et un traitement radical des cancers les plus fréquents du tube digestif.

Traitement actuel des Polyarthrites chroniques

par Jacques Graber-Duvernay

Il ne saurait être question de tout dire durant les vingt minutes qui nous sont imparties. Plusieurs heures seraient nécessaires pour épuiser un sujet aussi vaste que celui du traitement des polyarthrites chroniques (P. C.). Aussi nous contenterons-nous d'indiquer les méthodes thérapeutiques avec lesquelles nous avons obtenu les meilleurs résultats au cours d'une expérience de dix-huit ans.

Auparavant nous devons donner une très brève esquisse clinique des sujets atteints de polyarthrite chronique, car il n'existe pas une P. C. mais des polyarthrites chroniques. Ils se partagent en deux groupes. Dans le premier, deux à trois articulations sont atteintes; ces formes oligoarticulaires n'ont pas de tendance à l'extension. Dans le second, la progression se fait de facon symétrique, l'évolution revêt un caractère impitoyable, presque toutes les articulations sont finalement plus ou moins atteintes: c'est le rhumatisme chronique progressif généralisé, ou encore polyarthrite chronique évolutive, ou maladie de Charcot: tous ces termes sont à peu près synonymes. Tous, nous connaissons ces malades aux articulations tuméfiées, plus ou moins subluxées, souvent déviées en valgus avec parfois des adénopathies sus-articulaires, qui se déplacent avec difficulté, qui sont voués tôt ou tard à l'impotence complète, et dont l'aspect clinique permet de penser qu'il peut exister, dans certains cas, des lésions sympathico-médullaires associées (1). Dans les formes évoluées, la thérapeutique est impuissante: tout au plus peut-elle soulager les douleurs et éviter une plus grande infirmité.

Il n'en est plus de même dans les formes traitées dès le début et cette constatation souligne ici encore — ainsi que nous l'avons vu dans la coxarthrie — l'intérêt majeur d'un diagnostic précoce. Mais il faut savoir que le diagnostic de la P. C. n'est pas toujours aisé. Rappelons quelques notions connues mais trop souvent né-

⁽¹⁾ J. Graber-Duvernay. Les réactions du liquide céphalo-rachidien au cours des polyarthrites chroniques. Journ. de Médec. de Lyon, 5 juin 1939.



gligées. Un sujet jusqu'ici bien portant souffre d'une ou plusieurs articulations et a un état fébrile. S'agit-il d'un rhumatisme articulaire, type Bouillaud ou d'un début de P. C.? Dans le cas de polyarthrite chronique, on voit le plus souvent le début se faire par les genoux (qui peuvent présenter de l'hydarthrose) et par les petites articulations des extrémités, la température dépasse rarement 38 à 38.5. l'endocarde n'est pas touché. Sans être totalement inactif. à l'état pur ou sous une forme combinée, le salicylate de soude n'a rien ici d'un médicament spécifique. Par contre le pyramidon calme assez bien les poussées évolutives de la P. C.. Ces signes s'opposent à ceux du rhumatisme articulaire aigu. Une notion étiologique importante doit être retenue: passé 35 ans, il s'agit presque toujours d'un début de polyarthrite chronique. On a signalé le développement de polyarthrite chronique quelques mois après une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, dans ce cas le problème devient encore plus complexe, mais ces observations sont assez exceptionnelles (2).

Ce qui fait la gravité de la P. C. c'est l'impotence qu'elle entraine. L'état général est, en effet, conservé le plus souvent. à l'exception des formes très évolutives, avec grosses adénopathics sus-articulaires du type Chauffard-Still (3). Aussi le but que va poursuivre le thérapeute se résume en ces deux propositions:

lever l'état inflammatoire articulaire par la chimiothérapie,

éviter la déformation qui conditionne l'impotence par l'orthopédie.

I. Chimiotherapie

Avant d'instituer une thérapeutique médicale, il conviendra de rechercher soigneusement la porte d'entrée d'une infection focale responsable de la maladie. Il faut malheureusement avouer que cette recherche sera, dans l'immense majorité des cas, vouéc à l'échec (4). Nous avons tous cependant quelques observations — surtout dans les formes oligo-articulaires — où l'ablation de chicots ou d'amygdales, une cholécystectomie, une salpingectomie, l'utilisation d'auto-vaccins en partant du muco-pus amygdalien ou nasopharyngien ou de pyorrhée alvéolaire, ou de la flore microbienne intestinale (pathogen selective culture) ou des voies génitales, ont amené la sédation, puis la régression des manifestation inflammatoires articulaires. Presque toujours le sujet est vu trop tard; ce n'est que dans les premiers temps, en effet, que l'ablation ou la neutrali-

(3) J. Graber-Duvernay. Six observations de syndr. de Chauffard-Still chez l'adulte. Journ. de Médec. de Lyon, 3 mars 1933.

(4) J. Graber-Duvernay. Contribution à l'étude des polyarthrites chroniques et de leur traitement. Lyon Médical, nº 17, 23 avril 1933.

⁽²⁾ J. Graber-Duvernay. Maladie de Bouillaud et polyarthrite chronique évolutive. Arch. de Rhumatologie. T. V., nº 20, avril 1942 et Journ. de Médec. de Lyon, 5 avril 1943.

sation du foyer d'infection peut avoir un résultat concluant. Très vite la réaction inflammatoire cesse d'être spécifique, obéissant à la loi de la non spécificité de la réaction décrite par Duvernay. Sur ces sujets hyperergiques, la destruction du foyer d'infection devient dès lors illusoire dans ses effets. La vaccinothérapie, dans le rhumatisme tuberculeux, mérite toutefois mieux qu'une simple mention: nous en reparlerons plus bas.

Les sels de chaux, plus particulièrement le gluconate de calcium, utilisé dans les P. C. depuis 1932 (5), ont souvent une action favorable. Celle-ci sera renforcée par l'association des vitamines D1 et D2, de la suralimentation et de bonnes conditions d'hygiène et de climat. On utilise généralement la solution de gluconate de chaux à 10% et un volume de 10 cc. — On procède à une trentaine d'injections intra-veineuses à la cadence d'une tous les deux jours. La méthode de Charpy modifiée par Thiers (de Lyon) consiste à faire prendre au sujet 3/4 de litre de lait (riche en phosphate de chaux) chaque jour, associé pendant deux mois, à de très fortes doses de vitamines D et C. On a préconisé aussi des injections intra-veineuses d'huile de foie de morue (4 à 6 de 1/4 de cc au rythme hebdomadaire) qui contient de l'iode, du fer, du phosphore, des graisses et un résidu insaponifiable, renfermant deux vitamines indépendantes A et D (ergostérine irradiée). Nous avons utilisé sept fois cette dernière méthode: elle nous a donné un excellent résultat dans une observation, mais nous l'avons abandonnée, car dans deux cas nous avons eu avec elle, une localisation pulmonaire avec fièvre élevée, atteinte grave de l'état général et expectoration putride.

Le morhuate de cuivre est plus maniable et ne présente pas ces dangers, mais nous n'en avons encore qu'une expérience trop courte pour pouvoir en parler.

Lorsqu'on a la chance de faire un diagnostic précoce de P. C., il est logique d'ouvrir le cycle thérapeutique par le gluconate de calcium dont l'action sera renforcée par l'association des vitamines A.C.D. — Lorsqu'on a affaire à une forme relativement évoluée, il conviendra de ne pas perdre de temps et on s'adressera d'emblée à une des thérapeutiques suivantes, plus agressives, étant bien entendu que gluconate de calcium et vitamines A.C.D. pourront toujours lui être adjoints.

Les sels organiques de cuivre que nous avons pu utiliser à l'hôpital de rhumatisants d'Aix-les-Bains, dès 1942, nous ont donné des résultats favorables dans près de 25% des cas. Cette méthode avait été préconisée par l'école allemande (Tuchler et Razenhoffer. Fenz. . .); nous l'avons prescrite à une soixantaine de malades. Nous avons usé, soit d'allyl-cupro-thiouréido-benzoate de sodium, soit de cupro-oxyquinoléïne sulfonate de diéthylamine: le premier unique-

⁽⁵⁾ J. Graber-Duvernay. Le traitement des polyarthrites chroniques par les injections intra-veineuses de gluconate de calcium. Concours médical, 5 mars 1933.

ment par voie intra-veineuse, le second indifféremment par voie intra-veineuse ou intra-musculaire.

Nos constatations rejoignent celles de Forestier: c'est dans les formes de début et fluxionnaires (intéressant surtout les synoviales)

que le cuivre trouve ses meilleurs indications.

Les doses devront être relativement importantes, atteindre deux à quatre grammes, réparties en injections de dix, puis vingtcinq centigrammes, à la cadence de deux injections intra-veincuses par semaine, pour le premier produit qui nous a paru le plus actif; de trois par semaine et la dose de cinquante centigrammes par injection et un total de 6 à 10 grammes pour le second produit. Le médicament est généralement bien toléré: sur ce point il est supérieur aux sels d'or. Nous avons constaté cependant quelques frissons avec un mouvement fébrile de 6 à 12 heures, quelques heures après l'injection et une poussée d'herpès labial dans deux observations. Une sensation de fatigue avec un léger amaigrissement a également été noté à quatre ou cinq reprises.

Une nouvelle série de sels organiques de cuivre doit être faite trois mois après la première, et ainsi de 3 mois en 3 mois à plusieurs reprises. La méthode bénéficie des contre-indications de la chrysothérapie: elle doit être utilisée chez les chryso-résistants et les chryso-intolérants et chez les sujets âgés. Si elle n'a donné aucun résultat à la suite d'une première série d'injections, il est inutile de récidiver; si la chrysothérapie n'a pas encore été employée et s'il n'existe pas de contre-indications à son usage, il convient alors

de l'essayer sans plus attendre.

Naturellement l'amélioration clinique s'accompagne de modifications des réactions sanguines et on assiste, notamment, à une chute considérable de la vitesse de la sédimentation globulaire.

Les sels d'Or. — Cette médication qui, on le sait, a été préconisée dans les P. C. par J. Forestier, est bien connue dans sa posologie et dans ses indications. Dans l'ensemble, elle nous paraît donner des résultats plus complets et plus durables que la cuprothérapie. Toutefois, elle est incontestablement plus dangereuse que cette dernière et l'on devra toujours commencer le traitement des P. C. par le cuivre, surtout dans les formes de début que nous

envisageons avec prédilection.

On sait qu'un pourcentage important de malades atteints de P. C. ne sont pas influencés par l'or. Il est très difficile d'en fixer le chiffre: il parait voisin de 50%. On sait aussi que les sels d'or sont souvent mal tolérés: les accidents sont aujourd'hui un peu moins fréquents qu'au début des essais de la méthode, mais ils le sont encore trop. Nous n'avons pas à les décrire ici; ce sont les accidents cutanés, les eczémas aigus, qui sont les plus fréquents, les plus tenaces, les plus difficiles à réparer.

Aussi convient-il d'être prudent pendant l'administration du médicament. On ne dépassera pas des doses relativement faibles: 2 à 2,5 grs au total, dix centigrammes par injection et la cadence hebdomadaire. Naturellement une surveillance attentive sera exercée sur

les téguments, les muqueuses, les urines. Il sera indiqué de faire de loin en loin une numération globulaire et surtout une formule leucocytaire. En cas d'apparition d'éosinophilie, il conviendra d'arrêtei le traitement, car les accidents sont alors imminents. Pour éviter ceux-ci, on usera, suivant le cas, d'extraits hépatiques, d'extraits spléniques, de vitamine P. P., d'hyposulfite de soude, d'auto-hémothérapie etc... Les sels d'or en suspension huileuse seront administrés avec prudence, car si cette thérapeutique semble parfois plus efficace que les sels d'or en solution aqueuse, assurant une absorption plus lente, plus soutenue (on connaît la faveur dont jouit actuellement la médication-retard), pour cette même raison aussi les accidents sont plus durables, plus graves. Aussi donnons-nous la préférence à la chrysothérapie en solution aqueuse (aurothiopropanol sulfonate de sodium, aurothiomalate de sodium, thiosulfate double d'or et de sodium etc...). Dans ce cas, l'action médicamenteuse est peut-être moins soutenue, mais la résorption s'avérant plus rapide. les accidents sont moins fréquents, moins graves et moins longs.

Dans nos observations, — portant sur plus de 500 cas — 40 à 50% de malades atteints de P. C. ont bénéficié de la chrysothérapic: ici encore, celle-ci a eu une nette répercussion sur la courbe de sédimentation globulaire, qui dans les cas heureux subit un véritable effondrement. Les formes de début sont plus sensibles à la thérapeutique, mais dans des cas déjà sérieusement évolués, on peut avoir, aussi, de magnifiques redressements. La qualité de la guérison apparente ou réelle sera contrôlée par l'étude relativement fréquente de la vitesse de la sédimentation globulaire. Il ne faudra pas attendre une récidive pour faire une nouvelle série de sels d'or; celle-ci sera pratiquée trois à six mois après la première, puis à la cadence de deux séries annuelles pendant cinq à six ans. Malheureusement, la récidive n'est pas rare en dépit des précautions prises: cette fois la chrysothérapie a, assez souvent, un effet incomplet et celui-ci peut être de plus en plus faible au cours des essais suivants. Il devient alors inutile d'insister et les sels d'or doivent céder le pas à d'autres thérapeutiques. On sait que la chrysothérapie est interdite chez les sujets âgés ou en état de moindre résistance, notamment par des troubles hépatiques ou rénaux.

Nous avons dit tout à l'heure que l'essai d'un diagnostic étiologique doit toujours être tenté au cours de l'examen de malades atteints de P. C. On recherchera avec un soin particulier les antécédents tuberculeux personnels, héréditaires et collatéraux. Lorsque le moindre doute existera, il conviendra de faire un tuberculin-test, suivant la technique de Jacquelin et Turiaf, qui consiste, on le sait, à injecter sous la peau un milligramme de tuberculine diluée dans du sérum physiologique phéniqué. On pourra pratiquer succesivement à 5 à 6 jours d'intervalle, une injection de 3, puis 5 milligrammes, si celle de 1 milligramme n'a donné aucun résultat. Lorsque la tuberculine a un effet positif, on observe une triple réaction: locale, générale et articulaire ou syndromique. Seule cette dernière a une valeur diagnostique. Lorsqu'elle est nette et vient apporter son témoignage au contexte clinique, il conviendra d'instituer sans retard la tuberculinothérapie, car dans les formes de début, celle-ci peut donner, dans certains cas, de magnifiques résultats.

Habituellement nous procédons à 15 ou 18 injections à 7 ou 10 jours d'intervalle. L'aptitude réactionnelle du sujet fixe la dosc initiale et sa progression. Une violente réaction générale et locale au tuberculin-test incitera à la prudence. — Dans la majorité des cas nous débutons par un milligramme pour terminer par trois milligrammes pour les dernières injections. Le produit utilisé a été la tuberculine brute de l'Institut Pasteur, diluée dans du sérum physiologique phéniqué: nous nous servons ordinairement, de la solution au 1/1000, qui doit être préparée extemporanément.

Peu d'accidents, mais il faut surveiller le malade au cours de la cure de tuberculine. Nous avons noté à 4 reprises sur un total de 33 observations, de petis abcès souscutanés aseptiques, au lieu de la piqûre: ils ont d'ailleurs guéri assez facilement. Des troubles hépatiques avec subictère, urobilinurie et état nauséeux, ont été constatés dans 5 ou 6 observations; les injections de tuberculine ont alors été espacées. Dans un cas seulement nous avons dû arrêter le traitement devant l'apparition d'un véritable syndrome toxémique continu avec aggravation parallèle du rhumatisme: le malade a d'ailleurs été finalement amélioré. Il est bien entendu que la méthode est contre-indiquée lorsqu'il existe des lésions de tuberculose pulmonaire évolutive, ou un état pathologique des émonctoires hépatique et rénal.

Ces réserves faites, nous avons eu d'excellents résultats dans 13 cas — 9 étant des formes de début — sur 33.

Je m'excuse de mentionner simplement la pyrétothérapic; elle peut être donnée par l'intermédiaire de "caisses" garnies de lampes électriques, seule la tête émerge. Cette méthode prônée par les Américains permet d'atteindre des températures de 60 centigrades et a pu donner des résultats dans des polyarthrites d'origine gonococcique. Dans une quinzaine d'observations nous avons utilisé, dans le même but, un stock-vaccin antichancrelleux en injections intraveineuses (4 à 5 injections à dose croissante, une tous les 3 à 4 jours); la réaction thermique a été vive, mais le résultat thérapeutique assez médiocre. Il est vrai qu'il s'agissait de cas anciens ayant résisté aux autres traitements; dans deux observations, cependant, nous avons enregistré une atténuation des douleurs et un fléchissement considérable de la courbe de sédimentation globulaire. La diathermie et les ondes courtes ne peuvent avoir ici qu'un rôle d'appoint. L'abcès de fixation est, le plus souvent, sans effet sur les douleurs et la tuméfaction articulaire. Quant à la pénicilline, son action ne se fait sentir que sur les formes oligo-articulaires d'origine infectieuse; il est possible que la pénicilline-retard soit plus efficace.

II. Orthopédie

L'orthopédie présente le plus grand intérêt et doit être utilisée:

- a) à titre préventif pour éviter les déformations, les positions vicieuses (en flexion généralement) et les déviations segmentaires,
- b) à titre curatif, lorsque le sujet est vu plus tardivement et que celles-ci sont déjà constituées.

Pour prévenir on utilisera les méthodes préconisées par Swaim (de Boston) qui ont pour but de devancer la déformation en évitant la constitution du spasme musculaire, contracture de défense, conséquence de l'arthrite (Pair et Partridge) et responsable de la position pathologique. Le principe à suivre est de corriger cette attitude de spasme musculaire en lui substituant, suivant l'expression de Swaim, une position de repos "protégé" destinée à soulager l'irritation articulaire, c'est à dire l'arthrite. Ce repos protecteur de l'articulation est obtenu par l'usage d'appareils plâtrés de divers types. On applique le plâtre sans tenter le moindre essai de réduction. Très rapidement, au bout de 24 à 48 h. l'appareil est coupé en deux, si cela est nécessaire, et très vite quelques degrés de mobilité sont permis par intervalle, tandis que la douleur et le spasme décroissent. que la flexion articulaire diminue et que les nuits deviennent meilleures. Dès qu'une extension supplémentaire aura été obtenue. grâce au relâchement musculaire, on applique un nouvel appareil en position plus étendue, et ainsi de suite à deux ou trois reprises. jusqu'à ce que l'articulation soit revenue en rectitude. Peu à peu on limite la durée des périodes de protection et on augmente celle des périodes d'activité. Finalement les appareils plâtrés ne sont plus utilisés que la nuit, mais il le sont alors indéfiniment jusqu'à ce que les symptômes d'arthrite aient disparu. Parallèlement on préconise des exercices de développement, des massages musculaires, des pratiques crénothérapiques: les progrès sont régulièrement contrôlés par le goniomètre ou tout autre moyen. Naturellement le traitement médical est mené de front et conjugue ses effets à ceux du traitement orthopédique.

Pour guérir dans une certaine mesure, les déformations, les positions vicieuses ou les déviations constituées, il conviendra d'abord de calmer l'état inflammatoire articulaire par la thérapeutique médicale (cuivre, or etc...). La sédimentation globulaire offre à ce point de vue, un excellent et facile moyen de contrôle. Lorsqu'elle sera fixée à des chiffres voisins de la normale, on pourra procéder, sous anesthésic générale, au redressement articulaire. Celui-ci pourra se faire en un temps ou en plusieurs temps, surtout si le cas est ancien. L'immobilisation en appareil plâtré sera très brève, ne dépassera pas huit à dix jours. Très vite on procédera à la mobilisation articulaire et au massage, le plâtre de repos étant conservé la nuit pendant un certain temps.

Nous n'insisterons pas sur les ressources qu'offre la chirurgie, dans le traitement des P. C. La parathyroïdectomie pourra être

tentée en cas d'échec de la chimiothérapie, dans les formes très douloureuses et à tendance ankylosante. Elle peut donner des résultats même lorsque la calcémie est normale. Les autres procédés échappent à une description schématique: ce sont des cas d'espèce, dont les indications varient d'un sujet à l'autre (amputation d'orteils, section de ligaments articulaires, résection arthroplastique d'un genou etc...).

En conclusion, il convient de souligner qu'actuellement on peut dans une proportion très intéressante de cas stopper une polyarthrite chronique, affection dont la tendance évolutive est bien connue. La thérapeutique nous offre des armes excellentes dont il faudra user, mais pour que celles-ci puissent s'exercer avec leur plein effet, il convient de faire un diagnostic précoce, car c'est bien là, le noeud de la guestion.

Un cas de néphrose lipoïdique rebelle au traitement classique

par Fred. Hippert

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui entre à l'Hôpital le 18.3.47. Il jouissait d'une santé parfaite jusqu'au mois de février 1947. A cette époque il contracte "une infection grippale" dont il ne se remet pas. Des oedèmes apparaissent, d'abord au paupières, puis aux jambes. Dans la suite ils s'étendent aux cuisses, aux bourses, au tronc et prennent peu à peu un volume énorme. C'est un oedème indolore, mou, blanc et à godet.

La cavité abdominale reste libre, mais très précocément nous constatons un épanchement pleural à gauche. Rien aux poumons et au coeur. Pourtant nous avons, à plusieurs reprises, observé des crises de tachycardie arythmique facilement réductibles par l'ouabaïne intraveineuse.

Ni au début ni après l'évacuation des oedèmes nous n'avons pu décéler un foyer infectieux aigu ou chronique, une hypertrophie du foie ou de la rate. A deux reprises le malade a eu des crises diarrhéiques de très courte durée.

Urines oliguriques. L'albumine varie entre 20/00 et 460/00, assez rares cylindres hyalins, pas de globules rouges ni au début, ni dans la suite. NaCl 4,58 gr par jour. Urée au début 0,320/0, acide urique 0,0310/00, cholestérine 365 mgr 0/0, NaCl 5,70/00, Protéines totales 3,650/0. Sérines 1,140/0, globulines 2,510/0. Rapport sérines/globulines = 0,46. Hémoglobine 750/0. Globules rouges 4 300 000. globules blancs 11 200. Bilirubine 0,00160/00, temps de saignement 2 minutes, temps de coagulation 10 minutes. Vitesse de sédimentation 63/84 mm. Métabolisme basal — 270/0 à 2 reprises. Tension artérielle 13,5/8,5 au Boulitte.

Fin mars nous instituons le traitement thyréoazoté sans sel et pauvre en graisses. L'extrait thyroïdien est administré à raison de 1,2 gr par jour, dose qu'on ne peut pas dépasser sans provoquer des signes d'intoxication. Vers la mi-août l'extrait est remplacé par la thyroxine intraveineuse à raison de 5 mgr tous les 4 jours. Malgré une dose totale de 180 gr d'extrait et 60 mgr de thyroxine la diurèse

ne s'amorce pas. C'est pourquoi nous complétons le traitement par des infusions de plasma et des doses massives d'urée (Ituran), qui pourtant ne donnent aucun résultat. Nous recourons alors à la pyrétothérapie (Dmelcos). Mais elle aussi n'apporte aucun changement. Devant cet échec et l'extrême augmentation des oedèmes nous nous décidons à essayer l'évacuation mécanique. Un gros drain métallique, perforé en d'assez nombreux endroits, est appliqué à la face externe haute de chaque cuisse et y est laissé 3-4 jours. Cette pratique fut répétée 6 fois et donna issue à 97,5 litres d'oedème. Ouelques jours après le dernier drainage le patient contracte une affection aiguë des voies respiratoires supérieures d'assez courte durée. C'est à la suite de cet épisode fébrile que la diurèse se déclenche. Elle s'est maintenue jusqu'à ce jour. Le corps, reprenant peu à peu ses formes normales, montre un amaigrissement notable. Une poche d'oedème persiste aux faces externes hautes des cuisses. les parois abdominales et les extrémités inférieures ne montrent plus qu'une infiltration insignifiante. L'examen radioscopique du thorax est entièrement négatif, l'épanchement pleural a complètement disparu (sans ponction). La tension artérielle qui oscillait en fin d'année autour de 15-16/9,3 est actuellement de 14,5/9. Comment expliquer cette tension certainement pathologique à l'âge de 20 ans? Fut-elle une conséquence du barrage périphérique? Ou faut-il plutôt la considérer - malgré l'absence d'hématies dans les urines comme un signe d'ordre néphritique qui s'est accolé à la néphrose préexistente? Nous croyons que l'évolution seule pourra y donner une réponse satisfaisante.

Et voici le résultat des analyses faites au début de février 1948: Urines: albumine 3,8°/00, quelques cylindres hyalins et granuleux. Pas de globules rouges. NaCl 18,20 gr par jour. Urée sanguine 0,45°/0. Protéines totales 4,16°/0, sérines 3,07°/0, globulines 1,09°/0, rapport sérines/globulines = 2,8, cholestérines 400 mgr °/0, hémoglobine 90°/0, globules rouges 4 650 000, globules blancs 5 200, vitesse de sédimentation 108 première heure (sans foyer décelable), métabolisme basal + 6°/0.

L'amélioration des signes cliniques et des troubles urinaires et humoraux est donc évidente, mais il est impossible de parler de guérison. Le régime hyperazoté, hypochloruré et pauvre en graisses est continué et complété par la thérapeutique acidifiante de Veyre.

En conclusion, nous pouvons donc dire que le traitement thyréazoté complété par des infusions de plasma, des doses massives d'urée et la pyrétothérapie n'a pas pu amorcer la diurèse, que celleci ne fut déclenchée qu'après l'évacuation mécanique de 97,5 litres d'oedème et un épisode fébrile aigü. Il est banal de voir la diurèse s'installer à la suite d'un accident fébrile. Dans notre cas il nous semble pourtant logique d'admettre que la compression tissulaire par le volume énorme des oedèmes en ait gêné la résorption et peutêtre contribué à l'inefficacité de la médication classique.

Über die Pankreatitis

von Hubert Meyers

"Die leichten Pankreasschäden gehören zu den häufigsten Krankheiten!" (Katsch). "La pancréatite chronique n'est pas une affection exceptionnelle." (Mallet-Guy).

Wenn im Gegensatz zu diesen und ähnlichen Feststellungen die Diagnose der Pankreatitis in der Praxis eine Seltenheit blieb, dann lag das hauptsächlich an dem mangelhaften Ausbau der klinischen Diagnostik; sie hat in jüngerer Zeit grössere Fortschritte zu verzeichnen. Die Arbeiten der pathologischen Anatomie waren lange durch die schnelle postmortale Autodigestion des Organs behindert, haben sich aber ebenfalls besonders durch das Studium resezierter Pankreasteile erheblich gebessert.

Unter den ätiologischen Faktoren steht sicher an erster Stelle ascendierende Infektion: Höherwandern der gramnegativen Darmflora bei länger dauernder Gastroenteritis, häufig auf der Basis einer Sub- bzw. Anazidität (z. B. auch nach Magenresektion), Einwandern der pathogenen Keime in die Drüsenausführungsgänge, evt. begünstigt durch eine Insuffizienz der Papilla Vateri, (dadurch erklärlich die paralelle Entwicklung einer Gallen- und Pankreasgangsentzündung). "Fast jeder Kranke mit chronischen Veränderungen an den Gallenwegen erlebt irgendwann im Verlauf seines langen zeitweilig latenten Krankseins Schädigungen des Pankreas" (Katsch und Brinck). Dem entspricht auch die schon lange von chirurgischer Seite gemachte Feststellung von Pankreasveränderungen bei Gelegenheit von Gallenblasenoperationen. In der Anamnese wird also besonders auf Enteritis und Cholezystitis zu achten sein. Besonders häufig wird man die Enteritis feststellen, die andererseits im circulus virtiosus durch mangelhafte Verdauung infolge Pankreatitis begünstigt wird. Symptome: Häufiges Kollern im Bauch nach dem Essen, besonders bei Diätfehlern, gestörte Stuhltätigkeit, entweder spastische Obstipation (schafkotförmiger Stuhl) oder breiige bzw. wässerig-schleimige Durchfälle oder im Wechsel beides. Die Bedeutung der Enteritis für den Gesamtorganismus hier herauszustellen, würde zu weit führen. Jedenfalls wird sie eher unterschätzt. Andere ätiologische Momente bilden lympho- und hämatogene In-

fektionen. Lymphatische Verbindungen bestehen zwischen Duodenum bzw. Gallenblase und Pankreas. Fast jede septische Erkrankung, besonders aber solche im Stromgebiet der Vena portae (z. B. typhlitischer Abzess, chron. Appendicitis) beeinflusst in wechselndem Ausmass die Bauchspeicheldrüse. Häufig sind chronische Anginen in Verbindung mit chronischer Pankreatitis zu bringen. Auch grippöse Infekte komplizieren sich ab und zu mit Pankreassymptomen. Die Bedeutung der Parotitis epidemica ist bekannt. Auch abakterielle Entzündungen können vorkommen, lokale autodigestive Prozesse, die nicht gleich das Ausmass einer akuten Pankreasnekrose annehmen müssen, besonders infolge inkompletter oder kurzdauernder Verlegung der Papilla Vateri durch Dyskinesie, Gallenstein. Askaris und andere Faktoren bei gemeinsamer Mündung von Choledochus und ductus Wirsungi. Das Säuferpankreas (chronische interstitielle Pankreatitis) als Komplikation einer Lebercirrhose, aber auch selbständig, zeigt die Bedeutung von Intoxikationen. Als weitere toxische Schäden sind Phosphor und bakterielle Toxine zu nennen (z. B. Pankreascirrhose im Gefolge von chronischer Lungen Tbc). Das Pankreas kann sich sowohl an der Lues II als Lues III beteiligen, ähnlich der Leber. Die congenitale luetische Pankreatitis ist bekannt. Ach die Tbc des Pankreas kommt vor (Miliar-Tbc, Konglomerattuberkel). Klinisch sind die spezifischen von den unspezifischen Entzündungen bisher nicht mit Sicherheit zu scheiden. Noch zu erwähnen sind die fortgeleiteten lokalen Entzündungen bei Ulcus penetrans ventriculi s. duodeni, bei Divertikulitis, Lymphadenitis und anderen Erkrankungen der Nachbarschaft.

Bekanntlich bilden in der Medizin die einfachen Krankheitsbilder die Ausnahmen, aber zur Klärung der Begriffe ist ihre Heraus. stellung von Nutzen. Ausgehend von der häufigsten Enstehungsart der Pankreatitis wird man zunächst zwischen Pankreasgang- und -parenchymentzündung, zwischen Sialangitis und Pankreatitis als solcher unterscheiden. Die Sialangitis, wie bei anderen Ausführungsgängen eine katarrhalisch-schleimige Entzündung ist sicher "für das Pankreas von grösserer Bedeutung als bisher angenommen wurde" (Aschoff). Abgesehen von der auch durch sie bedingten entzündlichen Hyperämie des Organs wären Sekretstauungen — ein bekannter begünstigender Faktor in der Verstärkung von Infektionen besonders zur Zeit intensivster Organtätigkeit denkbar, was sowohl das Auftreten von Schmerzen als die günstige Wirkung von Hungerkur und Kapselspaltung erklären könnte. Wie bei anderen Katarrhen lassen sich akute und chronische Formen unterscheiden. Miliare, aber auch konfluierende grössere Abzesse werden im Gefolge beschrieben. Wie bei einer Bronchopneumonie kann die Beteiligung des Parenchyms nicht ausbleiben. Die Sialangitis wird zur Pankreatitis. Nicht verwunderlich ist dann die Feststellung von Mallet-Guy und Vachon, dass die path.-anat. Veränderungen von einer Stelle zur andern variieren, sowohl in Bezug auf Charakter als auf Alter. Die Pankreatitis akuta zeigt sich in geringeren Stadien in einem diffusen Oedem, bei stärkerer Erkrankung in einer phlegmonösen Entzündung der Drüse, die sich in grössere oder geringere Abszedierung, in Gangrän, in Hämorrhagien, in lokale bzw. allgemeine Peritonitis weiter entwickeln kann. Die akuten Formen können sich zurückbilden, einer chronischen Umbildung des Organs Raum gewährend. meist in Form einer Zunahme des bindegewebigen Gerüstes auf Kosten des Parenchyms, aus dem sich im Verlaufe der Zeit eine Pankreascirrhose entwickeln kann. Im Gefolge der Sekretstauung, Abszedierung, Blutung können Cysten auftreten, andererseits Steine sich ausbilden. Soweit kurz angedeutet die path.-anatom. Grundlagen.

Als führendes klinisches Symptom wird von allen Seiten der Linksschmerz angegeben. Er fehlt fast nie in der Anamnese. Da er sich so verschieden stark äussert und in Häufigkeit, Lokalisation, Abhängigkeit vom Essen sehr variieren kann, wird er meistens verkannt und mit anderen Krankheitszuständen verwechselt: Angina pectoris, Angina abdominalis, Interkostalneuralgie, Pleuritis, Lumbago, Pyelitis und Nierenstein, Colitis, Ulcus ventriculi oder duodeni penetrans, Milzerkrankungen. Er ist meist ins Epigastrium und linke Hypochondrium zu lokalisieren, kann sowohl herz- als nierenwärts ausstrahlen, ebenso in die linke Schulter und ins linke untere Abdomen, sogar in den linken Oberschenkel. Manchmal tritt der epigastrische Sitz zurück, das Ausstrahlungsgebiet dominiert im Schmerzbild. Dann sind die Verwechslungsmöglichkeiten besonders gross. Es heisst dann bei jedem Linksschmerz zum mindesten eine Pankreaserkrankung mit in Erwägung zu ziehen, andere Symptome werden die Diagnose klären helfen. Meist tritt der Schmerz nicht regelmässig, nicht täglich auf, meist in Abhängigkeit vom Essen, meist verstärkt nach grösserem Fettgebrauch. Manchmal besteht er aber auch dauernd, verstärkt nach jeder Mahlzeit, sodass man an Ulcus denken könnte, manchmal handelt es sich sogar um einen typischen Hunger- und Spätschmerz. Gegenüber dem einfachen Magengeschwür ist aber fast immer Fettabneigung oder -unverträglichkeit hervorzuheben. Die Intensität des Schmerzes zeigt alle Grade vom einfachen Ziehen bis zur grossen Kolik, die einer Steinkolik in nichts nachsteht. Es kommt aber auch vor, dass Spontanschmerzen völlig fehlen. Bei gleichzeitiger Gallengangserkrankung kann neben dem Linksschmerz der typische Rechtsschmerz evt. im Wechsel auftreten. Aber "es war ein Irrtum zu glauben, ein Gallensteinschmerz könnte gelegentlich ausschliesslich links empfunden werden" (Katsch).

Noch konstanter als der Linksschmerz ist die Druckschmerzhaftigkeit des Organs. Als Pankreasdruckpunkt wird eine Stelle zwei Zentimeter oberhalb und rechts vom Nabel angegeben. Nach tausenden von roentgenologischen Magenuntersuchungen kann ich behaupten, dass allzu grosses Vertrauen in die Verlässlichkeit dieser Druckstelle leicht zu Irrtümern führen könnte. Im allgemeinen trifft man wohl dabei auf den Pankreaskopf und ist dann häufig erstaunt, hier keinen Druckschmerz auszulösen; denn, wenn auch meistens die Pankreatitis entsprechend der kürzeren Distanz zum Darm im

Kopfteil lokalisiert ist, so wechselt doch der Sitz erheblich. Bald liegt er mehr nach oben, bald mehr nach unten, bald überhaupt nicht im Kopf sondern mehr im Körper. Manchmal auch wechselt die Kopflage stärker im Stehen und Liegen, manchmal trifft man auf andere erkrankte Organe z. B. auf eine nach medial verzogene Gallenblase. auf einen geschwürigen Bulbus oder ein Duodenaldivertikel. Eine genaue Pankreaslokalisation und Druckschmerzprüfung ist nur mittels Röntgenuntersuchung zu erreichen, die gleichzeitig durch Ausschluss anderer Erkrankungen Entscheidendes zur Differentialdiagnose beitragen kann. "L'exploration radiologique... est pour tous nécessaire, le malade étant habituellement adressé avec le diagnostic d'ulcère gastrique qu'il importe, dès l'abord, de confirmer ou de réfuter" (Mallet-Guy et Vachon). Diese letzteren Autoren geben auch eine Palpationsmethode des Pankreaschwanzes an: Rechtseitenlage. Beine angezogen, Druckpunkt 3 bis 4 Zentimeter links von der Medianlinie unter dem Rippenbogen. Manchmal ist der ganze Pankreasverlauf druckschmerzhaft. Eine deutliche Resistenz ist dagegen eine Rarität. Selten fehlt eine Druckschmerzhaftigkeit der Gallenblasenregion. Auch das Courvoisier'sche Zeichen kann auftreten infolge einer Choledochuskompression auf Grund einer akuten oder cirrhotischen Pankreatitis. Überhaupt wird man einen Ikterus häufig in der Anamnese feststellen. Entsprechend dem häufigen parallelen Krankheitsgeschehen im Lebersystem trifft man auch auf leichte Leberschwellungen.

Die bei Pankreatitis auftretende hyperalgetische Zone entspricht dem linken 7. bis 8. Dorsalsegment. Bei starker Entzündung

geht sie über die entsprechenden Segmente hinaus.

Fieber tritt bei der gewöhnlichen Pankretitis selten auf. Bei Komplikationen in Form von Abszessen oder Nekrosen, Subfebrilität, in schweren Fällen mit starken Vergiftungssymptomen Unter-

temperaturen.

In der Anamnese werden Fragen nach Enteritis (s.o.) und Stuhlbeschaffenheit einen wichtigen Platz einnehmen. Da das Pankreas im Verdauungsprozess eine bedeutende Rolle spielt, wird sich seine Erkrankung irgendwie hemmend auswirken. Sind allerdings nur kleinere Teile der Drüse erkrankt, so wird die Tätigkeit der intakten Partien zur normalen Speiseverdaung ausreichen. Bei schwereren Störungen — und vorübergehend werden solche mit stärkerem Funktionsausfall kombiniert fast immer vorkommen — treten Fettstühle auf: Gelbe bzw. graue Stühle, manchmal nur in grossen Abständen, evt. im Anschluss an stärkere Schmerzen oder nur nach grösserem Fettgenuss, besonders eindrucksvoll dann, wenn gleichzeitig Obstipation besteht, wo man einen dunkler gefärbten Stuhl erwarten sollte. Natürlich wird man sich nach gleichzeitigen cholämischen Zeichen erkundigen, um nicht mit einem Ikterus-Stuhl zu verwechseln. Nur in schwersten Fällen von Pankreatitis oder nach reichlichem Fettgenuss hört man von "Butter- oder Salbenstühlen", glänzenden, von flüssigem öligem Fett umgebenen, massigen, meist übelriechenden Stühlen, die an Sprue oder Pellagra denken lassen. Ab und zu erzählen einem die Patienten spontan, dass mit dem Stuhl die Speisen unverdaut abgehen. Die schlechte Nahrungsauswertung findet zumeist ihren Ausdruck in einem enormen Gewichtsverlust, der den Verdacht auf carcinomatöse Erkrankung erregt. Nur selten und unerklärlich ist in leichten Fällen eine leichte Gewichtszunahme festzustellen. Gastritische Beschwerden fehlen selten: Druck im Epigastrium p. c., Aufstossen, Appetitlosigkeit. Interessanterweise gibt es aber auch das Gegenteil, durch Beteiligung des Inselapparates zu erklären: Heisshunger, oft schon sofort nach den Mahlzeiten, Hunger- und Spätschmerz, hypoglykämische Zustände mit Unruhe, Zittern, Schwindel, Ohnmachten usw., durch Kohlehydratzufuhr zu beheben.

Zur Zeit ist vom Laboratorium her keine entscheidende Hilfe zu erwarten. Am wichtigsten ist wohl die Diastasebestimmung in Blut und Harn. Während die Normalwerte sich zwischen 16 und 32 (8 bis 64) Einheiten bewegen, findet man häufig, besonders in akuten Zuständen über- oder unterdurchschnittliche Werte. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass auch in der Parotis Fermententgleisung auftreten kann, dass bei Nierenschäden die Harndiastase auf Null absinkt bei aufsteigender Blutdiastase. Auch bei Basedow, Lungentumoren, Gallenwegserkrankung, nach Jodtetragnost und in der Menstruationszeit sind die Diastasewerte im Blut erhöht. Ebenso wie die Diastase, haben auch die Blutzuckerbestimmungen nur bedingten Wert. Besonders im Anfangsstadium einer akuten Pankreatitis tritt vorübergehende Hyperglykämie auf. Manchmal findet sich bei chronischen Zuständen Hypoglykämie. Wahrscheinlich ist die Bedeutung einer Pankreatitis in der Genese des Diabetes grösser als bis jetzt angenommen wurde. Eine häufigere Stuhluntersuchung nach Schmidt'scher Probekost wäre zu empfehlen. Besonders die Fettuntersuchung im Stuhl ist von Wichtigkeit. Brull bestimmt das Stuhlgewicht, dann den quantitativen Fettgehalt. Normalerweise enthält der Stuhl nicht mehr als 20% Fett. Störungen in der Fettverdauung gibt es aber wie gesagt nicht nur bei Pankreatitis, sondern auch bei stärkerer Enteritis, Lebererkrankung, Sprue und Pellagra. Die Prüfung der Pankreasfunktion über eine Duodenalsonde hat sich nicht durchgesetzt. Nur der negative Ausfall auf Äther, dil. HCl oder Sekretinreiz gilt und lässt auf groben Pankreasschaden schliessen. Eine Wasserman-Reaktion ist anzuraten.

Therapie

In leichteren Fällen — und sie bilden die Mehrzahl — wird man mit einer strengen Diätverordnung auskommen: längere Zeit reine Kohlehydratkost, besonders leichte Kohlehydrate (Traubenzucker!) in calorisch ausreichender Menge, ein leichtes Fasten aber kann dabei nichts schaden. Die Speisen sollen gut im Munde mit Speichel durchmischt werden. Für genügende Vitaminzufuhr sorgen! Später Zusatz von leicht auflösbaren Eiweissen: Eiklar, Fleischsaft, gekochter magerer Fisch, Plasmon oder ähnliches. Fette sind längere Zeit

zu meiden, später dann in Form von Eigelb, frischer Butter, (gutcm Olivenöl), vorsichtig zu dosieren. Zugleich mit dem Übergang zu Eiweiss und Fett wird man dann Substitutionspräparate zur Verdauung verordnen und zwar in hoher Dosierung: 6-12 gr pro die auf die Mahlzeiten verteilt, z. B. Enzypan, Pankreon, Pancrhepar. Digestase, Pancrotanon, Wirsungine. Auch Salzsäure-Pepsin ist bei Subacidität angezeigt. Überhaupt muss der Enteritis als ursächlichem Faktor besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auch hier ist besonders Fasten von guter Wirkung. Neben den alten Adstringentien, Absorbantien, den Heilwässern (Vichy) usw., können die neueren Desinfizientien versucht werden z. B. Sulfasuxidin und -thalidin. Gegen Hypersekretion- und motilität Atropinpräparate, auch Luminaletten. Hier anschliessend kann auf die Wichtigkeit der Ausspannung, der psychischen Gesundung hingewiesen werden, der Ausschaltung jeglicher Stimulantien oder Stupefacientien wie Alkohol, Kaffee, Nicotin, Gewürze. Die Apfeldiät wirkt oft Wunder. An Calcium carbonicum als fettbindendem Mittel ist zu erinnern. Gärungs- und Fäulnisdyspepsie — ob ihre besondere Herausstellung zu Recht besteht sei dahingestellt - sind nach den bekannten Grundsätzen zu behandeln. Auf den Calciummangel infolge Enteritis sei hingewiesen. Bei anderer Entstehungsursache entsprechende kausale Behandlung: Infektionskrankheiten, Fokalinfekte, Cholecystitis, Ulcus ventriculi, Diverticulitis, Alkoholabusus, Lues usw.

Bei stärkeren Pankreasschmerzen Bettruhe, völlige Nahrungskarenz für zwei Tage, die wegen der Appetitlosigkeit meist gerne ertragen wird. Dann Kohlehydratbreie, öfter und in geringen Mengen. Dazu laue Umschläge und Atropin (antispasmodisch, schretionsdämpfend). Bei Verdacht auf Pankreasödem (besonders heftigen Schmerzen) ausserdem entwässern (eventuell salzfreie Kost, Strophantin i. v. mit Traubenzucker).

Von chirurgischer Seite wird empfohlen: Die Pankreatotomie, Kapselspaltung an Kopf oder Schwanz je nach Hauptsitz, die Pankreatektomie bei vorwiegender Lokalisation im Schwanz, die Splanchnikektomie.

La gymnastique orthopédique dans le traitement des déformations de la colonne vertébrale

par Aug. Thyes

Je me propose dans cet article de circonscrire le rôle de la gymnastique orthopédique dans les déformations de la colonne vertébrale, c'est-à-dire de donner quelques indications sur ce que l'on peut espérer de la gymnastique vertébrale dans le traitement de ces déformations.

Cette gymnastique particulière ne constitue qu'une partie de la gymnastique orthopédique, qui elle, aide au traitement des déformations de l'appareil locomoteur. La gymnastique envisagée s'adresse à toutes les déformations rachidiennes, en particulier aux déformations apparentes et graves, cyphoses, lordoses et scolioses, et a pour but d'aider à redresser les déformations rachidiennes dans des conditions déterminées, mais surtout à maintenir les corrections de ces déformations obtenues par d'autres modes de traitement (corset, etc.). Les techniques mises en oeuvre sont les mêmes dans le cas où l'on veut prévenir l'apparition des déviations, mais l'on parle dans ce cas surtout de gymnastique corrective. Même si les techniques mises en oeuvre sont à peu près les mêmes, je veux laisser cette question de côté, ayant en vue d'y revenir dans un autre article.

Elle s'oppose à la culture physique qui a pour but de développer harmonieusement le corps en général, en ce sens qu'elle est spécialisée, tendant à développer un muscle, resp. un groupe musculaire donné et qui est déficient.

Certains prétendent qu'elle est facile à appliquer; mais je crois que raisonner de cette façon, c'est résoudre le problème un peu à la légère et je me demande même s'ils ne passent pas à côté de la question.

Les déformations graves de la colonne vertébrale atteignent en général 5% à 10% des individus, surtout des adolescents, et les conséquences qu'elles entraînent peuvent être des plus fâcheuses pour l'avenir de l'individu. Si l'on y ajoute, d'après les statistiques

officielles, 60% à 70% des individus atteints d'une maladie pouvant éventuellement rentrer dans le cadre de la gymnastique médicale, l'on peut se faire une idée de l'importance de l'exécution rationnelle et médicalement indiquée de cette gymnastique.

Je n'ai pas ici l'intention de vouloir décrire les différents exercices indiqués dans les différentes déformations. Je ne veux que donner quelques généralités — je pourrais dire quelques axiomes — montrant comment cette gymnastique pourra être rationnellement

exécutée et pourra donc avoir le maximum d'effet.

Si l'on s'attaque au traitement d'une déformation donnée et médicalement précise de la colonne vertébrale, et que l'on veuille faire appel aussi à la gymnastique vertébrale, il ne faut pas perdre de vue qu'aucune déformation vertébrale ne ressemble exactement à une autre et l'on peut même dire qu'il y a autant de déformations que d'individus. Il en résulte que cette gymnastique doit être individuelle. On peut m'objecter que certaines déformations ont à peu près le même aspect et qu'on pourrait grouper les porteurs d'une même déformation, en vue de leur faire exécuter ensemble des exercices semblables. Ceci pourrait être vrai pour les exercices d'équilibration générale, mais comme souvent ou presque toujours les exercices spéciaux se feront contre résistance manuelle, il est difficile pour une seule personne de se consacrer entièrement aux multiples individus sous contrôle. Et il ne faut pas oublier que les exercices doivent être fréquemment répétés et qu'on a à faire à des individus faibles, de sorte qu'une séance pareille serait évidemment très fatiguante. Il est d'autant plus difficile de faire faire de la gymnastique orthopédique à des individus atteints de formes différentes de déviation rachidienne.

Il s'agit d'une gymnastique spéciale, tendant à développer un muscle déficient ou un groupe musculaire déficient à même action physiologique. Comme il faut pouvoir contrôler l'action musculaire, il va sans dire que les exercices se feront de préférence torse mu ou en maillot de bain. Le plein air ou la fenêtre ouverte sont à recommander, de même qu'au point de vue général il vaut micux faire faire les exercices le matin à jeûn ou avant les repas.

En troisième lieu elle doit plutôt tendre à produire l'extension du tronc que la flexion. En effet, une colonne vertébrale en extension est mieux fixée que celle en flexion, les articulations postérieures fournissent un appui solide ne pouvant pas être dévié. Le corps a d'ailleurs tendance à se courber, à se fléchir en avant, et l'homme n'est pas fait pour regarder le sol, mais pour avoir le regard dirigé droit devant lui. Il faut aussi éviter de produire de la souplesse, car une colonne souple se déviera plus rapidement qu'une autre.

Pour arriver au meilleur résultat, cette gymnastique doit être mise en oeuvre après correction dans les limites du possible de la déformation dont est atteint l'individu; donc après mise en oeuvre de ce qu'on appelle la position de départ ou de repos. Je m'explique. La colonne vertébrale a tendance à créer des courbures de compen-

sation selon des données physiologiques connues. Par exemple: une cyphose dorsale sera compensée par une lordose lombaire, le plus souvent aussi par une lordose cervicale. Pour arriver à corriger la déformation dont est atteint un individu et pour produire la position de départ, il faut corriger la courbure de compensation ou annihiler la courbure possible de compensation, avant de mettre en oeuvre la gymnastique. On arrivera de ce coup à faire les exercices de gymnastique dans les conditions les meilleures. Mais il est inutile de chercher de l'hypercorrection dans les positions de départ. Dans les scolioses il faut tâcher de même de créer des courbures de compensation. Même si les exercices sont ici asymétriques, ils doivent toujours tendre à produire la symétrie.

Il faut essayer aussi à diminuer l'antagonisme musculaire et à rendre les mouvements aussi simples que possible. Pour arriver à un tel résultat, la position couchée sera généralement adoptée.

Le rythme des exercices sera lent, réglé sur celui de la respiration. On visera au maximum d'amplitude des mouvements et à une exécution correcte de chaque mouvement. Tout programme d'exercice comportera toujours une gymnastique respiratoire importante que l'on intercalera entre les mouvements correcteurs, et aussi des mouvements d'équilibration générale. La quantité de mouvements différents et le nombre des répétitions de chaque mouvement dépendront essentiellement de la résistance des malades. Dans chaque séance ces exercices seront gradués, alternés avec des repos courts et fréquents. Il y aura toujours lieu, au moins au début, et chez des sujets gravement atteints, d'étudier de temps à autre leur courbe de fatigue.

En somme la gymnastique vertébrale comprend: de la gymnastique respiratoire, de la gymnastique d'équilibration générale, et surtout des exercices particuliers ou spéciaux suivant le type de déformation, qui ont pour but de maintenir rectiligne la colonne vertébrale, en développant les muscles déficients, sans vouloir essayer par ces exercices d'assouplir la colonne vertébrale pour la

Mais avant tout, pour que cette gymnastique ait le maximum d'effet et aide à corriger, elle doit agir dans le même sens que le traitement médical mis en oeuvre. C'est ce point qui me paraît le plus important, car il souligne bien le rôle que joue cette gymnastique, rôle important bien entendu, mais secondaire par rapport au traitement médical. Ceci veut dire que le traitement des déformations rachidiennes est oeuvre médicale, car leur traitement incorrect peut aboutir à des conséquences fâcheuses pour tout l'avenir de l'individu. Si certains non-médecins s'occupent d'enfants atteints d'une déformation, sans qu'ils aient reçu de la part d'un médecin des indications nettement précisées sur les exercices spéciaux à faire, ils font de l'exercice illégal de la médecine.

Nous savons tous que les parents amènent leurs enfants pour une déformation vertébrale, soit que la colonne dorsale se courbe, que la colonne lombaire se creuse, soit qu'une épaule soit plus haute ou qu'une hanche sorte plus que l'autre. Après contrôle et examen médical méticuleux, tant au point de vue général que local. le diagnostic étant posé, le médecin ne doit pas dire aux parents "votre enfant a besoin de gymnastique orthopédique" et il ne doit pas l'adresser tout simplement à un professeur ou moniteur de gymnastique. Au contraire, il devra s'évertuer à élaborer lui-même les différents exercices aidant à la correction et surtout au maintien de la correction de la déformation spéciale dont est atteint l'individu.

Etant donné que le traitement des déformations rachidiennes est donc oeuvre médicale, il en résulte que le médecin lui-même devrait la faire faire. Mais comme les exercices doivent être fréquemment répétés, de préférence tous les jours, que le médecin n'a pas toujours le temps de les faire exécuter lui-même, et que les dépenses en résultant seraient élevées, il vaut mieux pour le médecin de montrer aux parents des exercices simples que l'enfant doit régulièrement répéter tous les jours à la maison et qui suffisent d'ailleurs. Une surveillance médicale à intervalles réguliers est indiquée dans ce cas. C'est à mon avis la meilleure des solutions. Une solution semblable est donnée également, si la gymnastique orthopédique est exécutée par des auxiliaires médicaux, professeurs ou moniteurs de gymnastique ayant reçu un enseignement spécial à ce point de vue et qui suivent strictement les indications nettement formulées par le médecin, de sorte qu'ils restent dans la méthode de traitement instituée par ce dernier. Un examen méthodique et régulier fait par le médecin, donc une surveillance médicale stricte pour constater l'évolution de la déformation, reste encore absolument indiquée.

Je veux démontrer par quelques exemples cliniques, choisis parmi les plus frappants évidemment, le bien fondé de ce que je viens d'énoncer.

Avant d'entrer dans le détail, je veux rappeler que les déformations rachidiennes se groupent autour de deux sortes de déviations, dont le départ est toujours une rupture de l'équilibre du tronc, soit dans le plan antéro-postérieur ou frontal, soit dans le plan sagittal. Les déviations antéro-postérieures du rachis groupent les lordoses, soit totales, soit lombaires, soit dorsales, et les cyphoses dorsales ou lombaires. Les déviations dans le plan sagittal comprennent le vaste domaine des scolioses. Or, il va sans dire que le médecin doit rechercher la cause de la déviation donnée, soit congénitale, soit musculaire, soit paralytique, soit myopathique, soit rachitique, et déterminer si tel ou tel facteur domine, et instituer, alors seulement. le traitement approprié.

S'il juge que la gymnastique vertébrale peut aider le traitement, il devra élaborer les exercices nécessaires, suffisants à maintenir la correction obtenue, mis à part des exercices d'équilibration générale, et qui ont pour but de développer tel ou tel groupe musculaire déficient, responsable de la déformation du rachis ou devenu

déficient à la suite de la déformation et dont la rééducation peut contribuer à maintenir la correction de la déformation.

Passons par exemple en revue l'épiphysite vertébrale ou la cyphose des apprentis, maladie évoluant chez les garçons de 14 à 17 ans et chez les filles de 12 à 16 ans, maladie décrite par Scheuermann en 1911 et qui est caractérisée par un gibbus dorsolombaire à long rayon en rapport avec la soudure des points secondaires d'ossification des corps vertébraux. Elle est à rapprocher de toutes les épiphysites, telles que la maladie de Schlatter-Osgood etc. Cette maladie s'accompagne de douleurs, en même temps que le dos se voûte de plus en plus.

Il va sans dire que la gymnastique vertébrale est insuffisante à lutter contre le développement de cette cyphose dorsale. Un repos prolongé en décubitus dorsal, ayant pour tâche de corriger

la déformation, est indiqué.

La mise en oeuvre de la gymnastique ne constitue qu'un accessoire du traitement, ayant pour but de fortifier les extenseurs dorsaux et la musculature abdominale, après correction de la déformation, en particulier après correction de la lordose lombaire qui s'installe comme courbure de compensation à la suite de la cyphose dorsale.

Cet exemple prouve que la gymnastique vertébrale ne peut pas corriger cette déformation, qu'elle ne fait qu'aider au redressement

d'une déformation vertébrale déterminée.

Prenons un autre exemple: L'inversion vertébrale est le cas inverse. Jusqu'à l'âge de 10 ans, l'enfant ne présente pas la lordose lombaire normale qui se voit chez l'adulte. Passé cette période, toute anomalie de cette partie de la colonne vertébrale représente une déficience. La position assise prolongée, à laquelle sont soumis les écoliers, les modistes, les tailleurs, peut engendrer une cyphose lombaire, qui va se fixer, amenant, différents facteurs aidant (déséquilibre entre croissance et force musculaire, etc.) soit un dos plat, soit une inversion vertébrale proprement dite. Celle-ci est caractérisée en position assise par une cyphose lombaire avec courbure inverse de la colonne dorsale, donc par une lordose dorsale.

De nouveau, il s'agit d'y remédier par un traitement médical approprié (décubitus ventral etc.), et cette fois-ci par de la gymnastique appropriée, qui s'attaque au développement des spinaux

lombaires et des fessiers.

Le problème des scolioses est un des problèmes les plus importants. Après examen minutieux et après avoir éliminé les facteurs extrinsèques agissants, comme l'inégalité des membres inférieurs, tels que croissance moins poussée d'un membre inférieur, pied-valgus, genu valgum, coxa vara ou luxation congénitale d'une hanche, il faut tâcher de trouver la cause de la scoliose en question. Or, après qu'on s'est rendu compte qu'on a à faire à une scoliose dite essentielle, il s'agit ici d'élaborer strictement la gymnastique orthopédique appropriée. Il y a bien différentes manières de traiter une scoliose dite essentielle. Mais d'après l'expérience de différents

auteurs et d'après mon expérience personnelle, je crois qu'il n'y a qu'une seule manière de traiter ces scolioses, car elles obéissent à des règles générales fondées sur des lois physiologiques. La plus importante de ces lois est le paradoxe de Forbes, disant que si l'on tire sur le bras opposé à la convexité dorsale de la colonne vertébrale, les côtes se déplient dans leur partie postérieure et se creusent dans leur partie antérieure. Et le traitement consiste à rendre l'équilibre à la colonne vertébrale en créant des courbures de compensation.

Tout se passe dans les scolioses comme si la colonne vertébrale était divisée en plusieurs étages, un étage lombaire en rapport avec l'équilibre des membres inférieurs, un étage dorsal, thoracique, raide, obéissant au paradoxe de Forbes, et un étage cervico-dorsal en

rapport avec les déplacements de la tête.

Je ne veux pas m'évertuer à établir les causes des scolioses dites essentielles. Pour leur traitement, une gymnastique orthopédique simple ne suffit pas, car celle-ci ne pourra jamais arriver à résoudre le traitement de la scoliose. Il faut en effet aider le tronc à reprendre son équilibre naturel, et c'est dans ce sens qu'agit le corset, de préférence asymétrique, qu'on prescrit dans la scoliose. La croissance de l'individu aidant, on arrive à corriger au maximum ces déformations de la colonne vertébrale. La gymnastique orthopédique est indiquée et peut contribuer au résultat du traitement, si elle tâche et a pour but d'aider le traitement instauré. Or, en outre qu'elle doit s'attaquer à des groupes musculaires différenciés, elle doit se faire selon les indications précises du médecin. Elle doit être physiologique. Les exercices de gymnastique qui sont indiqués. partent du point de vue que les courbures latérales de la colonne vertébrale doivent être corrigées autant que possible avant la mise en train des exercices, et que les corrections à obtenir par les exercices de gymnastique doivent être les mêmes que celles qu'amène le port du corset.

Je crois avoir démontré par ces exemples que la gymnastique vertébrale ne constitue qu'une aide au traitement des déformations vertébrales, traitement qui est essentiellement médical. Elle est une aide sérieuse pour maintenir la correction d'une déformation, et c'est bien là la limite dans laquelle elle doit se cantonner, sous surveillance médicale. C'est bien une gymnastique spéciale, ayant pour but d'agir sur des groupes musculaires isolés et de maintenir l'équilibre déficient d'une colonne vertébrale, en se basant sur les lois physiologiques données par la nature. Elle ne doit jamais vouloir agir seule, au contraire, elle doit s'adapter au traitement instauré. De cette façon, elle aide à maintenir corrigées les déformations, et il n'y a pas lieu de craindre qu'elle ne déforme davantage

les lésions initiales de la colonne vertébrale.

Quelques aspects de la psychiatrie moderne

par Roger Noescu

Il n'y a plus d'asiles, il n'y a que des hôpitaux psychiatriques. Le psychiatre est clinicien, physiopathologiste, homme de laboratoire, voire interventionniste, aussi bien que ses autres confrères-médecins.

Le personnel médical n'est plus constitué par des gardiens tout au plus garde-malades — mais par des infirmiers sélectionnés

et dûment éduqués.

L'hôpital psychiatrique n'est pas un refuge, mais un centre d'activité médico-sociale. Le caractère de sa population a changé, le mouvement des malades se fait à un rythme accru. Le nombre des admissions va sans cesse croissant, le pourcentage des cas chroniques décroissant. Un contingent important de malades n'est même plus atteint de maladies mentales constituées, mais présente des réactions psychiques fugaces, des états névrosés de la personnalité, des anomalies de caractère. Certaines personnes y sont simplement en observation notamment aux fins d'expertise médico-légale.

Il en résulte que le champ d'activité du psychiatre s'étend de plus en plus. A côté de cette diversité des malades à traiter le psychiatre dispose de méthodes de traitement plus modernes et plus variées. Pour suffir aux besoins des malades, on compte (à l'étranger) un ou deux médecins d'hôpital par cent malades!

Les conceptions pathogéniques et psychothérapeutiques obligent le psychiatre à ne pas simplement étiqueter l'état mental actuel, mais à faire le diagramme de l'évolution psychique du malade et celui de la personnalité actuelle à laquelle la première a abouti.

En effet un tableau clinique fait parfois croire à une schizophrénic juvénile alors qu'il s'agit d'une évolution névrosée réversible. Des états intermédiaires ou mixtes sont difficiles à démêler. Une psychasthénie (Janet) est-elle une névrose obsessionnelle ou constitue-t-elle la phase de début d'une schizophrénie? Un état dépressif risque d'être pris pour une dépression alors qu'il n'est que la réaction du sujet au processus schizophrénique qui commence à l'envahir. Tel malade atteint en apparence de dépression endogène. devient finalement accessible à un traitement psychothérapique et, de replié qu'il était, reprend contact avec la vie et le milieu social. Tel autre, affectant une égalité d'humeur inébranlable, réclamant sa sortie sous le prétexte qu'il va parfaitement bien, est un obsédé, un persécuteur persécuté. Son état réticent dissimule des craintes, des rancunes, des menaces qui risquent de donner lieu à des réactions explosives et d'avoir des suites graves.

En effet depuis que l'élargissement précoce est préconisé, qu'on a recours au placement du malade en dehors de l'hôpital, qu'on tâche de lui faire reprendre une activité, la responsabilité du psychiatre est devenue écrasante. Il faut donc que celui-ci puisse se vouer à un nombre limité de malades qu'il connaît parfaitement bien. Il doit pouvoir prendre toutes les décisions en parfaite connaissance de cause et avoir le temps nécessaire pour appliquer les nombreuses méthodes de traitement actuellement en vigueur.

Il dispose heureusement de méthodes modernes d'investigation qui permettent une meilleure connaissance du malade.

Citons à ce sujet le psychodiagnostic de Rorschach qui révèle la structure et le dynamisme de la personnalité. Il permet d'apprécier l'intelligence, renseigne sur les dispositions affectives, fait ressortir les tendances instinctives et les aspirations volitionnelles.

Si ce test permet déjà d'apprécier les différences individuelles de sujets normaux — raison pour laquelle on l'emploie avantageusement dans le domaine de l'orientation professionnelle — il va sans dire que les maladies mentales, les psychoses et les névroses, ne manqueront pas d'altérer les données habituelles du test.

Il rend d'éminents services au point de vue du diagnostic différentiel, précisément dans des cas limites. Il permet de percer la carapace de sujets réticents ou méfiants, renseigne sur le conditionnement psychique ou organo-fonctionnel d'un syndrome neuro-végétatif, sur le fondement organique d'un état confusionnel ou délirant. Un alcoolique ne pourra guère dissimuler l'atteinte profonde de son psychisme, sa désinhibition, son impulsivité. Le test permettra de décider s'il s'agit d'un syndrome psycho-organique d'origine traumatique ou d'une névrose posttraumatique de revendication ou autre.

L'interprétation des données fournies par le malade n'est cependant pas aisée, et ne dispense pas de l'exploration clinique usuelle. Le test de Behn-Rorschach (Berotest) permet d'ailleurs de vérifier les données du premier.

Ces tests sont avantageusement complétés par le test de Szondi destiné à pousser encore plus en profondeur en atteignant la sphère instinctive du caractère.

Le contenu du test de Rorschach est une sorte de langage imagé fait de représentations symboliques, qui ne sont pas toujours intelligibles et dont le sens échappe évidemment au malade. Lorsque de telles interprétations étranges dénotent des complexes particuliers, ceux-ci peuvent trouver leur explication au cours d'une narcoanalyse.

La narcoanalyse faite p. ex. au pentothal sodique, lève les barrières, produit une détente, facilite le cours de l'idéation, plutôt des représentations émanant surtout de la sphère affective. Elle donne les révélations que le sujet n'ose pas faire à l'état de veille parfait, dévoilant ainsi des conflits non avoués. Le sujet se libère ainsi de ses complexes, se trouve soulagé, voire franchement plongé dans une sensation de bien-être et de béatitude salutaire qui peut persister après la séance. Le psychothérapeute a ainsi une meilleure emprise sur l'affectivité du malade. La répétition des séances, faites avec doigté, permet une psychanalyse abrégée. Des syndromes obsessionnels à tendances homicides peuvent ainsi être résolus.

Certes la méthode ne connait pas que des succès. Si nous avons vu rétrocéder de tels syndromes, il y en a d'autres qui ne cèdent que devant une thérapie plus énergique. C'est notamment le cas lorsqu'il ne s'agit plus d'une simple névrose mais d'obsessions-impulsions

au cours d'une schizophrénie.

Anticipons sur les méthodes habituelles de traitement pour dire qu'on arrive actuellement à guérir par la leucotomie ou lobotomic frontale les états les plus graves de schizophrénie, que les malades soient obsédés, impulsifs ou pervertis. Certes on réserve cette intervention aux cas qui sont restés rebelles au traitement classique où pour lesquels existent des indications majeures. Du fait que, par l'intervention du neuro-chirurgien, les connexions entre l'écorce cérébrale et le cerveau primitif se trouvent coupées, on peut se figurer que les impulsions partant de ce dernier sont interceptées, les idées obsessionnelles ne sont par exemple plus transformées en actes moteurs impulsifs. L'intellect lui-même ne souffre guère de l'intervention, contrairement aux conceptions classiques des localisations cérébrales.

Mais même dans ce domaine de la "psychiatrie chirurgicale" le clinicien ne perd pas ses droits devant le chirurgien. Ce n'est pas l'acte opératoire qui guérit le malade, il n'est qu'une condition primordiale à la rééducation du malade qui dans son autisme se

refusait jusqu'alors à toute emprise thérapeutique.

En effet le rapport affectif convenable entre les malades et le personnel médical et infirmier reste le meilleur gage de la bonne conduite des malades et de l'ordre dans les divisions. Les agités sont devenus rares, les "fous furieux" n'existent plus.

Pour soulager certaines catégories de malades tendus, angoissés, déprimés ou agités des cures de sommeil peuvent être instituées.

Quand à la méthode des chocs elle ne constitue pas un traitement spécifique. Elle fait parcourir aux malades des stades de désintégration cérébrale successifs, avec libération d'automatismes inférieurs, et au point de vue psychique elle produit une sorte de dissolution des fonctions mentales. Le malade lors du traitement devient plus abordable, plus accessible et par suite de la reconsti-

tution consécutive il arrive à reprendre contact avec le monde extérieur, et à se refaire une personnalité plus ou moins normale.

La méthode qui est actuellement le plus en faveur est celle des comas insuliniques. On recourt également, soit séparément soit en les combinant aux précédents, aux chocs cardiazoliques resp. aux électrochocs, ces derniers, ne comportant pas de phase de latence évitent ainsi les sensations désagréables de mort imminente.

Une innovation est le choc après curarisation. Une injection intraveineuse préalable d'Intocostrine ou de Tubocurarine paralyse plus ou moins le corps. L'élément moteur, c'est à dire l'effet convulsivant se trouve de ce fait supprimé lors du choc appliqué ensuite. Ceci permet de soumettre au traitement des personnes trop avancées en âge, le danger de fracture étant supprimé.

Récemment les inventeurs de l'électrochoc ont isolé de cervelles électrochoquées des substances, les acroagonines, qui seraient libérées au cours du coma. Ce seraient elles qui seraient les vrais agents vitalisants des chocs. Injectées elles produiraient un effet

curatif.

Vu la vogue des amphétamines (méthédrine et autres) citons qu'en psychiatrie on recourt depuis peu aux chocs amphétaminiques susceptibles de lever des états de stupeur, d'inhibition insurmontable. en donnant lieu à une loquacité, voire une décharge émotionnelle révélatrices du contenu psychique de l'état mental du malade. Ceci permet en particulieur d'explorer certains mutismes.

On ne tire tout le bénéfice de ces méthodes que lorsqu'on y associe la psychothérapie soit individuelle soit de groupe. A l'intérieur de l'hôpital psychiatrique rien n'est négligé pour recréer les

liens qui doivent unir le malade au milieu social normal.

En premier lieu se place le traitement occupationnel ou le travail thérapeutique. Des ateliers sont aménagés pour pouvoir réadapter les malades à un métier, des installations agricoles permettent d'occuper ceux qui sont moins éducables. Beaucoup qui sont inaptes à un travail individuel s'accomodent d'un travail de groupe. Les malades ont droit au travail comme tout autre être humain. Ils bénéficient de même de certaines heures de loisir et de récréation. En dehors des journaux, périodiques et livres de la bibliothèque spécialement réservée aux malades, des émissions radiophoniques et des représentations cinématographiques empêchent que les malades se sentent dans un lieu de détention, à l'écart de ce qui se passe dans le monde extérieur, loin de toute civilisation. Des jeux et exercices en plein air, des compétitions sportives, des représentations d'art dramatique et autres constituent des stimulants et adjuvants précieux du traitement.

Tout concourt à rééduquer et à réadapter le malade à un milieu social normal dans le but de lui permettre une sortie précoce. La grande majorité des malades quittent l'hôpital au cours du premier

semestre qui suit leur entrée.

Une fois replacés dans le milieu extérieur normal le service cocial de l'hôpital continue à leur garantir l'assistance extrahospitalière nécessaire. Les uns peuvent réintégrer directement leur foyer. d'autres bénéficient d'un placement en famille ou autre, de préférence à la campagne où l'assistante sociale leur rend régulièrement visite. Chez certains des mesures plus strictes s'imposent. Il s'agir de mesures sociales destinées à faciliter aux malades la vie en dehors de l'hôpital, à leur venir en aide lorsqu'ils en ont besoin, à les guider et aussi à les surveiller si nécessaire. Si d'un côté ces mesures sont destinées à secourir les malades elles constituent de l'autre un moyen efficace pour protéger la société contre les actes irraisonnables de la part de certains malades ou anciens malades. Nous abordons ici des questions d'ordre médico-social et d'hygiène mentale très complexes, basées sur des conceptions humanitaires modernes.

Beaucoup de problèmes attendent encore leur solution. Ils n'intéressent pas seulement les malades mais également la sociéte en général. Les conceptions psychiatriques ont en effet une répercussion considérable dans beaucoup de domaines qui concernent la santé. l'ordre et la sécurité publiques.

Expériences d'Anesthésie aux Etats-Unis d'Amérique

par C. M. Harf

Pendant nos années passées aux Etats-Unis d'Amérique, nous avons eu le privilège d'être initiés aux méthodes d'anesthésic modernes. Nous avons été frappés par les soins particulièrement minuteux portés au bien être physique et mor a l du futur opéré. Nous avons l'impression que la technique avancée de l'anesthésic a permis aux chirurgiens américains d'atteindre leur progrès indiscuté. Déjà aux chirurgiens américains d'atteindre leur progrès indiscuté. Déjà avant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésistes rigouvant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésistes rigouvant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésistes rigouvant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésistes rigouvant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésistes rigouvant la guerre s'est formé un corps de médecins anesthésis logists'. Evidemment, nos amis américains disposent d'un matériel très perfectionné; nous nous permettons d'ajouter immédiatement que malfectionné; nous nous permettons d'ajouter imm

Les appareils courants d'anesthésie se composent en général d'un système mélangeur avec des valves d'admission de différents produits gazeux ou volatils. En général, on emploie aux Etats-Unis surtout des mélanges:

Oxygène-protoxyde d'azote Oxygène-protoxyde d'azote-éther

Oxygène-cyclopropane avec ou sans additions ultérieures d'éther

Le système mélangeur est relié à un réservoir de chaux barytée anhydre, servant à l'absorption du CO2 produit pendant l'anesthésie. Des appareils permettent à tout moment de contrôler la saturation de cette chaux en faisant barboter le mélange gazeux dans une solution de Phénolphtaléine. L'éthylène a été éliminé à cause du risque d'explosion particulièrement grand et de sa mauvaise odeur; le risque d'explosion avec le cyclopropane, toujours existant, est cependant minime quand on prend des précautions élémentaires, telles que: contacts électriques parfaitement isolés, interdiction de l'usage de l'électro-cautère; mise à un même potentiel du malade, du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'appareil d'anesthésie, le tout

relié à une prise de terre etc. L'anesthésie en elle-même est certainement la plus agréable au cyclopropane.

Une opération majeure ou mineure est-elle décidée, le chirurgien appelle le médecin anesthésiste en consultation. L'état général du malade est contrôlé et la méthode d'anesthésie la plus appropriée est fixée. Il appartient au médecin anesthésiste de remonter éventuellement l'état général du malade, pour lui permettre d'affronter avec un maximum de garantie l'intervention chirurgicale. Font partie des soins dont dispose le "Department of Anesthesia": la banque de sang, la réserve de plasma. l'oxygénothérapie etc. En général, le malade ne voit jamais la salle d'opération. Le "psychic-trauma" est un mot très employé en Amérique. Toute douleur physique, toute appréhension, tout énervement sont soigneusement évités au malade.

La préparation directe commençant la veille, comprend des sédatifs, comme le Pentobarbital et toute une gamme de combinaisons hypnotiques, à action lente, rapide, légère, profonde. Il est considéré comme essentiel que le malade passe une nuit calme. Le lendemain. suivant l'indication, le malade est anesthésié dans sa chambre, soit par une injection intraveineuse de pentothal, soit par une instillation rectale d'avertine. Souvent on introduit dans le rectum des petits enfants une capsule de Pentobarbital. Le tableau opératoire est réglé de façon à permettre un déroulement harmonieux des opérations et l'équipe des anesthésistes s'arrange pour que chaque futur opéré soit convenablement, et en temps opportun, "prémédiqué". Font partie de cette prémédication: la morphine, le pantopon, la scopolamine et l'atropine. Là aussi, le temps est judicieusement fixé pour que la période excitatoire de l'anesthésie ne corresponde pas à la même période du narcotique. Le malade est ensuite amené endormi dans la salle d'anesthésie où il est placé sur la table d'opération et où commence son anesthésie. Les anesthésies rachidiennes simples et anesthésies rachidiennes continues s'emploient très fréquemment. moins fréquemment cependant que les anesthésies au gaz ou "contrôlées". On peut également considérer comme des anesthésies contrôlées, les anesthésies au Curare et Pentothal. Les anesthésies par bloc de nerfs sont complétées par l'anesthésie au gaz. L'anesthésie G. O. E. (Gaz-oxygène-éther), le gaz comprenant le protoxyde d'azote, est généralement la méthode la plus courante et la plus sûre. On commence par un mélange de protoxyde et d'oxygène dans une proportion telle qu'elle évite l'anoxie. Le malade ne devient pas cyanosé, l'induction est rapide et agréable et le malade a une sensation d'euphorie. La période d'excitation est courte et très marquée. C'est à partir de ce stade qu'on introduit l'éther au goutte à goutte ou par barbotage de l'expiration. Cette dernière méthode évite la toux. Par le système clos (le malade respire dans un masque) on évite le refroidissement, et la vapeur d'eau d'expiration est gardée. Une laparotomie d'une durée d'une heure ne nécessite guère plus de 60 cl d'éther. A tout moment, pendant l'opération l'anesthésie est poussée à la satisfaction du chirurgien et entièrement contrôlable. c'est-à-dire qu'en variant les proportions de gaz, d'éther et d'oxigène,

l'anesthésie peut être plus profonde ou plus légère dans un minimum de temps et vers la fin de l'opération, à la suture du péritoine. l'anesthésique est coupé, le mélange est évacué et remplacé par de l'oxygène pur. Ajoutant du CO2, on arrive à une hyper-ventilation et pratiquement, le malade sort de la salle d'opération comme il y est entré, dans un stade de sommeil et d'analgésie. Bien peu nombreux sont les malades qui vomissent; en général, ils se réveillent sans lourdeur de tête, sans nausées. Dès le début de l'anesthésie. un appareil pour la mesure de la tension artérielle est attaché au bras du malade. Une feuille spéciale sert à indiquer à tout moment. et à un maximum de cinq minutes d'intervalle, l'état du pouls, de la respiration et de la tension artérielle du malade. Un goutte à goutte intraveineux de sérum, physiologique de Ringer avec ou sans glucose. d'hydrolysats de proteines débute avec le stade chirurgical. Si le besoin s'en fait sentir, du plasma ou du sang de conserve sont mis en action. De cette facon tout choc opératoire est évité; l'état général post-opératoire s'en ressent avantageusement. Jusqu'à ce qu'i. ait repris entière conscience, le malade reste sous la responsabilité du médecin anesthésiste qui dispose des moyens de ressuscitation nécessaires (appareils spéciaux à oxygène, carbogène, bronchoscopic etc.) Le protoxyde d'azote seul, - toujours avec l'oxygène nécessaire, - ne permet que les interventions ne nécessitant pas de relâchement musculaire. Pour obtenir un relâchement musculaire. il faudrait employer des doses dangereuses de protoxyde. Bien au contraire, le cyclopropane donne un relâchement musculaire parfait. tout en permettant de grosses doses d'oxygène, et il donne surtout une période d'induction ultra rapide — 4 à 5 respirations. — Le cyclopropane est aussi le gaz idéal des pulmonaires. Nous avons utilisé couramment en toutes les opérations majeures l'intubation trachéale. Elle a l'immense avantage de mettre le malade à l'abri du spasme de la glotte, et de permettre après l'opération, et à tout moment, une évacuation par aspiration des mucosités bronchiques, de permettre un échange libre, et de pouvoir ventiler les poumons à la fin de l'opération.

Grâce à cette méthode, nous avons vu très peu d'atelectasies. Cette méthode est évidemment indispensable pour toute chirurgie thoracique et elle est bien utile pour les interventions de la face ou du cou, où elle libère le champ opératoire des "Impedimenta" d'anesthésie. Nous avons bien souvent complété une anesthésie locale ou régionale par un goutte à goutte réglé de sodium pentothal, de même pour les anesthésies rachidiennes. Cette dernière année, nous avons eu l'occasion d'employer le curare, et nous sommes enchantés de ses effets. La réduction d'une fracture d'un membre, d'une luxation, devient bien plus facile; sous le curare la fermeture des abdomens devient très aisée; toute poussée intestinale est évitée, les grosses doses d'éther pour obtenir un relâchement musculaire difficile deviennent inutiles, et le curare à dose élevée nous permet une respiration facilement contrôlable dans la chirurgie thoracique. Très rarement nous avons été contraints d'utiliser son antidote, la prostig-

mine, mais il est indispensable d'avoir à proximité immédiate un appareil à oxygène permettant la respiration artificielle. Les accidents respiratoires et post-opératoires étaient en général très rares. Sur une série de 2800 anesthésies, nous n'avons vu aucun cas fatal.

Citons encore pour mémoire le vinéthène (éther vinylique d'action très rapide) qui est l'anesthésique de choix pour l'induction chez les enfants.

Combien d'adultes ont gardé un complexe psychique dû à une anesthésie brutale administrée dans leur enfance, l'impression de violence imposée avec le masque d'éther, la suffocation, alors qu'il est si facile d'éviter tout cela et de rendre une nécessité, pour ne pas dire agréable, mais du moins inoffensive et inoffensante.

Examens radiologiques en série dans le Grand-Duché

par Paul Goereus

La question des examens radiologiques en série gagne en importance les derniers temps à cause de la mise au point d'un procédé moderne, la radiophotographie. Sans doute le Grand-Duché suivra bientôt les grands pays du monde civilisé dans l'application de cette innovation, qui permet de contrôler l'état des poumons d'un nombre considérable d'individus en un temps record et constitue par là une

bonne méthode de dépistage de la tuberculose.

Faut-il en rappeler le principe? Au lieu de prendre un cliché radiographique en remplaçant l'écran lumineux qui sert à la simple radioscopie, par un film de même dimension, on a créé des dispositifs qui permettent de photographier par "Leica" ou autres appareils à petit format, l'image que donne l'écran lumineux lui-même. De cette façon on peut radiophotographier plusieurs centaines d'individus en quelques heures. Plus tard un ou plusieurs médecins compétents contrôlent les négatifs agrandis par simple projection, et les cas suspects seront soumis à un examen approfondi. Comme le dispositif permet de photographier les noms des personnes en même

temps que l'image thoracique, les erreurs sont exclues. La radiographie courante n'entrant pas en ligne de compte, on peut cependant se demander si un simple examen radioscopique en série ne soit pas suffisant et même préférable à la nouvelle méthode, surtout qu'il présente certains avantages: Possibilité d'examiner le sujet en différentes positions; possibilité d'observer les mouvements du diaphragme et du coeur; possibilité de faire un interrogatoire pendant l'examen; simplicité du procédé et coût peu élevé. Mais la supériorité de la radiophotographie réside dans le fait qu'elle fournit un document objectif, une image qu'on peut conserver, classer et consulter à volonté. Le travail qualitatif du médecin, qui a fait le triage, devient en même temps contrôlable. De plus, tout le personnel d'une usine, tous les élèves d'une grande école peuvent être radiophotographiés en une journée, tan dis que le radiologue se fatigue vite à la radioscopie et ne peut examiner qu'une centaine de sujets par journée.

Une radiophotographie (microradiographie) a-t-elle la même valeur diagnostique qu'une radiographie à grand format? Disons tout de suite que pour le diagnostic qualitatif rien ne vaut la radiographie, qui donne un maximum de renseignements. C'est pourquoi elle sera effectuée chez tous les sujets suspects, dépistés par la radiophotographie. Car voilà le seul but de celle-ci: Trier parmi la multitude des cas normaux les quelques cas pathologiques. Pour cette tâche la radiophotographie est même supérieurement douée, c a r e l le reproduit certains aspects d'une façon e x a g é r é e en raison de son plus faible pouvoir de dissociation. La forme miliaire de la pneumoconiose est encore visible sur la radiophoto.

On trouvera donc par le triage des cas qui s'avéreront par l'examen minutieux et par l'observation ultérieure comme dénués de toute tendance évolutive et même maladive, mais mieux vaut trier quelques cas de trop que d'en omettre un seul, tout en prenant les précautions nécessaires pour ne pas créer des malades imaginaires. La possibilité d'omettre un cas n'est cependant pas exclue par le fait que les parties molles, telle que l'ombre cardiaque, ou les ombres osseuses peuvent cacher un processus peu étendu, défaut que permettrait d'éviter la radioscopie à cause des positions différentes qu'on peut alors donner au sujet examiné. De même un processus marginal des sommets, surtout en cas de scoliose, peut être méconnu. Mais ce ne sont ici que des objections théoriques qui, étant rarissimes, n'entrent pas en ligne de compte.

Le dispensaire Prince Charles possède une installation de radiophotographie, mais pour effectuer sur place dans les écoles. les agglomérations, ces examens de masses, le pays devrait disposer d'une installation roulante telle que nous la montra récemment un film sur l'application de la méthode en Amérique (lors d'une conférence sur les rayons X qui eut lieu dans les locaux des A.R.B.E.D. par les soins de la Société Philips).

A la fin des hostilités la Croix Rouge anglaise avait fait don à la Croix Rouge luxembourgeoise d'un "Portable X-Ray Set with Petrol Electric Generator", qui porte le nom fier de Son Altesse Royale la Grande-Duchesse Charlotte. Notons bien qu'il ne s'agit pas ici d'un appareillage de radiophotographie, mais de radiologie courante, dont les pièces détachées logent dans une auto militaire; le montage se fait dans un local approprié en dehors de l'auto, dont le moteur produit, par l'intermédiaire d'un générateur d'électricité, le courant nécessaire au fonctionnement.

Cette installation a déjà rendu des services notables. Après l'offensive Rundstedt, elle a été utilisée à Kopstal, où le Sanatorium de Vianden avait été évacué, ainsi qu'à Wiltz, où l'hôpital avait été détruit. Par ailleurs nous avons effectué des examens radioscopiques à la Maison de Santé à Ettelbruck, auxquels le Ministère de la Santé Publique a fait procéder sur la proposition des médecins de l'établissement. Le fait connu, que la tuberculose atteint un haut pourcentage parmi les aliénés, a été confirmé. Avec le même appa-

reillage nous avons radioscopé à deux reprises, en 1946 et en 1947. tous les élèves du Lycée de Garçons d'Esch sur Alzette à l'établissement même, cette fois-ci sur l'initiative du Directeur du Lycée et du Ministre de l'Education Nationale. (Les examens parmi les élèves du Lycée de Garçons à Limpertsberg et du Gymnase à Luxembourg ont été effectués au Dispensaire). Les résultats obtenus ne démentissent pas la faible moyenne de cas de tuberculose méconnue et dépistés à l'occasion de pareilles entreprises, car il ne faut pas s'attendre à plus de deux à trois sujets tuberculeux sur 1000 individus examinés.") ce qui ressort des expériences de grande envergure à l'étranger, entre autres celle de Montreuil-sous-Bois que Max Fourestier de Paris avait dirigée en 1945. Toute la population de 67 000 habitants fut invitée au moyen d'une débauche de propagande à se faire radiographier à un des quatre centres installés aux points cardinaux de la ville. La moitié des habitants se fit examiner et l'auteur compare ses résultats avec les chiffres obtenus à Stuttgart en 1941, où toute la population de 362 000 individus fut examinée obligatoirement. ainsi qu'avec les résultats d'un examen par radioscopie, effectué par Bidermann parmi les 53 631 agents de la Société Nationale des Chemins de Fer. Partout les pourcentages sont à peu près les mêmes et le chiffre presque fatidique de trois cas ignorés, dépistés parmi mille individus, n'est jamais dépassé.

En Suisse, surtout deux grandes actions furent effectuées: En 1943 le contrôle radiologique de toute l'armée; en 1946-47 la radio-

photographie de la population de l'Oberland zurichois.

Le Conseil National Suisse fut d'ailleurs saisi d'une motion qu'il accepta en 1944 et dans laquelle on lui demanda d'élargir les bascs légales et financières de la lutte antituberculeuse, en vue d'examiner radiologiquement la population suisse entière et d'établir un cadastre radiophotographique. A l'heure actuelle une réglementation n'a pas encore pu être réalisée, mais comme nous le voyons les examens radiologiques trouvent en Suisse une application très étendue.

Passons rapidement en revue les conclusions des grandes expé-

riences que nous venons de citer.**)

Max Fourestier conclut que l'examen radiophotographique est un moyen de détection idéal de la tuberculose pulmonaire dans un pays économiquement fort et discipliné, mais trop onéreux, si un décret le rendait obligatoire pour tous les Français à partir de l'âge scolaire. Il juge donc qu'en France, dans les temps actuels, le dépistage radiophotographique ne doit pas être généralisé à cause de la question financière insurmontable (il s'agirait de milliards), mais qu'il doit être largement appliqué à des collectivités sociales bien

^{*)} Il s'agit ici de vrais malades sans compter les cas à surveiller et les autres diagnostics (affect. cardiaques etc.).

^{**)} L'expérience de Montreuil-sous-Bois par Max Fourestier.
Armeedurchleuchtungen 1943/44 par le Dr. P. Vollenweider.
Die Schirmbildaktion im Züricher Oberland 1946/47 par le Dr. E.
Haefliger.

déterminées (usines, administrations etc.), où le prix de revient est insignifiant. De plus, après Montreuil-sous-Bois d'autres grandes villes devraient "passer à la radiographie" et l'auteur insiste sur la valeur de propagande immense de ces actions. "Il faut," dit-il, "grâce à ces campagnes savamment orchestrées, entretenir en France, pendant plusieurs années, une véritable psychose de dépistage radiologique de la tuberculose." A la base de l'organisation nationale de lutte antituberculeuse doivent, selon Fourestier, demeurer les dispensaires bien équipés et bien dirigés, surtout parce que les tuberculoses "vraiment" latentes, uniquement dépistables par radiologie systématique, deviendraient plus rares par l'éducation du public, alors moins insouciant, et aussi par l'application plus large et plus précoce de la radioscopie par les médecins de famille.

Passons aux examens radiologiques de l'armée suisse en 1943-1944. Plus d'un demi-million de soldats furent examinés, parce que les cas de tuberculose augmentaient visiblement parmi eux. La proportion des cas constatés fut cependant relativement peu élevée, c'est-à-dire 1,87º/00, ce qui s'explique par les examens médicaux déjà passés. Les trois buts proposés furent atteint: 1. un nombre appréciable de malades furent rendus attentifs à leur état, ce qui permit d'entreprendre sans retard le nécessaire pour une amélio-

ration. 2. Les contagieux purent être écartés, pour éviter des infections de contact chez leurs camarades. On constata que pour ainsi dire dans tous les cas il s'agissait de maladies ayant existé avant le service, et une aggravation pendant le service put ainsi être évitée, ce qui épargna des frais énormes à l'assurance militaire resp.

à l'Etat.

L'action radiophotographique de l'Oberland zurichois en 1946-47 fut un examen radiologique à l'..unité géographique", portant sur 82 419 individus, dont 56,8% se firent examiner. On se propose de répéter cette campagne tous les 3 ans. Ici les détails d'organisation sont intéressants. L'action se base sur un décret du Conseil cantonal concernant la création d'une organisation de radiophotographie. Toutes les institutions, telles que Commission de Santé, Commission Scolaire, Commission de Tuberculose, Caisses, Corps Médical, Corporations des Patrons et des Employés, Infirmières et Assistantes Sociales etc., collaborèrent dans toutes les communes, pour mener la tâche à la bonne fin. Notamment les firmes industrielles et commerciales furent très avenantes en laissant effectuer l'action pendant les heures de travail et en assumant elles-mêmes les frais. Pour les écoles l'examen radiologique fut obligatoire. A chaque ménage on avait envoyé une circulaire de propagande avec des formulaires d'adhésion, qui furent recueillis ensuite de maison en maison. L'examen complet des cas suspects révélés au triage fut cxécuté en présence d'un médecin. choisi par les intéressés euxmêmes.

Et le Grand-Duché que peut-il entreprendre sur le même terrain? La lutte antituberculeuse est engagée depuis longtemps et c'est l'Etat lui-même qui s'en occupe de plus en plus activement; or cette lutte

doit être intensive, sinon la tuberculose s'en trouve fort peu incommodée et l'action elle-même reste une simple façade. Pour être vraiment efficace elle doit aller en profondeur et chercher à atteindre le mal à sa source et c'est précisément la radiophotographic qui nous en donne le moyen. L'établissement d'un cadastre radiophotographique de la population entière dénicherait des sources de contagion encore secrètes; environ 700 personnes seraient averties que leurs poumons sont malades et on leur aurait rendu par là un service personnel; la grande majorité pourraient se faire soigner avant qu'il ne soit trop tard et ils guériraient. Une seule installation mobile de radiophotographie serait suffisante pour le Grand-Duché entier avec un roulement de trois ans. Ceci est à peu près l'intervalle qu'on compte entre deux contrôles, quoiqu'il soit possible par exception qu'une tuberculose pulmonaire s'extériorise déjà quelques semaines après un résultat radiologique négatif. La réalisation de ce projet qui s'applique particulièrement bien à notre territoire à la fois petit et autonome, dépend de considérations financières et nécessite une législation adéquate. En attendant et comme première étape pour ainsi dire, nous ne devons pas hésiter à adopter définitivement parmi nos moyens de lutte antituberculeuse l'examen radiophotographique systématique de nos usines, de nos administrations, de nos écoles et de notre armée.

Vers un nouveau traitement de la carie dentaire

par L. Klees et R. Philippart

Si l'on fouille l'amoncellement considérable de documents cliniques, expérimentaux ou purement littéraires relatifs à la carie dentaire, on constate avec déception que bien des théories ont été émises mais que le mécanisme intime, la pathogénie de l'affection restent à peu près inconnus.

En ce qui concerne le traitement, nous devons nous borner à enlever les parties ramollies de la dent et à colmater la perte de substances par une obturation plus ou moins hermétique, si toutefois la carie n'a pas déjà fait de tels progrès que la dent doit être extraite. Longtemps on croyait qu'on pouvait combattre cette affection en détruisant la flore buccale à l'aide d'antiseptiques qu'on ajoutait aux dentifrices.

Ensuite on incriminait les acides buccaux et plus particulièrement l'acide lactique d'être la cause de la carie dentaire. Or, ces acides proviennent de la fermentation des hydrates de carbone par le lactobacillus acidophilus.

Comme il est impossible d'exclure les hydrates de carbone de la nourriture on a eu l'idée de combattre le lactobacille. A cet effet, Kesel et ses collaborateurs (USA) prescrivent aux porteurs de carie sous forme de bains de bouche ou de dentifrices du diphosphate d'ammonium. Ce dernier donne dans la bouche de l'azote ammoniacal qui lui combat activement le lactobacille en respectant les saprophytes.

D'un autre côté, comme les bactéries ne peuvent rien sans l'aide d'enzymes activantes, on cherchait un moyen d'éliminer ou de ralentir l'action de ces enzymes. Fosdick (USA) constata que seule la vitamine K en présence de sucre ralentissait la production d'acides. Partant de cette constatation il distribuait à 100 étudiants du chewing-gum en leur conseillant de le mastiquer après les repas. A la moitié d'entre eux il avait donné du chewing-gum additionné de vitamine K, les autres ne recevaient que du chewing-gum ordinaire. Après 18 mois il réexamina les dents de tous ces étudiants

et il put observer que ceux qui avaient reçu du chewing-gum vitamine K, avaient en moyenne 75% moins de carie qu'à l'ordinaire. Mais les autres, bien qu'ils n'eussent pas atteint ce même pourcentage élevé, présentaient cependant également moins de carie. Comme conclusion pratique, Fosdick conseille d'ajouter la vitamine K au chewing-gum et aux friandises. D'une façon générale, il préconise la mastication modérée du chewing-gum après les repas, puisqu'elle favorise la sécrétion salivaire et que la salive dilue les acides.

Forshufvud (Suède) a essayé de guérir la carie dentaire en prescrivant à ses patients un régime alimentaire caractérisé par sa simplicité et sa régularité: repas aux heures fixes, quantité ne variant pas considérablement d'un jour à l'autre, et quant à la qualité. cette nourriture doit renfermer les composants vitaux dans de bonnes

proportions.

Partant d'un autre ordre d'idées, on a voulu augmenter la résistance à la carie des tissus durs de la dent. Il y a longtemps on avait déjà constaté que les dents des personnes habitant des contrées dans lesquelles l'eau potable contenait un pourcentage déterminé de fluor, présentaient une résistance remarquable à la carie. D'autre part on sait que le fluor a une action nocive dès qu'il est absorbé soit en trop grande, soit en trop petite quantité. Avant de pouvoir songer à employer le fluor comme médicament, il fallut d'abord trouver une méthode, permettant le dosage rigoureux de cet élément. Or, il y a peu de temps, Elvove put développer un procédé qui lui permit de mesurer le fluor dans l'eau jusqu'à la concentration d'une partie de fluor sur dix millions de parties d'eau. Grâce à cette méthode, Dean (USA) put établir que la concentration optimale de 1:1 000 000 est à même d'enrayer le développement de la carie dentaire sans être nocive.

Une autre méthode consiste à appliquer le fluor sous forme de sels sur la surface des dents. Les meilleurs résultats ont été obtenus

en employant le fluorure de plomb et le fluorure de sodium.

Les solutions fluorées se montrent plus actives chez les enfants que chez les adultes. Cela tient à ce que la réaction chimique à la surface des dents est plus marquée sur les dents jeunes que sur les dents arrivées à la maturation. Il est encore intéressant de noter que ces expériences ont été faites par Bibby (USA), Jordan et collaborateurs (USA), Leimgruber (Suisse) et Loukomski (U.R.S.S.).

Cette méthode rappelle la méthode de la remineralisation

d'Andreesen.

Tout récemment Forshufvud a entrepris de chercher une méthode de restaurer complètement une dent atteinte de carie. On sait que sous certaines conditions la carie peut guérir, état connu sous le nom de carie sèche. Mais dans ce cas il y a perte de substance et la dent est incapable de combler la lésion.

Se basant sur le résultat de ses nombreuses expériences, cet auteur considère l'émail dentaire comme un tissu vivant, nourri par un réseau de fibres réticulaires qui prennent naissance dans l'adventice des capillaires, et qu'il a nommé, ultra-capillaires. D'après les

observations de Doljansky et Roulet la pénétration des fibres réticulaires dans la plaie constitue la première phase de la cicatrisation; mais elles ont besoin d'un tissu de soutien. Dans les tissus mous, les cellules sanguines se chargent de cette fonction. Comme les tissus durs de la dent ne saignent pas, ils doivent être munis d'un tissus de soutien approprié.

Après des expériences préliminaires sur des dents de lapins. Forshuívud a entrepris de traiter de la même façon des dents humaines. Les caries furent nettoyées, et ces cavités comblées de morceaux de dents de boeufs préparés à l'avance. Après quelques semaines, il put constater que dans plusieurs cas le morceau implanté était devenu adhérent et prit peu à peu la teinte de la dent traitée. Des coupes histologiques lui prouvèrent que des fibres réticulaires néoformées se trouvaient en plein développement dans la greffe au bout de 7 semaines.

Les échecs sont dûs surtout à la difficulté de bien adapter les greffes aux cavités.

Tous ces procédés sont encore trop récents pour qu'on puisse les juger définitivement, cependant il est encourageant de voir que des hommes de science de tous les pays se penchent infatiguablement sur cet important problème et trouveront certainement un jour le remède qui nous permettra de traiter la carie dentaire d'une façon plus satisfaisante.

TROUBLES NERVEUX

SANALEPSI RUSSI

sédatif - antispasmodique - sans effets secondaires évite: constipation, intoxications, fatigue, accoulumance

COMPOSITION: Ethylphénylmalonylurée 0,05, Rhamnus Pursh.

0,10, Extraits antispasmod. (Datura, Scopolla,

Valériane) 0,04

INDICATIONS: Etats d'excitation et angoisse, insomnies,

spasmes digestifs, épilepsie, tachycardie,

hypertension

FORMES: Gouttes, pilules, suppositoires, sanalettes

Posologie: Adultes: 25 à 150 gouttes; 1 à 6 pilulos par jour

1 à 2 suppositoires par jour

Enfants · 10 à 50 gouttes, 1 à 6 sanalettes,

TROUBLES DIGESTIFS

Activité maxima - Tolérance complète

DIGESTASE RUSSI

COMPOSITION: ferments peptiques totaux en solution glycé-

rinée

INDICATIONS: dyspepsies, digestion lente, inappétence,

lourdeur d'estomac

POSOLOGIE: une cuillerée à café dans un peu d'eau

après les repas



Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg : PROPHAC - rue Baudouin 25 - Luxembourg - Tél. 30-73

La Peste à Luxembourg

par Jean Harpes

Ce fragment, extrait d'une étude non encore publiée "la Peste au Pays de Luxembourg: essai historique et médical", forme l'introduction du chapitre ayant trait aux épidémies de peste du dix-septième siècle, qui ont déferlé sur notre patrie; il ne parle que des avant-coureurs de la catastrophe de 1636, qui fit tant de ravages, causa tant de désolations, dépeupla complètement plus de cent villages, et occasionna la perte de la moitié des habitants du Duché.

De propos délibéré, je me suis appliqué à considérer le côté médical ou hygienique de la question, là où c'était possible, c'est à dire là, où les données conséquentes nous sont parvenues. Or, il faut l'avouer, les sources sont parcimonieuses, les document à caractère médical d'une indigence extrême, pour notre pays. Très rarement, on tencontre une description des symptômes du mal, ou la relation d'un début d'action thérapeutique. La plupart du temps, je me vis force de m'en tenir aux textes à caractère strictement historique, qui abondent, pour cette période: chroniques, rapports et ordonnances, tant du Conseil Provincial du Duché, que du Magistrat de la ville de Luxembourg. N'étant pas historien de formation, mais simplement amateur modeste de tout ce qui touche l'histoire de mon pays, i'ai le sentiment, parfois, au cours de ce travail, d'envahir les plates-bandes du voisin: ce sont des "rognures d'histoire" qui font l'étoffe du récit dont vous allez lire quelques extraits. Le côté purement médical, thème que j'avais affectionné, n'a pu être qu'effleuré, pour ce début du dix-septième siècle, à cause de la pénurie des documents.

J'ai essayé de faire ail·leurs (dans l'introduction de cette étude) le point des connaissances en matière de peste au cours du moyen-âge, et leur avancement progressif, au début des temps modernes.

Les Epidémies du dix-septième siècle

C'est ce siècle qui nous a transmis le plus d'écrits, de chroniques et de rapports touchant notre sujet, avec tous les détails voulus, description des symptômes, évaluation quelque peu précise de la mortalité, et surtout débuts d'actions prophylactiques, en rapport avec l'avancement des sciences médicales et de l'hygiène de ce siècle.

On réussit peu à peu à se préserver du contage, à prendre les mesures d'isolement nécessaires, et si le Luxembourg, en particulier la capitale dut payer un tribut extraordinaire au fléau, c'est que les conditions hygiéniques y étaient désastreuses, et les institutions sociales lamentables. L'histoire compte une douzaine de maladies pestilentielles imputées aux calamités militaires, au dix-septième siècle, et à l'état d'insalubrité. Au mois de juillet 1612. Luxemboure avait fini par avoir la mauvaise réputation d'être un fover de miasmes délétères, de sorte que des seigneurs et des prévôts avaient défendu aux campagnards de se rendre en ville, et de communiquer avec les bourgeois. On lit dans les "Publications" qu'encore en 1690 le "Hellepoull" n'était qu'une mare dégoûtante, croupissante et infecte. compromettant gravement la santé publique. — Le manque d'eau. entre autres, était pour la Ville Haute une grande incommodité, une cause de dépenses journalières, et souvent, une cause de maladie . . . D'autre part, les cimetières étaient insuffisants et mal conditionnés. C'est pour cette raison que les édits et proclamations concernant la propreté des rues se suivent à cadence rapide, sans jamais être efficaces, et la saleté des rues de la capitale semble avoir été un état chronique! Nous aurons, au cours de notre récit, l'occasion de revenir sur ces proclamations de police du magistrat de Luxembourg. toutes inefficientes, paraît-il, car elles se suivent de plus en plus pressantes, les sanctions annoncées deviennent de plus en plus graves. mais la saleté et le manque d'hygiène persistent: on vide les vases de nuit dans la rue, on laisse croupir dans les rigoles les immondices et déchets ménagers, les cadavres de bêtes sont abandonnés simplement sur les places, et dans ce fameux cloaque; il est vrai que le manque d'eau, surtout d'un grand cours d'eau était une des causes prépondérantes pourquoi les bonnes intentions hygiéniques étaient vouées à l'échec. Cet état chronique d'insalubrité, d'insuffisance des canalisations et cimetières, devait être particulièrement grave en cas d'épidémies, comme nous allons voir. D'autre part, les soins que recevaient les malades, étaient des plus primitifs; selon Ulveling. dans un chapitre intitulé "Salubrité publique", de son étude sur la Forteresse de Luxembourg, les médecins gradués manquaient au dixseptième siècle, pour ne pas parler des périodes antérieures; en l'an 1623, il n'y aurait eu qu'un seul médecin gradué, de l'Université de Louvain, pour toute l'étendue du Duché de Luxembourg, qui avait alors à peu près quatre fois la dimension du Grand-Duché actuel. Pour le reste, et devant cette insuffisance numérique manifeste des hommes de l'art, les Barbiers-Chirurgiens (comme par exemple Maître Bernard, que nous allons retrouver dans les ordonnances du Magistrat de Luxembourg), les artisans, des bonnes femmes, et surtout les religieux et religieuses exerçaient l'art de guérir. C'est l'endroit ici de rendre hommage au dévouement, au courage et au désintéressement de tout le clergé, séculier et régulier, de ces temps, qui s'est empressé de donner des soins aux pesteux, dédaignant une contagion possible; l'installation d'infirmeries, de lazarets et de stations d'isolement (comme par exemple l'hôpital St. Jean au Faubourg du Grund) étaient entièrement dûs à l'initiative des religieux; beaucoup de ces infirmiers volontaires, tant visiteurs que stationnaires, étaient contaminés et mouraient victimes de leur tâche. D'autres malades se confiaient aux soins des charlatans, des rebouteux, des vieilles femmes, et les moyens mis en action par ces guérisseurs inofficiels, mais recherchés, mériteraient une étude particulière assez longue!

Le fléau de la peste, qui avait déjà tant ravagé le Luxembourg pendant les siècles antérieurs, semblait encore s'acharner sur notre pays au courant du dix-septième! De plus, des disettes, de mauvaises récoltes, des incendies, d'autres cataclysmes, des tremblements de terre, et surtout les exactions et incursions militaires de la guerre de trente ans, dont le Luxembourg allait, bien malgré lui, être le théâtre, semblaient vouer ce pays à la perte; en effet, de nombreuses localités furent abandonnées comme nous allons le relater plus tard, la population déjà si clairsemée périt par les effets conjugués de la guerre, des disettes et surtout de la contagion; des villages entiers disparurent, dont nous ignorons aujourd'hui même jusqu'au nom et à l'emplacement.

Le dix-septième siècle est un des plus malheureux de notre histoire et les pertes morales, matérielles, et surtout le déclin de la population mirent des siècles à se réparer!

Le début du dix-septième siècle s'annonçait déjà peu favorable pour le Luxembourg. La guerre sévissait aux Pays-Bas; les Hollandais faisaient des incursions sur notre territoire, molestant et pillant les habitants, faisant des prisonniers qu'ils entraînaient avec eux, qui ne furent libérés que contre une forte rançon.

Et. pour comble de malheur, en 1604, année de décès du Gouverneur Mansfeld, la peste fit de nouveau son entrée, compagne fidèle des autres malheurs apocalyptiques. Voici ce qu'en raconte Berthollet, dans le huitième volume de son histoire écclésiastique et civile du Duché de Luxembourg et Comté de Chiny: .. La peste affligea la province en 1604, et fit un tel ravage que quantité de personnes de tout âge et de toutes conditions en furent emportées . . " De même l'abbé Tellot, dans ses mémoires, ainsi que Pierret. Et la Chronique luxembourgeoise de Wiltheim: "Nach Absterben Ihrer fürstlichen Gnaden des Herrn von Mansfeld, hat in dieser Statt die Pest ahn verschiedenen Oertern angefangen zu regieren, darahn viele Personen gestorben ... "Cette épidémie, avec des intermittences, paraît avoir duré plusieurs années, et en 1612, c'est la capitale qui est de nouveau infestée, alors que les autres localités du pays semblent être restées indemnes: "Au cours de juillet de 1612, elle se fit sentir violemment dans la Capitale, où l'air était tellement infecté qu'on craignit avec raison que tout le monde en mourût." Le mal empirant au lieu de diminuer, on refusa d'admettre les bourgeois de Luxembourg dans les autres villes, et les seigneurs du plat-pays s'unirent ensemble pour leur défendre l'entrée de leurs bourgs et villages! Mais les alentours de la cité subirent également le mal; d'après une étude du curé de Weimerskirch, l'abbé Klein, cette paroisse subit de fortes pertes par la peste de 1612; elle élut comme deuxième patron de cette église ancienne. St. Sébastien; des processions eurent lieu, d'abord à Trêves "pro aliquanda plaga avertanda aut forte grassantem pestilentiae morbum". Le curé desservant, l'abbé Fack, succomba à la peste, de même que son successeur. Gabriel Pallen. Ce pélerinage à Trèves fut commué plus tard en une procession à l'église de l'abbaye de Munster, à Luxembourg. Participaient à ce pélerinage, et faisaient parti du voeu collectif. les paroisses suivantes: Weimerskirch, Hollerich, Sandweiler, Schuttringen, Oetringen, Mutfort, Conter, Esch, Weiler, Alzingen, Roeser, Fentingen, Firmingen, Abweiler, Noertzingen, Schifflingen, Monnerich, Leudling, Bertrange, Mamer, Mersch, Frising, Linster, Steinsel.

De même, Garnich (Schaack) fut infesté à la même période, et plus de la moitié des habitants de ce village florissant furent enlevés par le mal; les habitants restants firent, tout comme Weimerskirch en avait donné l'exemple, voeu d'organiser une procession et un pélerinage à Echternach; ce voeu fut encore commué par un brefémané de Rome, en 1735, en une procession qui devait avoir lieu

dans la localité même...

L'imminence des malheurs futurs, qui planaient sur l'Europe entière vers le début de la guerre de trente ans, en 1618, fut annoncée par des signes, comme le croyaient les contemporains de cette période désastreuse; on vit paraître une comète au firmament. ce qui ne présageait rien de bon, enfin des épidémies de typhus exanthématique dans le Palatinat, une épidémie de dysentérie à Strasbourg et, à Metz, la disette, les innombrables exactions de la soldatesque, semblaient le prélude d'une période de peste dans le Luxembourg, comme jamais auparavant nous l'avions connue, et qui allait causer la perte de la moitié de la population du Duché, déjà si clairsemée, l'abandon d'une centaine de villages ou lieux habités, enfin la misère séculaire des survivants.

L'année de 1623 fut également signalée comme année d'épidémie, au Luxembourg. Il ressort d'une ordonnance du Conseil provincial que beaucoup de villages dans les pays environnants, ainsi que dans les contrées plus éloignées, étaient infestées, de sorte que l'ordre fut donné de chasser les mendiants et vagabonds étrangers, de tenir les portes de la ville fermées: pour cette raison, la porte du château, et la porte St. Udalric (Porte de Thionville) restèrent closes jour et nuit, inaccessibles aux étrangers, et seulement la Porte de Trèves et la Porte d'Arlon (sortie de l'Avenue de l'Arsenal, Judepûrt) restèrent ouvertes pendant la journée, tout en effectuant un judicieux filtrage "parce le danger de la contagion pullulante en divers villages

de Lorraine ad ce que voulions commecter le debvoir".

Cette peste de Lorraine se serait d'ailleurs produite, selon l'opinion de ce temps, parce que, les hordes du régiment Mansfeld, poursuivies par les troupes espagnoles et wallonnes, auraient abandonné des cadavres d'animaux sans les enterrer. Tel un récit de la région de Verdun... Malgré la mansuétude du Conseil provincial et ses sanctions énergiques, la peste fit de nouveau son apparition dans la ville

de Luxembourg: épargnant certaines localités du pays, elle fit des ravages d'autant plus décourageants dans d'autres lieux, et c'est surtout la ville qui souffrit d'une façon regrettable en cette année 1626. En effet, le gouverneur de Luxembourg, le comte de Berlaymont, venait de mourir, et de même qu'à l'occasion de la mort du comte de Mansfeld en 1604, la peste fit de nouveau son entrée dans la ville. et, de mai jusqu'en octobre de cette année, elle fit tant de progrès, que plusieurs centaines de bourgeois, et d'autres personnes en moururent; que le Conseil Provincial "sambt allen Rathssupposten" quitta de nouveau la ville, pour se rendre à Echternach, où il continua ses séances, jusqu'à la chandeleur de l'année suivante; de nombreux habitants l'y suivirent. En ces temps-là, il y avait à Luxembourg environ 30 avocats régulièrement inscrits et plus de solliciteurs. N. van Werweke, dans son essai: "Zur Geschichte eines Jahres" nomme les avocats suivants qui seraient restés dans la capitale. lors de l'épidémie de 1626, probablement retenus par leurs charges accessoires: G. de Belva, Eucharius Beck, P. Henin, M. Leuten. Peter Penninger et J. Zorn. Suivaient le Conseil Provincial à Echternach les avocats suivants: Ruger Bergerot, Christophe Binsfeld, Remacle Didier, G. de Scouville etc. . . .

Les échevins de la ville de Luxembourg, redoutant la contagion d'une maladie qui demandait chaque jour de nouvelles victimes, avaient fait comme leurs confrères du Conseil Provincial: ils s'étaient enfuis, en entraînant après eux de nombreux artisans et hommes valides. Tout allait sens-dessous-dessus dans la ville abandonnée par les pouvoirs publics; des bandes se mettaient au pillage, des incendies éclatèrent dans la cité abandonnée, et, conséquence habituelle: la morale publique s'effondra. Par un édit du 20 juillet 1626, il fut signifié aux échevins de la ville de Luxembourg, de retourner immédiatement à leurs postes, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et immédiatement remplacés.

"der königlichen Majestät Kubernator, Präsident und Räthe zu Lutzemburg". Liebe Besondere, ob wir wohl bezweifeln Ihr euch eurer schuldigen Pflicht bey jetzigen Begebenheit der eingefallenen Contagion gerecht zu verhalten erinnern werdet . . . etc."

Ainsi, tous les pouvoirs publics, le Magistrat, nombre de représentants de la haute bourgeoisie, avaient déserté le foyer de contage, tous les secours humains, toutes les actions entreprises pour localiser l'épidémie, semblaient vouées à l'échec. "On fut obligé," raconte le curé Tellot dans ses Mémoires, "d'avoir de nouveau recours aux saints que l'on implore ordinairement dans les tristes temps, comme à St. Sébastien que l'on destina à la Paroisse de St. Michel; St. Adrien fut élu par la Paroisse de St. Nicolas, où la bourgeoisie fit bâtir une chapelle et un très bel autel. Les Cordeliers, aujourd'hui Recollets, eurent St. Roch, où il est représenté par une statue d'argent... On fait tous les ans, aux fêtes de ces trois saints, une procession en action de grâce de la délivrance de ce fléau, que l'on attribue à l'intercession de ces trois saints, on a même institué des confrèries en leur honneur... "C'est d'ailleurs dans cette même année que l'on dut interrompre la construction de la chapelle projetée, dès 1625 par le Père Jésuite Brocquard, au glacis, et destinée à Notre-Dame; la peste mit fin aux travaux de construction: nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet...

La mort semble avoir fait une opulente moisson, dans cette épidémie de 1626, parmi la population malheureuse de la ville de Luxembourg. C'est surtout le faubourg du Grund, qui était particulièrement infesté; tous les rapports avec ce faubourg étaient interdits au reste des habitants; or il me semble, et ceci me fournit l'explication de la localisation particulière du mal, que les pesteux, et les cas de suspicion étaient dirigés sur l'hôpital St. Jean, qui faisait office de lazaret et de station de quarantaine . . . La peste mit fin à toutes les manifestations de la vie courante ordinaire. à toutes les transactions: tous les rapports entre bourgeois cessèrent. Jean Aldringen. justicier-juge, à Luxembourg, du 20 novembre 1626 au même jour de l'année suivante, rapporte au Conseil provincial, que pendant toute la durée de ses fonctions, il n'a pas été effectué de vente. ni d'autre transaction financière; le tribunal de la ville n'aurait pas opéré de saisie, pendant la même période, ce qui, par temps normaux. se produisait assez fréquemment. La famine ajouta ses affres à la peste: le prix de la vie fut inabordable, pour le menu peuple; au mois de juillet 1626, un maldre de froment valait 50 florins à Kleinbettingen. Le fléau sévissait avec une telle rigueur qu'au mois de juillet 1626 le Conseil provincial se vit contraint de prendre des mesures supplémentaires: défense aux étudiants-mendiants de circuler de par la ville, et de quêter l'aumône; puis d'Echternach où il avait entretemps transporté ses pénates, il émit une ordonnance concernant certaines mesures sanitaires à prendre à Luxembourg, et dans d'autres villes, où la contagion menacait de se propager. Déjà à Echternach, le Conseil provincial avait fait une demande auprès de l'Archiduchesse Isabelle, à Bruxelles, demandant l'autorisation de déplacer son siège, en raison de la contagion menaçante. La première réponse fut peu favorable: "Messieurs, Mad. la Sér. Infante nous a remis le jour d'hier vostre lettre... Pour la voir en conseil et consulter son Altesse sur le changement de résidence que proposez pour éviter le danger de contagion que dictes allez en croissant en la ville de Luxembourg; mais comme la brèveté des tems n'a permis de ce faire devant la sortie de cet ordinal, nous voudrions seulement en ceste que ferez bien à ne pas bouger le corps de votre Conseil de la dicte ville pour le transférer ailleurs jusques à aultre ordre de son Altesse, qui vous sera envoyé au plus tôt. Cependant prions Dieu de vous préserver MM. de tout mal et inconvenant."

... Le 21 du même mois, le Conseil, en réponse à cette lettre. adressa une nouvelle requête au Conseil Privé Royal, à Bruxelles: ... à quoy en tout bien pritz et obligez d'obéir, ne pouvons toutefois oemestre de représenter a voz. Seign. par ceste voye expresse, que restant le mal de la contagion jecté la sepmaine passée audedans une maison et voulte sous la chambre du Conseil, il nous a fallu retirer

le mesme jour et tenir l'assemblée en la maison de la ville laquelle maladie a tellement prins pied plus avant, par la ville-haute, oultre l'infection primitive de la ville-basse, veoires en beaucoup et divers lieux et principales rues, mesmes des entrées, sorties, et advenues de la ville, qu'elle est coultée dedans les maisons contigues, proches et jointantes à celle du Conseiller Hattstein, et du Président, conseillers Bock, Huart, d'Arnoult, et de la Greffe aussi des Substituts Strenge. Blanchart, par où le dict Président ont esté occasionnez changer d'aire avec leur familles et enfants. Estant aultres sur leur partements la plupart des avocats et praticiens aussi retirez, les classes des études vagues et abandonnées, ne venant presque plus personne à la ville, n'y rien à vendre aux jours de marché, qu'il a fallu deux fois transférer pour vivres et nourriture, après une si grande indigence et famine, que l'on a enduré et souffre encore, tellement que ce collège ne se trouve plus en entier n'y en corps, et n'y aura des aujourd'hui après le partement des autres que le dit Conseiller Huart. s e u l, (auquel le Président a laissé le scel) avec le greffier; les clercs se sont aussi pour la plupart retirez, ainsi qu'ont faict ceux des praticiens, et aultre jeunesse... Ne pouvant personne estre contrainct de rester en semblable occasion, contre son gré, estantes les a p p r éhensions aultant dangereuses et à prévenir que le mal propre, comme est advenu entre aultres jours ença moururent la femme d'un advocat, principalement par telle appréhension (sic). Nous avons bien proposé entre nous la ville d'Arlon, mais estante pareillement subconnu dud mal, de contagion et fortement subjecte à cet accident, parmi la saison d'été, jours et chaleurs caniculaires, pour estre lieu peuplé et plein de bestail et immondicités. exposé sur le haut chemin de tout le monde, et estrangers venant et allant non périlule (?) toutes sortes de maladies, avons trouvé la ville d'Echternach plus commode, ouverte, spacieuse, logeable et de meilleure assiette selon les expériences que l'on a remarqué par le tems passé, pas éloignée d'aucuns quartiers du pays, de tant plus questante pour les grandes vacances du mois d'août, à la moins..."

J'ai tenu à reproduire in extenso cet intéressant document, d'abord parce qu'il rend bien compte de l'extension du contage dans la ville de Luxembourg, mais également comme témoignage écrit de l'affreuse peur de ces Messieurs du Conseil; enfin en guise d'hommage au Conseiller H u a r t, qui, lui, n'a pas eu peur, qui est resté courageusement dans la ville contaminée, et a continué à faire son devoir . . .

Devant le fait accompli, la permission vint bientôt de Bruxelles, pour le Conseil Provincial, de quitter les lieux; il demeurait encore à Echternach au mois de février 1627.

De sa retraite d'Echternach, il adressa des ordres et des remontrances au Magistrat de Luxembourg: de persévérer dans l'accomplissement de ses devoirs, de ne point quitter la ville contaminée, de rester conscient de ses voeux de ramener, le cas échéant avec sanctions, tous les échevins, artisans, etc. qui avaient déjà quitté la ville, sous peine de se voir congédiés, et d'être certains que le Procureur

Général (à Echternach) prendrait des sanctions sévères et une correction stricte, pour statuer un exemple." Et le Conseil Provincial, dont émanaient ces sages préceptes, s'était sauvé à Echternach et y vivait en toute sécurité, à l'abri de la contagion!

Une ordonnance supplémentaire règlait la vente de victuailles au marché, pendant la durée du fléau. Des marchands malhonnêtes avaient accaparé le blé, etc., à la campagne, et réalisaient des profits illicites, tandis que les marchés officiels étaient vides! Il en résultat une disette dans la ville, ce qui ajouta encore aux misères causées par la maladie.

Malgré la tristesse des temps, en cette année 1626, il ne manquait pas de petits incidents locaux, assez savoureux, du moins rétroactivement: Il s'agit, en l'occurrence, du Palais Mansfeld, ou, comme on disait alors "La Fontaine Royale" dont l'administration était confiée au Capitaine André H e u s e r. Or, la circulation au faubourg du Grund était entièrement suspendue, en raison du foyer de contamination qui y régnait, et surtout de l'emplacement, dans ce faubourg, de l'hospice St. Jean, lazaret, baraquement, et station d'isolement. Il y avait quelques jours, le Conseil Provincial venait de décréter que toute entrée au faubourg était défendue: "à cause de cette maladie exécrable." Le capitaine Heuser, dans une supplique adressée au Conseil, se plaignait de ce que les charretiers en profitaient pour emprunter le chemin de la "Fontaine Royale" et que pour cette raisor. les portes et la voie ont énormément souffert par ces pratiques; donc, il a décidé de fermer "à demi" la Porte St. Pierre, et qu'il a commis un maçon, et un serrurier pour fermer complètement un battant de la Porte; mais que le locataire et gardien de cette porte n'a pas voulu laisser faire, qu'il a même proféré des menaces et jurons; ce pourquoi lui, Heuser, demandait l'intervention du Conseil Provincial dans cette affaire . . .

Voici la réponse du Conseil: Décret du 15.VII.1626: "Commandement à Guillaume Werbe (gardien de la Porte St. Pierre) de n'empescher le suppliant à faire le debvoir de sa charge, comme est représenté par cestes sous peine arbitraire. Et aura le supliant à empescher que quelles charettes ou charreaux passent par la Fontaine, estantes de grandes pesanteur, lesquelles prendront le tour pour entrer la Judepûrt." Faict le 16 juillet 1626.

La quarantaine et ces molestations, ou ce qui devait paraître tei aux yeux des bourgeois, imposées par le Conseil et le Magistrat, provoquaient encore des tas de réclamations, ralentissaient le cours de la Justice, paralysaient la vie commerciale!

Un bourgeois de Thionville, porteur de lettres destinées à l'avocat Funck, qui habitait Hollerich, village assez éloigné de la ville de Luxembourg, à cette date, se plaint de ce qu'à son retour, l'entrée de sa ville natale lui a été interdite par le justicier, parce qu',,,l avait été à des endroits où la contagion faisait rage." Il jurait cependant ne pas avoir mis le pied dans la ville de Luxembourg. Les affaires judiciaires prenaient du retard: ,,attendu que l'huissier de la Résidence de Dampvillers est séquestré pour six semaines de la conversation des autres pour avoir esté en lieu infectez de la con-

tagion."

D'ailleurs, d'autres localités, assez rares, du Duché de Luxembourg, furent infectées par la peste de 1626, entre autres Givet, de mai à septembre 1626; c'est pour cette raison qu'on interdit à Beauraing et à Wellen toute communication avec Givet.

D'autres bourgades isolées, Witry, Contern et Mutfort, infestées également, se virent interdire toute communication avec Echternach. Il est évident que grâce à ces interdictions sévères, et à la quarantaine inexorablement supendue sur la tête des suspects, on peut médicalement expliquer le fait que certaines localités, situées toutes proches d'un foyer de contamination, aient échappé au fléau.

AGPHARM A.G.

LUZERN

DISMENOL

Tabletten

das ideale Sedativum bei Dysmenorrhoe (Röhrchen zu 6 und 15 Tabletten, Gläser zu 150 Tabletten.)

PARASULFOL "U"

Suppositorien

das Spasmo-Analgeticum der Urogenitalsphäre, des Magen-Darmtraktes und der Gallenwege. Optimale Wirkung bei maximaler Verträglichkeit.

(Packungen zu 10 und 50 Suppositorien.)

PNEUMODON

Tabletten und Suppositorien

Synergetische Spasmolytica zur zuverlässigen Anfall Kupierung und Prophylaxe des Asthma bronchiale.

(Röhrchen zu 6 und 15 Tabletten, Gläser zu 100 Tabletten Packungen zu 5 und 50 Suppositorien.)

MELABON

Cachets

das klinisch bewährte Analgeticum und Antineuralgicum.

Schnell eintretender und lange andauernder Wirkungseffekt, keine Angewöhnung, keine Nebenerscheinungen, angenehm einzunehmen.

(Packungen zu 4, 10 und 20 cachets.)

Aerztemuster und Literatur stehen gerne zur Verfügung durch:

PROPHAC

25, RUE BAUDOUIN, LUXEMBOURG . TÉL. 30-73

COMMUNICATIONS

Le radio-diagnostic lipiodolé dans le syndrome de compression médullaire

Communication faite le 9 octobre 1946 par Roger Neesen

Lors de la journée médicale de Mondorf-les-Bains, nous avons eu l'occasion d'entendre l'expesé magistral de M. de Sèze sur la sciatique par hernie discale lombaire, dans l'étude de laquelle il lui revient un mérite de tout premier ordre. Lors de la projection de clichés très instructifs d'épreuves au lipiodol, il a abordé le sujet si controversé des indications et contre-indications de la méthode. Si l'épreuve au lipiodol introduite par Sicard a perdu de l'intérêt dans le diagnostic des sciatiques par hernies discales lombaires, par suite des précisions apportées par l'examen clinique, en particulier des troubles sensitifs, il n'en est pas de même pour d'autres affections, p. ex. les compressions médullaires.

Certes depuis les inventeurs de la méthode jusqu'à nos jours, la discussion reste toujours ouverte sur les risques et dangers de la myélographie. Elle a même pris une certaine recrudescence depuis qu'il est reconnu que le produit iodé n'est pas nécessairement et complètement éliminé comme l'avait admis Sicard. Dans certains cas surtout, lorsqu'il y a effectivement un processus pathologique en particulier inflammatoire il peut être retenu et encapsulé et donner lieu à des signes irritatifs et des adhérences.

Si nous disons que d'autres ont prétendu pouvoir précisément libérer de telles adhérences par le produit iodé, c'est montrer la complexité des problèmes soulevés. Il n'y a pas de doute que dans certains cas décrits on a dû intervenir ou réintervenir pour des signes d'irritation intolérable. Il serait cependant exagéré de vouloir d'après cela discréditer la méthode qui dans un grand nombre de cas rend d'éminents services.

Parmi un matériel clinique de 125 cas*) que nous avons étudiés ou au cours desquels nous avons pratiqué l'épreuve au lipiodol les renseignements furent des plus précieux. Anticipons, en précisant de suite que ce n'est qu'après des indications judicieuses que l'épreuve au lipiodol fut appliquée.

Il y a évidemment des images de stop net en cas de tumeur et d'arachnoïdite qui ne donnèrent pas lieu à des difficultés d'interprétation en confirmant simplement le diagnostic clinique. Il y en avait d'autres atypiques, où le diagnostic radiologique ne cadrait pas même ni avec la nature ni la hauteur ni l'étendue du processus suspecté d'après le tableau clinique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction occipitale, voie d'introduction du lipiodol, et par ponction lombaire antérieure, n'arrivait pas toujours à donner la priorité à l'examen clinique ou radiologique. C'est donc uniquement par confrontation de toutes les données cliniques, des examens complémentaires en particulier sérologiques et radiologiques avec l'image lipiodolée qu'un diagnostic définitif peut être posé et suivi d'une indication opératoire. Il est d'ailleurs désirable de pratiquer l'épreuve au lipiodol seulement dans les cas

^{*)} dont une douzaine de photocopies furent présentées lors de la séance de communication



Fig. 1

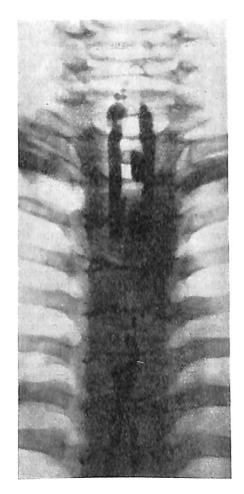


Fig. 2

où la question d'une opération éventuelle se pose et que celle-ci peut avoir lieu dans les jours qui suivent. Ceci pour réduire au minimum les inconvénients de la méthode.

Des suites graves n'ont d'ailleurs pas été observées par nous. Tout dépend des indications de la méthode. Les soi-disant inconvénients, l'exacerbation des douleurs subjectives ou l'augmentation des paralysies, qui en dehors de la précision de la limite supérieure des troubles sensitifs, permettent de préciser le diagnostic en hauteur, ne sont pas une raison suffisante pour ne pas recourir à la méthode. Même dans des cas de processus cervicaux haut situés, dans lesquels on préconise de s'abstenir de l'épreuve au lipiodol, celle-ci a été pratiquée in extremis sans inconvénients.

Une tumeur occipitale qui s'était engagée à travers le trou occipital dans le canal cervical, a ainsi pu être diagnostiquée alors que la symptomatologie et l'évolution chiniques ainsi que les renseignements fournis par plusieurs ponctions sous-occipitales et lombaires parlaient en faveur d'une affection méningo-myélitique. Après de longues hésitations l'épreuve au lipiodol fut donc décisive pour poser l'indication opératoire formelle et urgente. La tumeur a pu être extirpée sans pourtant sauver la vie du malade. Nous nous sommes reprochés nos hésitations devant les contre-indications.

Dans un cas parallèle la myélographie a fait poser le diagnostic d'arachnoïdite adhésive, alors que tout orientait vers une tumeur cervicale haut située.

Parfois le cliché constitue une vraie révélation, montrant l'existence de kystes volumineux, de tumeurs (lipomes) accompagnant une malformation du rachis ou des modifications tégumentaires, de réactions inflammatoires à distance du processus diagnostiqué, de hernies des disques intervertébraux (qui peuvent d'ailleurs être masquées par une image d'arachnoïdite accompagnant la hernie!).

Nous n'allons pas dire que l'image lipiodolée tire toujours d'embarras. Le dilamme qui se pose assez souvent est de savoir s'il s'agit de tumeur ou d'arachnoïdite. Or notre expérience a prouvé qu'il est prudent, en présence de certaines images, de voir l'alternative un peu autrement: s'agit-il d'arachnoïdite simple ou d'arachnoïdite se surajoutant à une tumeur? Eventualité nullement rarissime à laquelle on risque de ne pas penser.

Parmi de telles associations il y avait un cas particulièrement instructif. Les clichés successifs montrèrent d'abord deux franges nettes d'arachnoïdite, sur les suivants celles-ci s'épaissirent vers le bas, sur les derniers elles avaient presque disparu, remplacées par un stop d'une rare netteté et précision de forme. Celui-ci se projetait sous forme rectangulaire, à limites supérieure et inférieure parfaitement horizontales (voir fig. 1 et 2). Il s'agissait, comme l'opération l'a montré d'un manchon annulaire, engaînant une formation kystique intramédullaire à sérosité claire et incolore (hydromyélie? kyste d'arachnoïdite aberrant?) L'enfant fut sauvé et guéri alors que le tableau clinique n'avait permis ni de localisation, ni de diagnostic clinique ou étiologique précis.

Les services rendus par la méthode ressortent encore d'un autre cas. En présence de douleurs sciatiques, malgré des radiographies d'ensemble du bassin et de la colonne vertébrale absolument normales et l'existence d'un liquide céphalo-rachidien fortement modifié, l'image légèrement frangée du lipiodol au fond du cul de sac dure-mérien, amena à faire des tomo-radiographies en série de la région de l'articulation sacro-îliaque droite. Celles-ci révélèrent une sorte de cavité, image qui fut d'abord attribuée à un processus inflammatoire, puis à une tumeur. L'intervention, à laquelle les chirurgiens ne se décidèrent que difficilement après de longues discussions confirma celle-ci. Après ablation et radiothérapie consécutive le malade se porta admirablement bien. Donc attention en cas d'un syndrome sciatique d'apparence banale! Ne pas se contenter à la légère du diagnostic de névrite, radiculite, voire hernie discale!

Un autre avantage de la méthode au lipiodol est de permettre un diagnostic précoce, p. ex. de tumeur intra-rachidienne en l'absence de tout symptôme clinique objectif, en présence uniquement de douleurs subjectives rebelles. Ce qui ne veut pas dire de négliger l'examen clinique ou de ne pas suivre l'évolution durant un certain temps d'observation avant qu'on ne se décide à pratiquer l'épreuve au lipiodol.

ll va sans dire qu'elle ne présente en effet pas de priorité absolue sur l'examen clinique. Le médecin aussi bien que le malade n'ont qu'à se réjouir si les acquisitions nouvelles de l'exploration clinique permettent de préciser la nature et le siège de l'affection comme en cas de hernie discale postérieure et nous dispensent des renseignements du radiodiagnostic lipiodolé. Nous avons cependant tenu à montrer qu'en dépit des objections soulevées, la méthode garde sa valeur aux mains d'un neurologiste consciencieux. On ne doit pas y voir un moyen facile qui remédie aux difficultés d'un diagnostic différentiel tablant sur toutes les données cliniques, sérologiques et radiologiques. On ne peut en espérer plus que de n'importe quel autre moyen de diagnostic. Mais l'épreuve au lipiodol. à condition d'utiliser un produit garanti, d'user de toutes les précautions d'application, de réfléchir mûrement aux indications et contre-indications bien établies est d'une grande utilité, capable dans certains cas de préciser, de corriger. voire de poser le diagnostic. Le cliché apporte d'ailleurs au neuro-chirurgien un élément objectif rassurant sur lequel il peut se baser en toute conscience pour opérer. Les inconvénients de la méthode appliquée judicieusement sont certes moindres qu'une laminectomie exploratrice que la myélographie remplace à juste titre.

Chimistes, pharmacologues et biologistes de

l'Institut Biochimique

IBSA S. A.

LUGANO (Suisse)

présentent de nouvelles possibilités thérapeutiques :

BENZO-INVERTINE IBSA

Nouveau traitement de l'ulcère gastroduodénal. (Littérature: Praxis nº 9, 22. 2. 47). Ampoules à 5 cc. Usage intrav.

INVERSULINE IBSA

Solution concentrée de sucre inverti avec insuline. Epuisement général, Reconstituant post-opératoire. Nutrition insuffisante. Eclampsie. Accidents de la narcose. (Littérature: *Praxis* nº 12, 21. 3. 1946).

CHOLEUBIL IBSA

Solution stable et isotonique d'acide déhydrocholique. Affections du foie et des voies biliaires. Pour déceler l'ombre de la vésicule en cholécystographie.

CURRHEUMA IBSA

Thérapie salicylique combinée au camphre et au soufre. Rhumatisme aigu et chronique. - Sciatique. - Lumbago. -Arthrites. - Coxites. - Ampoules 1 cc. - (Littérature: Praxis nº 20, 16, 5, 47.)

La marque IBSA donne toutes garanties d'efficacité et de parfaite tolérance

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg : PROPHAC - rue Baudouin 25 - Luxembourg - Tél. 30-73

Sur un cas de cancer de l'estomac

Communication faite le 15 décembre 1947 par Simon Hertz

Nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui un cas de cancer de l'estomac qui offre plusieurs points intéressants.

Il s'agit d'un homme de 55 ans qui est venu nous consulter récemment pour des douleurs épigastriques, des vomissements et un amaigrissement important.

C'est un malade aux antécédents digestifs très chargés. Avant 1939 il a eu des crises douloureuses épigastriques sans horaire fixe ni évolution périodique; elles ne durèrent qu'un jour, survinrent sans cause apparente et n'inquiétaient pas assez le malade pour le déterminer à consulter un médecin.

De 1939 à 1943 il a souffert de crises de diarrhée avec coliques abdominales et selles liquides parfois glaireuses, jamais sanglantes ou purulentes. Différente examens radiologiques furent faits à ce moment mais aucune pathologie spéciale ne fut trouvée. Les troubles diminuèrent sous l'influence d'un traitement symptomatique. Des alternatives de diarrhée et de constipation persistèrent pendant plusieurs années jusqu'en 1943 où une constipation assez opiniâtre s'installa.

Le syndrome digestif actuel débuta en 1945. Il fut caractérisé par des douleurs épigastriques survenant 4 heures après le repas du soir; elles siégeaient au niveau de la région épigastrique, elles irradiaient vers le dos et dans les deux flance; elles étaient assez violentes, non calmées par l'ingestion d'aliments ou la position couchée; elles n'étaient pas influencées ni par les régimes auxquels le malade se soumettait spontanément ou sous l'influence de ses médecins, ni par les différentes cures thermales ou climatiques qu'il faisait. L'évolution de ces douleurs pendant ces années a été des plus irrégulières. Nocturnes au début, elles étaient devenues diurnes dans les derniers mois, mais leur évolution restait capricieuse et irrégulière. Durant les dernières semaines les douleurs ont été accompagnées et calmées par des vomissements. Ces vomissements, survenant à la fin de la crise, étaient toujours alimentaires ou liquides mais n'ont jamais été sanglants.

A ces deux symptômes s'était ajoutée pendant les derniers mois une anorexie progressivement globale; l'amaigrissement total pendant les deux dernières années a été de 20 kg d'après les dires du malade.

Les antécédents familiaux révèlent que son père est mort d'un ictus a 70 ans; la mère du malade est morte d'un syndrome abdominal imprécis à l'âge de 52 ans. Il convient de signaler qu'une socur du malade a une lithiase biliaire.

Le malade lui-même n'a aucun passé excepté une pleurésie compliquant un épisode pulmonaire aigu à l'âge de 17 ans. Aucune thoracotomie ne fut faite.

A l'examen on se trouve en présence d'un sujet pâle, amaigri, fatigué, donnant l'impression d'être atteint d'une affection sérieuse. L'exploration de l'abdomen montra une résistance épigastrique oblongue, allongée horizontalement. sans durcissement intermittent ni ondes péristaltiques visibles. Le toucher rectal était négatif. Il n'y avait pas de ganglions du creux sus-claviculaire; le foie ne semblait pas augmenté de volume. Le reste de l'examen était complètement négatif. La tension était de 110/80; coeur et poumons étaient normaux. Les réflexes étaient présents.

Durant sa longue histoire clinique le malade avait été examiné par différents confrères qui tous soupçonnaient une lésion organique. Cinq examens radiologiques avaient été pratiqués en l'espace d'une année. Tous étaient normaux. (Reproduction I).

De quoi pouvait-il donc s'agir chez notre malade? Ces douleurs tardives avec vomissements, anorexie et amaigrissement évoquaient d'emblée l'idée de cancer digestif. Elle était encore appuyée par la constatation d'une masse épigastrique. Mais avec une histoire clinique datant de deux ans l'on se serait attendu à trouver des lésions radiologiques évidentes. Or les clichés faits quelques semaines auparavant étaient normaux.

Fallait-il penser à un ulcère et rattacher ces douleurs à celles présentes avant 1939? Le malade avait eu des sédations fonctionnelles prolongées. Mais il paraissait bien exceptionnel qu'un ulcère de l'estomac si vieux n'ait donné aucun signe radiologique.

Fallait-il penser à une cholécystite? La soeur du malade était une lithiasique biliaire, les douleurs étaient très irrégulières et l'on connaît l'allure capricieuse de la vésicule biliaire malade. Mais une radiographie de la vésicule pratiquée il y a quelques mois avait montré un remplissage homogène.

Fallait-il penser à une pathologie colique et cette masse oblongue sentie dans l'épigastre était-elle une partie du colon transverse? On aurait pu rattacher les troubles actuels au syndrome colique de 1939. Mais là encore une évolution de cancer colique durant depuis 8 ans aurait fini par donner des signes cliniques peut-être plus précis, d'ailleurs un lavement baryté avait montré l'intégrité radiologique du colon.

Pouvait-on envisager une tumeur bénigne de l'estomac avec dégénérescence secondaire? Cette hypothèse aurait permis de comprendre la longue évolution. mais là encore on aurait pu s'attendre à trouver une image radiologique suggestive au bout d'une si longue évolution.

Quant au diagnostic de dyspepsie simple, on ne pouvait vraiment pas le maintenir en présence de ce malade amaigri et souffrant de douleurs tardives avec vomissements.

Bref, c'est avec une hypothèse de travail très imprécise que nous avons abordé l'étude complémentaire de ce malade. A l'examen radiologique l'estomac était hypotonique mais hypercinétique avec évacuation rapide de la baryte dans le duodénum. Cependant dès la première gorgée on avait l'impression d'un double contour dans la région pylorique. La moindre compression de l'estomac permettait de voir une image claire étendue dans la région du pylore. Le cliché debout (Reprod. 2) montra une différence de teinte nette entre la baryte du restant de l'estomac et celle de la région prépylorique. En décubitus ventral (Reprod. 3) une clarté relative se dessinait allant de la grande à la petite courbure et s'étendant en largeur depuis 4 cm à gauche du pylore environ jusque vers la jonction de la portion verticale et horizontale de l'estomac. Fait notable, lorsque l'estomac était complètement rempli cette image disparaissait tout-à-fait. Tout au plus l'oeil prévenu pouvait-il déceler un aspect en tôle ondulée au niveau de la grande courbure.

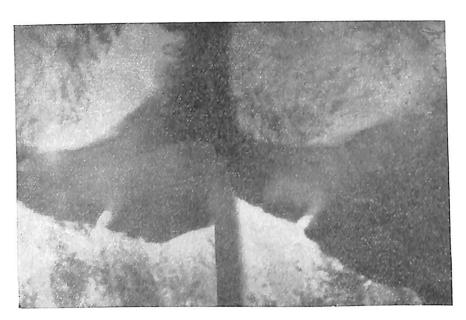
En somme il s'agissait d'une image lacunaire plus visible en décubitus ventral que dorsal et située à gauche de la colonne vertébrale.

Pour préciser la nature de cette image nous avons pratiqué une gastroscopie. Elle à révélé l'existence d'une masse tomentueuse, irrégulière, bosselée, nodulaire, couverte de petits exsudats et de petites ulcérations. Elle s'étendait du pylore, qui était visible, libre de toute infiltration, jusque vers la portion verticale de l'estomac dont la portion supérieure était normale. Elle s'étendait depuis la face antérieure de la portion horizontale jusque sur la face postérieure englobant la petite courbure mais laissant libre la grande courbure. Cette masse se projetait à l'intérieur de la lumière gastrique. Le contraste était vif entre la coloration normale de la musqueuse gastrique et la couleur rouge vif par endroits, sale en d'autres, de la masse, faisant saillie à l'intérieur de l'estomac.

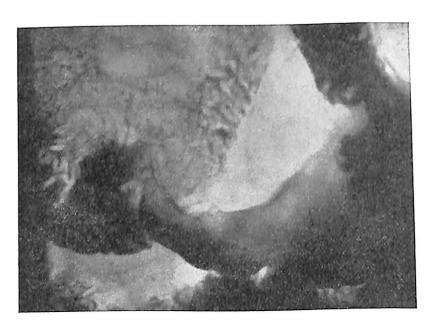
Le diagnostic de cancer de l'estomac paraissait certain. Le tubage montra une absence complètee d'acide chlorhydrique libre et une absence de pepsine. Quelques globules rouges furent trouvés. Il n'y avait pas de cellules néoplasiques



Reproduction No 1
Radiographie de l'estomac
faite en février 1947.
Aucune lésion n'est visible.



Reproduction No 2 Radiographie debout de la région pylorique. On voit simplement une dissérence de teint.



Reproduction No 3 Radiographie en décubitus ventral. Large image Lacunaire avec conservation de la petite courbure

Après avoir préparé le malade et rétabli son équilibre protéique — la sérum-albumine était de 2.27 au lieu de 4.5 — le malade fut opéré par notre ami le docteur Loutsch. Une gastrectomie fut faite; elle était relativement simple parce qu'il n'y avait pas d'adhérences aux organes de voisinage; mais elle était cependant compliquée du fait de ganglions allant très haut sur la petite courbure et même jusque sur la partie inférieure de l'ocosphage, et que ces ganglions enlevés se sont montrés néoplasiques à l'examen histologique.

A l'ouverture de l'estomac on a trouvé une infiltration diffuse s'étendant depuis la région prépylorique jusque sur la portion horizontale de l'estomac et correspondant exactement aux limites trouvées à la gastroscopie.

L'évolution post-opératoire à été simple.

L'examen histologique de la pièce faite par le docteur Schmol a montré un concer typique, glandulaire cylindrique, végétant en profondeur. Par places il existait des inclusions d'ordre inflammatoire.

L'évolution post-opératoire a été relativement simple. Le malade a mis quelques semaines à reprendre du poids et de l'appétit. A la date du 11 février il avait repris deux kg, son appétit était excellent à tel point qu'il était obligé de se lever la nuit pour manger. Quelques troubles digestifs discrets à type de ballonnement persistaient. L'examen clinique était entièrement négatif.

Dans cette évolution plusieurs faits méritent d'être retenus.

1" Nous voyons que le cancer de l'estomac est parfois une maladie qui évolue lentement: neus avons pu suivre ici une évolution clinique de deux ans il est évident que l'évolution anatomique a été encore plus longue. Néanmoins le cancer n'avait pas encore franchi la limite de l'estomac et il n'y avait ni adhérences ni métastases. Il reste bien entendu que le pronestic post-opératoire est assombri par la notion de métastases dans les ganglions gastriques.

2" Il est frappant de noter la discordance considérable entre la clinique et la radiologie. Malgré une infiltration anatomique étendue la petite courbure avait gardé apparemment une souplesse normale à la radio. Et fait curieux, là où la radiographie montra une image en tôle ondulée, interprétée généralement comme la traduction d'une infiltration, on trouva une muqueuse et une paroi normales et souples. Quelque troublant que soit le fait, il faut retenir ici que des examens faits par des médecins compétents ont pu être négatifs alors qu'il y avait des lésions anatomiques importantes.

3" Notons l'intérêt considérable de la gastrescopie dans un cas comme celui-zi. Elle a permis de faire un diagnostic de certitude là où la radio avait été en défaut. Il est probable que dans un cas comme celui-ci elle aurait permis de faire un diagnostic beaucoup plus précoce. Il ne faudrait cependant pas en conclure que la gastroscopie permet de faire aisément le diagnostic de toutes les tumeurs gastriques. Il faut toujours l'employer avec les autres moyens d'investigation. Elle les confirme, les contrôle parfois, les complète souvent. Et c'est par l'emploi judicieux de l'ensemble de ces moyens que nous parviendrons à faire plus précocément le diagnostic de cancer de l'estomac au début, qui reste un des diagnostics les plus difficiles de la pathologie digestive.

Gefässpasmolytikum

PENTRIT

(= Pentaerythroltetranitrat)

Bei Angina pectoris, Asthma, Herzkrankheiten, Coronarsklerose, Hypertonie im Alter, ebenso wirksam wie sein Pseudoisomeres Erythroltetranitrat.

Tabletten zu 0,010 g und 0,030 g (forte)

Pentrit compositum zur Behandlung im Angina pectoris-Anfall

Tabletten zu 0,020 g Pentaerythroltetranitrat + 0,0005 g Nitroglyzerin.

> PACKUNGEN zu 20 und 200 Tabletten.

HEU!

HEPANTRO

das peroral wirksame Leberpräparat

Angenehm schmeckendes und in antianaemischen Einheiten standardisiertes Total-Leber-Magenschleimhaut-Extrakt, enthaltend den antitoxischen Faktor der Leber und den Intrinsic-Faktor aus der Antrum-pylorus-Region des Magens.

Indikationen: Hyperchrome Anaemien, zur unterstützenden Behandlung bei hypochromen Anaemien; Leberinsuffizienz infolge Auto- und Heterointoxikationen; Behebung von Röntgenschädigungen des Blutes.

Flacons zu 100 und 200 ccm.



Zur Depot-Behandlung

INJECTON «forte»

mit 10 a. E. in 1 cm⁸ Flacons à 5 cm⁸ enhaltend 50 a. E.

ADROKA AG. Basel 2

GENERAL-VERTRETUNG FOR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG.
PROPHAC - Baudouinstrasse 25 - Luxemburg - Tel. 30-73

CHRONIOUE

par Pierre Felien

L'activité de la Société des Sciences Médicales après la Libération

Après avoir été spoliée par l'ennemi et suspendue pendant toute la durée de l'occupation, la Société des Sciences Médicales a repris son activité dès le début de l'année 1946.

A la suite de plusieurs séances préparatoires de l'ancien bureau de 1940, une assemblée générale a été convoquée pour le 3 février 1946. Le président Jean Faber esquissa la situation pénible de la Société pendant la guerre (le mobilier a été volé, le compte chèque postal confisqué etc.) et adressa un vibrant appel à tous les assistants et surtout aux jeunes confrères d'aider dans toute la mesure du possible à reconstruire les bases de la Société et à reprendre l'activité si féconde d'avant guerre. Le nouveau comité qui fut élu dans cette assemblée se composa comme suit: Jean Faber, président, P. Felten, secrétaire; membres: F. Hess, H. Loutsch, R. Noesen, J. P. Waldbillig (médecin-dentiste), Ed. Loutsch (vétérinaire).

Le nouveau bureau ne tarda pas à adresser à tous les membres une circulaire dans laquelle il manifesta son intention de renouer la tradition d'avant guerre et de reprendre le cycle des conférences, des séances de communications et des réunions amicales qui avaient trouvé autrefois un accueil si favorable. Il fit appel à tous les confrères de l'art de guérir de collaborer à la Société d'une manière active et dans un esprit de confraternité et de solidarité professionnelle.

En automne 1947, le président Jean Faber a dû donner sa démission pour des raisons de santé. L'assemblée générale convoquée pour le 2 novembre 1947, regretta profondément la démission du président, et décida de le proclamer président d'honneur de la Société. Les élections pour le nouveau bureau ont donné le résultat suivant: Henri Loutsch, président, P. Felten, secrétaire; membres: J. P. Knaff, Fr. Hippert, René Koltz, J. P. Waldbillig (médecindentiste), Ed. Loutsch (vétérinaire). Dans une circulaire adressée à tous les membres, à la date du premier janvier 1948, le nouveau bureau insista surtout sur la nécessité de faire paraître de nouveau de bulletin de la Société et de créer une bibliothèque médicale dans le sein de la Bibliothèque Nationale.

Chronique succincte de la Société des Sciences Médicales depuis 1946

- Le 11. 2.1946. Assemblée Générale avec élection d'un nouveau bureau.
- Le 8. 9.1946. Participation à la première Journée Médicale d'après guerre de Mondorf-les-Bains.
- Le 9. 10. 1946. Séance de communications avec l'ordre du jour suivant: Dr. H. Loutsch: la gastrectomie totale. Dr. Roger Noesen: le radiodiagnostic lipiodolé dans le syndrome de compression médullaire.
- Le 12. 11. 1946. Séance de communications avec l'ordre du jour suivant: Dr. Hubert Meyers: le diagnostic radiologique précoce du cancer de l'estomac. Dr. Léon Molitor: Observations épidémiologiques au Grand Duché de Luxembourg. Dr. Jean Faber: Splénectomie dans la maladie de Werlhoff.
- Le 1.12.1946. Participation d'un grand nombre de médecins luxembourgeois à la Réunion à Nancy de la Société d'Electro-Radiologie de l'Est de la France.
- Le 18. 2. 1947. Mademoiselle Forman fait don à la Société des Sciences Médicales de toute la bibliothèque médicale de feu son frère, le Dr. Joseph Forman, président du Collège Médical.
- Le 22. 5. 1947. Participation au onzième Congrès des Pédiâtres de Langue Française à Lyon.
- Le 1. 6.1947. Participation à la Journée Médicale de Nancy.
- Le 29. 6.1947. Participation à la Réunion à Luxembourg, de la Société d'Ophtalmologie de l'Est de la France.
- Le 18. 10. 1947. Projections de films scientifiques de la Société des Laboratoires Labaz sur l'intocostrine en anesthésic et la pénicilline en médecine et chirurgie.
- Le 20. 10. 1947. Participation au Congrès de l'Académie Suisse des Sciences Médicales à Bâle.
- Le 4.11.1947. Présentation de films avec causerie scientifique par la Division Pharmaceutique de l'Union Chimique Belge à Bruxelles.
- Le 22. 11. 1947. Assemblée générale de la Société.
- Le 15. 12. 1947. Séance de communications avec l'ordre du jour: Indications et résultats du traitement par la streptomycine.
- Le 17. 1.1948. Réunion en vue de l'élaboration d'une liste de spécialités pharmaceutiques qui pourraient être adoptées par les caisses de maladie.

- Le 14. 2. 1948. Projection d'un magnifique film des Laboratoires Midy de Paris sur "Le Rhumatisme", étude clinique et traitement.
- Le 26. 2. 1948. Scance de communications avec l'ordre du jour suivant: La polyarthrite chronique.

On trouvera plus loin la liste des conférenciers étrangers ainsi que des sujets qu'ils ont traités depuis septembre 1946 — février 1948.

Nouvelles diverses

Le 20 octobre 1947, le Dr. Léon Molitor, médecin assistant au Laboratoire Bactériologique de l'Etat, a été nommé médecin directeur du Ministère de la Santé Publique.

Le 14 octobre 1947, le Dr. François Delvaux a fêté son soixante quinzième anniversaire. Nos bien vives félicitations.

Liste des conférenciers étrangers et des sujets traités par eux depuis 1946

- Le 8 septembre 1946: Prof. S. de Sèze de Paris: Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux. Prof. G. Brohée de Bruxelles: L'angiocholite.
- Le 15 décembre 1946: Prof. René Fontaine de Strasbourg: Le traitement moderne des phlébites.
- Le 19 janvier 1947: Prof. Fr. van Goidsenhoven de Louvain: La pathogénie et le traitement de l'hyperthyroïdie.
- Le 23 février 1947: Prof. Louis Merklen de Nancy: Les stations thermales et climatiques de l'Est de la France.
- Le 27 avril 1947: Prof. Lt. Colonel Grandpierre de Paris: La médecine aéronautique, son domaine et ses buts.
- Le 4 novembre 1947: docteur Ferin de Louvain: La courbe thermique en gynécologie.
- Le 24 janvier 1948: docteur Fr. Baclesse de Paris: La radiothérapie du cancer du sein.
- Le 26 février 1948: docteur J. Graber-Duvernay d'Aix-les-Bains: Le traitement actuel de la polyarthrite chronique.
- Le 28 février 1948: Prof. P. Florentin de Nancy: Le problème biologique du cancer.

Nécrologie

Depuis mai 1940, notre Société a eu à déplorer le décès des confrères suivants:

- Dr. Zettinger Gaspard, Mersch (1877-1940)
- Dr. Delahaye Joseph, médecin de la Cour, Luxembourg (1875-1940)

- Dr. Urbany Albert, Dudelange (1872-1940)
- Dr. Metzler Pierre, Esch-s.-Alzette (1857-1940)
- Dr. Schumacher Prosper, Ettelbruck, médecin-directeur du Sanatorium de Vianden (1878-1941)
- Dr. Razen Auguste, Luxembourg (1875-1942)
- Dr. Klees Victor, Luxembourg (1887-1943)
- Dr. Bellwald Willi, médecin-chef de l'hôpital Dudelange (1887-1943)
- Dr. Forman Joseph, président du Collège Médical, Luxembourg (1870-1943)
- Dr. Brausch Jean, Luxembourg (1882-1943)
- Dr. Tourneur Henri, Steinfort (1880-1944)
- Dr. François Camille, Eich (1900-1944)
- Dr. Metzler Joseph, Esch-s.-Alzette (1876-1945)
- Dr. Marx Charles, Luxembourg, Ministre de la Santé Publique (1903-1946)
- Dr. Wagner Antoine, Luxembourg, médecin-chef des Assurances Sociales (1885-1946)
- Dr. Steichen Edouard, Rumelange (1865-1946)
- Dr. Baldauff Gustave, Remich (1864-1946)
- Dr. Schrantz Edmond, Rodange (1893-1946)
- Dr. Gaasch Jean, Rodange (1871-1947)
- Dr. Thurm Nicolas, Luxembourg, médecin-directeur de la Sante Publique (1899-1947)
- Dr. Clees Jean, Grevenmacher (1890-1948)
- Dr. Witry Théodore, Luxembourg (1870-1948)
- Dr. Meisch Aloyse, Luxembourg (1898-1948)

Avis du trésorier

Nous prions les membres de notre société qui n'ont pas encore payé leur cotisation pour 1948, de virer le montant de 100 frs à notre C.C.P. 448.

Avis de la rédaction

Nous prions les confrères qui veulent collaborer au fascicule II/1948 de notre bulletin, d'envoyer leurs articles avant le 1er septembre 1948 au Dr. René Koltz, Junglinster, chargé de la rédaction du bulletin de la Société des Sciences Médicales.

SOMMAIRE

Avant-propos

ARTICLES ORIGINAUX

P. Florentin	Le problème biologique du cancer				
M. Reiles	A propos de 3 cas de péritonite post-abortum	23			
S. Hertz	Y-a-t-il un diagnostic précoce des cancers digestifs?	31			
J. Graber-Duvernay		33			
Fr. Hippert	Un cas de néphrose lipoïdique rebelle au traitement classique	47			
H. Meyers	Über die Pankreatitis	49			
A. Thyes	La gymnastique orthopédique dans le traitement des déformations de la colonne vertébrale	55			
R. Noesen	Quelques aspects de la psychiatrie moderne	61			
C. M. Harf	Expériences d'Anesthésie aux Etats-Unis d'Amérique	66			
P. Goerens	Examens radiologiques en série dans le Grand-Duché	70			
Philippart et Klees	Vers un nouveau traitement de la carie dentaire	75			
J. Harpes	La peste à Luxembourg	79			
	COMMUNICATIONS				
R. Noesen	Le radio-diagnostic lipiodolé dans le syndrome de compression médullaire	89			
S. Hertz	Sur un cas de cancer de l'estomac	95			
P. Felten	Chronique	101			

DOCTEURS

BOUR VOS IMPRIMÉS

Imprimerie Bourg-Bourger



MAISON D'EDITION

40. Avenue de la Gare - Luxembourg - Téléphone 28-70 et 50-04

Concessionnaire pour la Belgique et le Grand Duché de Luxembourg

ANC. MAISON L. SANDERS S. A. BRUXELLES

BIOPLASTINA

USAGE HYPODERMIQUE - INDOLORE

Combat efficacement

ANÉMIE - RACHITISME - LYMPHATISME ARRÊT DE CROISSANCE

EMULSION ASEPTIQUE DE
LÉCITHINE - ETHERS DE CHOLESTEROL
ET VITAMINES
DANS UN SERUM PHYSIOLOGIQUE

NO OIL SEROIT TITISION OF

SANDERS

BEWÄHRTE GEWO-PRÄPARATE

PRODUITS DE QUALITÉ GEWO

VITAMIN PRÄPARATE.

PRODUITS VITAMINES

AVITOL

120000 | E. Vitamin A pro 1 ccm ölige Lösung

120000 U. I. de Vitamine A en solution huileuse

OLDEVIT

20000 1. E. Vitamin D pro 1 ccm ölige Lösung 20000 U. I. de Vitamine D en solution huileuse

OLDEVIT HOCHKONZENTRAT 750000 I. E. Vitamin D pro 1 ccm ölige Lösung

750000 I. E. Vitamin D pro 4 ccm alycero-alko-

holische Lösuna

HAUT-CONCENTRÉ 750000 U.I. Vitamine D pro 1 ccm solution huileuse 750 000 U. I Vitamine D pro 4 ccm solution gly-

céro-alcoolique

DECALCIT

0.8 a Calc. phosphoric bibas, puris,

500 L F Vitamin D

CHEMOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE:

PRODUITS CHIMIOTHERAPEUTIQUES

SULFOCILLIN

SULFOCILLINE

300 O. E. Penicillin Na · 5% Sulfanilamid pro 1 a Salbe

300 U. O. de Penicilline-Na = 5% de Sulfani-

lamide par a d'onavent

SULFOCILLIN

NASENSALBE ONGUENT NASAL Atropin-Methyl-Nitrat, Ephedrin-Hcl

in Sulfocillin

SULFOCILLIN LUTSCHTABLETTEN COMPRIMÉS A SUCER

500 O. E. Penicillin Na ~ 0.025 a Sulfanilamid pro compr.

DIVERSE SPEZIAL-PRÄPARATE:

PRODUITS SPECIAUX DIVERS

CALCIUM

Calciumsalze der Glucon-oxypropion- und «GEWO» Laevulinsäure zur parenteralen Applikation. -

Sel de calcium complexe de l'acide gluconiqueoxypropionique et lévulinique pour l'application parentérale.

LES FILS D'EDUARD GEISTLICH S. A. POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE

SECTION PHARMACEUTIQUE

WOLHUSEN (SUISSE)

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg :

PROPHAC · rue Baudouin 25 · Luxembourg · Tél. 30-73

SIROPS:

Antitussol Traitement voies respiratoires des

enfants, goût agréable.

Bromothym Toux, coqueluche.

Codobrom Voies respiratoires, bronchites,

asthme, grippe.

Creosulf Voies respiratoires.

Toux, asthme, voies respiratoires. **Ephedion**

LA FERRINE

contre anémie, chlorose, débilité générale, neurasthénie, troubles médicament au goût délicieux à base de fer

mensuels de la femme.

Traitement externe des douleurs RHEUMACALM

> rhumatismales, névralgies, foulures, sciatiques, goutte.

SAPOFORMYL Antiseptique pour injections,

lavages, désinfectant.

Affections de la peau, boutons, **SCABIOLA**

eczémas, démangeaisons.

Fabrications du

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

SOCIÉTÉ ANONYME

LUXEMBOURG

SOLURIC

dissolvant de l'acide urique

Gomposition:

Citrosalicylate de bipipérazine.

Le Soluric est présenté soit sous forme de Granules effervescents, soit sous torme de

Comprimés sans sucre

SOLURIC GRANULES:

Citrosalicylate	de pipés	razine					gr. 0.30
Sucre							" 0.45
Mélange efferv	escent .						" 1.l0
CHAQUE	COMPRI	MÉ DE	SOI	LURI	c c	ONTI	ENT:
Citrosalicylate	de pipós	razine					gr. 0.30

Indications:

Traitement de toutes les manifestations uricémiques: Rhumatisme, goutte, arthritisme, gra-

velle, sciatique etc.

Posologie:

1 2 cuillerées à caté. 1-2 comprimés dans un demi verre d'eau aux deux principaux repas. Lors des accès on pourra prescrire sans inconvénients des doses supérieures.

SCABIOPHARM

Composition:

Onguent non-graisseux au diméthylthianthrène

et au benzylbenzoate.

Indications:

Pour le traitement de la gale.

Mode d'emploi:

Frictionner le corps tout entier, à l'exception du visage et des parties chevelues de la tête, avec le Scabiopharm, jusqu'à ce que l'onguent

soit complétement absorbé par la peau

Pour plus de sécurité il est recommandé d'en duire les parties particuliérement affectées et les mains, les deux jours suivants le premier

traitement.

Le Scabiopharm présente l'avantage de ne pas nécessiter des soins préalables (frotte, bains).

Présentation:

Tube d'origine, suffisant pour une cure.

Laboratoires S.A. "LA SINTETICA", Chiasso (Suisse)

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg:

PROPHAC · rue Baudouin 25 · Luxembourg · Tél. 30-73

CHIMIOTHÉRAPIE OVARIENNE

PAR IF

SANDERS

PER OS

VOIE PARENTÉRALE

Tous les accidents graves ou bénins

de

Ia MENOPAUSE, I'AMENORRHEE, Ia DYSMENORRHEE, Ia LACTATION

EN DRAGÉES ET EN AMPOULES TITRANT I mgr. DE DIÆTHYLSTILBOESTROL

S. A. ANCIENNE MAISON LOUIS SANDERS 47/51, RUE HENRI WAFELAERTS, BRUXELLES

SANDERS

Mondorf-les-Bains

(Grand-Duché de Luxembourg)

FOIE - VÉSICULE BILIAIRE

RHUMATISME

ESTOMAC - INTESTIN - NUTRITION

MALADIES TROPICALES - PALUDISME

Ouvert: du ler mars au ler novembre

LABA7 LABAZ LABAZ LABAZ LABA7 LABAZ LABAZ LABA7 LABAZ ACÉTYLCHOLINE LABAZ ABA7 LABAZ ABAZ ABAZ Vasodilatateur Parasympathicomimétique ARA7 ABA7 INJECTION INDOLORE STABILITÉ & SOLUBILITÉ PARFAITES LABAZ LABAZ Reproduit fidèlement les effets de l'excitation des nerfs cholinergiques. Dilate les vaisseaux périphériques. Contracte la musculature lisse du tractus gastro-intestinal. LABA7 LABAZ PRODUIT CONTROLÉ ABAZ LABAZ chimiquement biologiquement PRÉSENTATION LABAZ LABAZ Ampoules 100 mg. & 200 mg. Boites 6 amp. Acetylcholine + 6 amp. aqua steril. Boites 50 amp Acetylcholine + 50 amp. aqua steril. LABA7 ABAZ

SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES

LABAZ SOCIÉTÉ ANONYME 216 · RUE BELLIARD · BRUXELLES Département Pharmaceutique de la