



BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Décembre 1948

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER • 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.

Rédacteur du Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg
Dr. René Kolitz Junglinster.

Les Composantes Etiologiques de la Spasmophilie de l'Adulte, maladie constitutionnelle et familiale

par H. P. Klotz

Médecin des Hôpitaux de Paris

La Spasmophilie, dite essentielle, diffère de la tétanie parathyroïdienne par le plus grand polymorphisme de ses manifestations cliniques et singulièrement par l'importance de son retentissement psychique. Son diagnostic exige une étude clinique et humorale attentive sur laquelle nous avons insisté par ailleurs. (1).

La complexité de son étiologie achève d'opposer cette affection aux syndromes univoques liés à l'ablation ou l'ischémie parathyroïdienne. Dans l'étude de cette étiologie, nous envisagerons séparément le problème de l'état spasmophile, qui constitue la manière d'être permanente de ces sujets, et celui des crises paroxystiques qui jalonnent le cours de la maladie.

I. - Etiologie de l'Etat Spasmophile

Le terrain spasmophile, qui est fait tout à la fois de l'association d'une hyperexcitabilité neuro-musculaire, d'une hyperexcitabilité psychique et d'une labilité de la régulation calcémique, ressortit à une double étiologie, endocrinienne et psychique.

A) Le rôle des glandes endocrines

Le rôle des glandes endocrines est primordial et, parmi elles, surtout celui des parathyroïdes, des gonades, et de l'hypophyso-diencéphale.

1° — **L'insuffisance parathyroïdienne** est souvent signée par les caractères mêmes de la maladie. Il en est ainsi lorsque le malade présente d'importants troubles trophiques. Les ongles sont courts

(1) La Spasmophilie de l'Adulte, maladie psycho-organique, 1 vol. Flammarion, édit. 1948.

et épais, striés, fendillés; ils sont très cassants et couverts de taches blanches; les cheveux sont clairsemés et disposés par plages inégales; parfois ils tombent complètement; les dents présentent une hypoplasie de l'émail qui se traduit, dans les cas avancés, par l'existence sur les incisives de nombreuses striations brunâtres; le cristallin enfin, est le siège d'une cataracte très spéciale, cataracte précoce, corticale, sous-capsulaire, affectant souvent une topographie limitée (lamellaire, équatoriale ou pôlaire).

Tous ces troubles ont été retrouvés dans les états parathyréoprives, humains ou expérimentaux. Ils constituent donc un argument essentiel pour le diagnostic de l'hypoparathyroïdisme. En faveur de cette hypofonction, retenons également l'hyperdensité osseuse qu'a signalée ALBRIGHT, mais elle est souvent difficile à affirmer et parfois masquée par une carence calcique surajoutée.

Le syndrome humoral achève de caractériser l'hypoparathyroïdisme idiopathique: la calcémie est franchement basse; il s'y associe une calciurie faible, comme le montrèrent les premiers COOK (1910), GREENWALD et GROSS (1925), TURPIN (1925), et une phosphorémie minérale élevée; cette hyperphosphatémie constituerait, pour SHELLING, pour ALBRIGHT, le témoin le plus fidèle de l'insuffisance des parathyroïdes; l'hypophosphaturie accompagnée et conditionne cette élévation du phosphore sanguin; la faible élimination urinaire du phosphore minéral peut être corrigée par l'injection de parathyrone. Ainsi est réalisée une sorte d'épreuve de **phosphaturie provoquée**, qui fut décrite par ELLSWORTH et HOWARD et qui est donnée par ces auteurs et par ALBRIGHT comme un test d'insuffisance parathyroïdienne; elle consiste à étudier l'excrétion urinaire phosphatique dans les deux heures qui suivent l'injection intraveineuse de 2 cc. (40 unités) de parathormone Lily, diluée dans 10 cc. de sérum physiologique et à la comparer à l'excrétion phosphatique urinaire des deux heures qui précèdent l'injection. En cas d'insuffisance parathyroïdienne, la phosphaturie, très basse avant l'injection, s'élève considérablement après elle; l'écart entre les deux dosages est, au contraire, insignifiant chez un sujet normal. Il nous est difficile, en France, d'apprécier la valeur de ce test, étant donné la faible activité des extraits parathyroïdiens, dont nous disposons.

On peut aussi juger de l'insuffisance des parathyroïdes par l'épreuve d'**hypocalcémie provoquée**, dont nous avons donné ailleurs la technique et les résultats. Il est certain que l'abaissement calcémique, obtenu par le benzoate d'oestradiol est d'autant plus important et plus durable que la déficience parathyroïdienne est plus nette; nous avons vérifié le fait chez plusieurs parathyréoprives suivis pendant des mois; les réactions se modifiaient en intensité et en durée, cependant que se réparait, par reviviscence des lobules parathyroïdiens restants, le syndrome clinique.

Dans certains cas enfin, la biopsie glandulaire a pu apporter la preuve de l'insuffisance parathyroïdienne. Les observations ce-

pendant sont rares, qui purent être rapportées à une hypoplasie simple ou à d'exceptionnelles lésions syphilitiques, tuberculeuses ou hémorragiques. Des calcifications parathyroïdiennes ont même été décelées par LEVRAT et BRETTE. Il s'agit là de faits très rares.

Dans l'ensemble, l'insuffisance parathyroïdienne — même quand elle est nette — est rarement la cause exclusive de la spasmophilie idiopathique. Habituellement, l'insuffisance ou plus exactement la débilité parathyroïdienne est plus discrète et n'est qu'un des éléments du complexe étiologique de l'affection; mais c'est un élément essentiel, peut-être même nécessaire à l'entretien d'une spasmophilie permanente.

2° — **Le rôle des gonades.** Le dérèglement ovarien est chez la femme spasmophile un des éléments les plus importants du terrain endocrinien prédisposant. Ce dérèglement consiste le plus souvent en une hyperfolliculinie, absolue ou relative; elle peut ne se traduire que par ses signes fonctionnels habituels; d'ailleurs elle s'accompagne de kystes de l'ovaire ou de fibromes utérins. Le mécanisme par lequel l'hyperfolliculinie crée ou entretient la spasmophilie est vraisemblablement complexe. D'une part, on peut admettre un retentissement direct de la dysovarie sur l'excitabilité neuro-végétative et d'encéphalique (BARUK); d'autre part, l'hyperfolliculinie mobilise le calcium lacunaire et humoral vers les os, créant ainsi une labilité de la régulation calcémique. De nombreux travaux (REED, BEKER et LEEK, ALBRIGHT, BENOIT) ont en effet mis en évidence l'augmentation, sous l'effet des oestrogènes, de la densité de la trabéculatation osseuse et de l'état de calcification de l'os. Personnellement, avec Pierre BARBIER, nous avons montré l'action hypocalcémisante de la folliculine chez les insuffisants parathyroïdiens. Quoiqu'il en soit de ces mécanismes, l'hyperfolliculinie, à n'en pas douter, est cliniquement très fréquente chez les spasmophiles, et l'on améliore considérablement ces malades par l'adjonction au calcium et au calciférol d'hormones mâles ou lutéiniques.

Chez l'homme, atteint de spasmophilie, nous avons étudié avec P. BARBIER l'élimination urinaire des 17 Cétostéroïdes androgènes. Notre idée de départ était de rechercher chez l'homme un trouble homologue à celui qui, chez la femme, rompt en faveur des oestrogènes l'équilibre physiologique $\frac{\text{Oestrogène}}{\text{Androgène}}$. Ne pouvant étudier commodément chez l'homme l'élément oestrogénique de cet équilibre, nous nous sommes contenté du dosage des androgènes. Cliniquement d'ailleurs, la plupart de nos spasmophiles, quelle que soit l'allure franche ou fruste de leur tétanie, présentaient des troubles fonctionnels sexuels. Les résultats des dosages furent très significatifs, puisque 19 spasmophiles sur 20 étudiés présentaient un taux bas des 17 cétostéroïdes urinaires. C'est ici le lieu de rappeler l'action hypercalcémisante de la testostérone mise en évidence par LAFONTAINE et retrouvée par nous-mêmes avec P.

BARBIER. On conçoit dès lors que l'hypo-androgénie puisse contribuer à augmenter la tendance hypocalcémiant chez un spasmodophile latent. La thérapeutique par les implants de testostérone est des plus intéressantes chez de tels malades; elle corrige, momentanément, le syndrome spasmodophile, contrôle complètement l'équilibre neuro-végétatif, cependant que le taux urinaire des 17 Cétostéroïdes s'élève à la normale.

3° — **Le facteur hypophysio-diencephalique.** Dans un certain nombre de tétanies primitives, idiopathiques, on peut noter la coexistence de signes de la série hypophysio-diencephalique: obésité tronculaire avec troubles de la régulation hydrique, thermique, hypnique... Ces faits prennent une signification particulière si on les rapproche des observations de WINER, de SCHNEIDER, de tétanie d'origine mésocéphalique et des travaux expérimentaux de CONDORELLI qui a montré la possibilité de réaliser, par lésion du thalamus, le syndrome humoral de l'hypoparathyroïdisme, c'est-à-dire l'abaissement calcémique et l'élévation de la phosphatémie. Le dérèglement mésocéphalique peut agir directement sur l'excitabilité médullaire et névritique (tétanie neurogène de DECOURT); ailleurs, il exerce ses effets par le jeu d'une déficience hypophysaire avec hypoparathyroïdisme secondaire. L'influence de ces perturbations hypophysio-diencephaliques dans la spasmodophilie est encore mal élucidée, mais elle est vraisemblablement de grande importance.

B) Le rôle des traumatismes affectifs

Dans certaines spasmodophilies, on a voulu voir dans des chocs affectifs la cause première de la maladie.

L'observation la plus remarquable à cet égard est celle d'EMERSON, WALSH, et HOWARD: une femme de 56 ans, institutrice, voit apparaître des crises de tétanie et s'installer un état de spasmodophilie permanente à l'occasion d'un incendie au cours duquel elle dut surmonter sa panique et sauver les enfants dont elle avait la charge.

Personnellement, nous avons recueilli quelques observations où l'état spasmodophile *semblait* avoir été déclenché par un choc affectif.

En effet, on doit à mon sens faire d'importantes réserves sur le caractère véritablement premier d'une telle étiologie psychique. Les chocs affectifs semblent bien, en effet, n'être que la cause occasionnelle de la maladie sur un terrain préparé endocrinien ou diencephalique. Un tel terrain est d'autant plus propre à subir l'influence nocive des désordres affectifs que l'hypocalcémie, comme l'hperfolliculinie et le dérèglement diencephalique, entretiennent un état d'hyperexcitabilité psychique caractérisé, comme le montre DECOURT, par une hyperémotivité extrême avec anxiété.

Ainsi les désordres et traumatismes affectifs se comportent moins comme des causes réelles de l'état spasmodophile que comme

éléments d'entretien de cet état et de déclenchement des crises paroxystiques.

II. - Etiologie des crises paroxystiques

On retrouve ici la dualité étiologique de l'affection. Sur un terrain spasmophile, la crise de tétanie peut être déclenchée par un désordre organique ou psychique.

Parmi les désordres organiques, nous citerons les principaux: la sous-alimentation calcique, les dépenses calciques excessives de la grossesse et de l'allaitement, la déperdition calcique des diarrhées chroniques, l'alcalose des vomissements acides ou de l'hyperpnée, la fatigue, l'effort, l'hyperfolliculinie prémenstruelle.

Ailleurs, la crise est déclenchée par une émotion vive, une discussion. TROUSSEAU, déjà, avait signalé cette circonstance d'apparition qui revêt, croyons-nous, une valeur très grande pour le diagnostic, encore qu'elle soit commune aux crises spasmophiles et aux crises psycho-névropathiques.

III. - Conclusion:

la Spasmophilie, maladie psycho-organique constitutionnelle et familiale

Il apparaît nettement, tout au long de cet exposé, que la spasmophilie est une affection d'étiologie complexe, où s'intriquent intimement les causes organiques et psychiques. C'est un tout somato-psychique.

Complexe dans son étiologie, la spasmophilie est également une résultante psycho-organique dans ses symptômes; cette notion est valable aussi bien pour le terrain spasmophile, qui se traduit tout à la fois par une hyperexcitabilité neuro-musculaire et une hyperexcitabilité psychique, que pour les crises spasmodiques elles-mêmes qui comportent, intriqués, un élément somatique (qui peut être, suivant les cas, une contracture tonique, une contracture tonico-clonique ou une dystonie de type cataplexique) et un élément psychique; ce dernier est fait d'un état d'anxiété paroxystique et d'un état d'inhibition pouvant aller jusqu'à la perte de conscience.

Maladie psycho-organique, la spasmophilie est une affection **constitutionnelle et familiale**. Cette notion ressort clairement de l'étude clinique des spasmophiles et de leur entourage. La part de l'élément familial peut encore être précisée par un bilan humoral et électro-encéphalographique. Une importante étude génétique, portant sur une statistique étendue, serait intéressante à mener; nous espérons pouvoir apporter prochainement les conclusions d'une telle enquête.

Sur les seules données de la clinique — et notre étude se base sur plus de 200 cas — il est indéniable que l'état de spas-

mophilie idiopathique existe généralement dès l'enfance pour persister, avec des phases oscillantes d'amélioration et d'aggravation, tout au long de la vie et que l'entourage direct du malade est également atteint. Il importe, dans cette étude, de ne pas exiger des malades des crises typiques de contractures carpo-pédales, mais de tenir compte aussi des formes frustes, anxieuse, lipothymique, etc. . . à condition qu'elles soient authentifiées par les signes cliniques et électriques d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et par les signes humoraux de la spasmophilie.

Les troubles endocriniens semblent être l'intermédiaire par lequel se transmet cette prédisposition génétique.

Quant aux désordres psychiques (hyperémotivité, tendance anxieuse, etc. . .) sont-ils, eux aussi, directement déterminés par la transmission génétique, ou au contraire sont-ils secondaires aux dysrégulations endocriniennes? Le point reste actuellement imprécisé; cependant, il est indéniable que les états parathyroïdiens tardifs ne se traduisent pas par les modifications psychiques et affectives propres à la spasmophilie idiopathique. Faut-il en conclure que, dans celle-ci l'anomalie constitutionnelle porte à la fois sur l'état glandulaire et l'état neuro-psychique? Ou bien, au contraire, peut-on penser que dans la spasmophilie constitutionnelle l'ancienneté des lésions organiques (désordres endocriniens, instabilité neuro-végétative et humorale) finit par entraîner des troubles du comportement caractériel et affectif, du fait même des heurts successifs subis au cours de l'adaptation sociale par ces sujets aux réactions exagérées. Seule une étude systématique, clinique et expérimentale, pourra contribuer à éclairer ce point encore litigieux.

Cette affection constitutionnelle demeure complètement latente jusqu'au jour où une cause quelconque, une grossesse intercurrente, un trauma affectif, transforme la spasmophilie inapparente en une spasmophilie révélée. Mais, même à la phase de spasmophilie inapparente, la prédisposition morbide était signée par l'existence d'un signe de Chvostek, une nervosité anormale et une grande émotivité. Tout récemment, nous avons encore vu un cas très démonstratif de cette prédisposition morbide: Un jeune homme de 25 ans fait une chute crânienne importante à la suite de laquelle se déclenche un état spasmophile avec crises de tétanie d'abord fréquentes puis de plus en plus espacées; or, aussi bien ce jeune homme que sa mère et sa soeur étaient constitutionnellement porteurs d'un signe de Chvostek. Chez la mère, comme chez la soeur, la spasmophilie n'est jamais sortie de sa phase de latence.

Intérêt médico-social. — Qu'il y ait des familles de spasmophiles comme il existe des familles d'épileptiques, et que sur un tel terrain la maladie puisse être tantôt évidente, tantôt longtemps inapparente, révélée seulement tardivement, est une notion d'un réel intérêt médico-social.

De très nombreux malades sont pris pour des névropathes, des cardiaques, des digestifs, des comitiaux, qu'un examen attentif

— personnel et familial — permet de reconnaître comme des spasmophiles. Nous nous proposons prochainement d'apporter une statistique établissant que la spasmophilie méconnue est une des causes les plus fréquentes des invalidités discutées, c'est-à-dire de celles qui entraînent un désaccord entre le médecin traitant et le médecin contrôleur des caisses, et qui par là-même conduisent à une demande d'expertise. Il est indéniable qu'une reconnaissance plus rapide de ce syndrome et, par conséquent, un traitement plus précoce, conduiraient à un raccourcissement notable de l'arrêt de travail de l'assuré, ce qui en dernière analyse constituerait un gain important à la fois pour le malade et pour la société qui le prend partiellement en charge pendant sa maladie, inutilement prolongée.

PERTHYMINE

Sirop pectoral pour enfants et adultes

Toux, Laryngite, Bronchite, Coqueluche, Asthme etc.

PERTUSTOL

Sirop pectoral pour adultes

Toux, Bronchite, Asthme, Bronchectasies etc.

PEROSSINE

Sirop glycérophosphate torique, stomachique, dépuratif

Asthénie, Surmenage, Convalescence, Dépression physique et nerveuse, Déminéralisation, Décalcification, Phosphaturie, Retard de croissance, Rachitisme, Atonie stomacale, Anorexie, Dermatoses etc.

M. Hooker's CURE-GOUTTE

Vin médicamenteux

Troubles de la diathèse urique, goutte, rhumatisme, arthritisme, calculs et coliques néphrétiques etc.

PEPSAL

Poudre digestive antacide

Hyperacidité, Pyrosis, Dyspepsie, Gastralgies et autres troubles gastriques.

MALVINE

Tisane calmante et nerveine

Etats nerveux, Agitation, Névrosisme, Emotivité, Anxiété, Insomnies etc.

TISANE DIURETIQUE du Dr. Klein

Activation de la diurèse dans les affections du cœur, des reins et des voies urinaires,

Baume DERMY

Pommade antiseptique, cicatrisante, antiprurigineuse

Plaies et ulcérations de toute nature, Escarres de décubitus, Ulcères variqueux, Plaies atones, Brûlure, Engelures, Crevasses, Intertrigo, Eczéma, Erythème solaire, Prurit anal et vulvaire etc.

THERMOFLUIDE

Liciment révélsif analgésique

Affections rhumatismales aiguës et chroniques, Arthritisme, Myalgies, Lumbago, Torticolis, Névralgies intercostales, Sciatiques, Traumatismes des sportifs, Séquelles de blessures, etc.

ENALINE

Suppositoires antihémorroïdaux

Fissures et fistules anales, Hémorroïdes externes et internes, Crises hémorroïdaires etc.

PEDAL

Astringent - Désodorisant - Désinfectant

Transpiration excessive des pieds, des mains et des aisselles.

Pour de plus amples détails, prière de bien vouloir consulter notre **MEMENTO THERAPEUTIQUE**.
Littératures et échantillons.



**LABORATOIRES
PROPHARMA
LUXEMBOURG**

Fondés en 1933

A propos du Diagnostic précoce du Cancer primitif du poumon

par Henri Loutsch

Depuis l'essor qu'à pris la chirurgie thoracique au cours des dix dernières années le diagnostic précoce du cancer du poumon a pris un regain d'actualité. En effet, alors qu'autrefois le diagnostic de cancer du poumon équivalait à un arrêt de mort, à l'heure actuelle la chirurgie d'exérèse du poumon permet de sauver un certain nombre de malades atteints de cette grave localisation du cancer. Si malgré cela, de nos jours encore, le nombre de malades sauvés est relativement faible, il faut attribuer ce fait d'une part à la méconnaissance et au scepticisme de beaucoup de médecins en face des possibilités chirurgicales, et d'autre part et surtout à la difficulté d'un diagnostic précoce de ce cancer.

Comme pour tout cancer, un diagnostic précoce est pour le cancer du poumon la clef du succès et comme pour la plupart des cancers ce diagnostic est au début hérissé de difficultés. Or si l'on en croit les statistiques américaines le cancer du poumon vient en 4^{me} lieu comme ordre de fréquence de la localisation cancéreuse, n'étant dépassé que par le cancer de l'estomac, de l'utérus et du sein. C'est dire d'importance qu'il y a de le dépister et d'en étudier les possibilités diagnostiques.

Dans l'étude du diagnostic du cancer du poumon il faut tenir compte des renseignements fournis par:

- l'histoire clinique,
- l'examen radiologique.
- la bronchoscopie.

S'il est impossible de faire le diagnostic de cancer du poumon par l'une seule de ces investigations, leur confrontation permet souvent d'arriver au diagnostic correct. En cas de doute les auteurs américains préconisent même l'opération chirurgicale exploratrice. C'est en somme ce que nous faisons — et ce que nous faisons parfois encore, bien que de moins en moins souvent — pour les diagnostics hésitants des cancers digestifs. Il faut espérer que, grâce à une meilleure connaissance du cancer du poumon, nous arrivions à faire dans ce domaine les mêmes progrès que dans

celui du cancer du tube digestif. N'oublions pas, en effet, que l'histoire de la thérapeutique chirurgicale du cancer de l'estomac et du colon est au moins 2 à 3 fois aussi vieille que celle du cancer du poumon.

Le diagnostic du cancer du poumon au début dépend de l'éducation du public à reconnaître les symptômes prémoniteurs du cancer et de l'éducation des médecins praticiens à apprécier ces symptômes à leur juste valeur et à mettre en oeuvre les examens complémentaires qui permettront d'amener le malade au chirurgien en temps opportun.

Symptômes cliniques

Le sexe male paye un tribut beaucoup plus lourd au cancer du poumon que le sexe féminin. C'est ainsi que le cancer du poumon est 5 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'âge le plus fréquemment atteint est entre 45 et 65 ans.

Les symptômes dont se plaignent les malades sont des plus variables et peuvent être n'importe quel signe pulmonaire ou général: toux, dyspnée, expectoration, douleur, hémoptysie, amaigrissement, fièvre etc. Il est impossible d'en donner un tableau clinique bien défini. On peut dire que n'importe lequel de ces symptômes, même et surtout s'il se trouve isolé, peut-être révélateur d'un cancer du poumon. Aussi ne pouvons-nous qu'essayer de voir lesquels parmi ces symptômes sont les plus fréquents et les plus précoces.

La toux est certainement le signe le plus fréquent et le plus précoce. Elle n'a d'ailleurs aucune caractéristique spéciale. Tantôt elle est sèche, même quinteuse, tantôt elle ramène des crachats.

L'expectoration est en général banale, peu abondante, mucopurulente. Elle est presque aussi fréquente que la toux.

La douleur est le troisième symptôme par ordre de fréquence. Souvent elle n'est pas plus qu'une simple gêne, mais il est fréquent que le malade renseigne sur le côté malade par la perception d'une douleur vive et persistante, qu'il localise en plein thorax. Ce n'est que tardivement qu'elle prend l'allure d'une névralgie intercostale.

L'hémoptisie est fréquente. Il s'agit en général de crachats striés de sang, parfois d'hémoptisie franche. Par contre la classique hémoptisie „gelée de grosseille“ est plutôt rare.

La dyspnée est un symptôme important, expliquée en partie par le siège hilare le plus fréquent du cancer. Il s'agit en général d'une dyspnée d'effort.

L'amaigrissement enfin est un symptôme du début comme pour tout cancer.

Les renseignements fournis par l'examen physique du malade sont extrêmement variables et dépendent d'une part du degré d'obstruction bronchique et d'autre part de la présence d'infection. En effet comme le cancer du poumon est toujours d'origine bronchique et que la bronche atteinte est souvent une bronche proche

du hile pulmonaire. cette bronche peut être obstruée assez tôt dans l'évolution du cancer. Si elle est obstruée complètement il s'en suivra un syndrome d'atélectasie pulmonaire, se traduisant à l'examen par un silence respiratoire zônaire. Si par contre la bronche est obstruée partiellement, il en résultera un syndrome pseudo-asthmatique et on entendra à l'auscultation un souffle unilatéral, important pour le diagnostic. Pour peu qu'il s'y ajoute un certain degré d'infection, ce qui est fréquent, on aura le tableau d'un syndrome pneumonique traînant, avec fièvre modérée, irrégulière, intermittente. Ce début du cancer du poumon par un syndrome pneumonique bâtard est très important à connaître, car relativement fréquent.

Symptômes radiologiques

Si l'exploration radiologique est capitale pour le diagnostic du cancer du poumon, à elle seule elle ne permet cependant pas d'en faire le diagnostic, car il n'y a pas d'image radiologique pathognomonique du cancer. Schématiquement on peut classer les images en trois groupes. On peut trouver:

- une image d'atélectasie pulmonaire,
- une masse hilare,
- une masse en plein parenchyme pulmonaire sans contact hilare.

Beaucoup plus exceptionnellement on a signalé des cancers du poumon se cachant derrière une image d'abcès du poumon ou un aspect de kyste du poumon.

Ainsi que je l'ai signalé plus haut le cancer du poumon étant le plus souvent d'origine endobronchique et hilare, on trouvera à la radio le plus souvent:

- soit une opacité hilare, irrégulière, à contours flous, de densité assez homogène, augmentant plus ou moins rapidement;
- soit une opacité assez régulière, à limites nettes, d'un segment pulmonaire, traduisant une atélectasie de ce segment due à l'obstruction de sa bronche souche.
- plus difficile est l'interprétation d'opacités trouvées en plein parenchyme pulmonaire. En effet rien sinon des détails variables et difficiles à interpréter ne permet de distinguer un cancer d'un adénome, d'un tuberculoma, d'un abcès, d'une caverne tuberculeuse fermée. S'il est classique de dire que les tumeurs bénignes ont des contours plus nets et plus arrondis que les tumeurs malignes, tous les auteurs qui s'occupent de cette question, signalent qu'ils ont enlevé de ces tumeurs bien limitées qui à l'examen histologique se sont révélés être des adéno-carcinomes.

Que peut-on attendre de plus de l'examen radiologique en matière de cancer du poumon? La tomographie ou l'examen après

injection de lipiodol dans les bronches peuvent-ils nous donner des renseignements supplémentaires? La tomographie peut renseigner sur le siège exact en profondeur mais non pas sur la nature de la lésion. La bronchographie est plus utile en ce sens qu'elle montre l'obstruction bronchique, mais elle non plus ne pourra pas renseigner sur la nature de cette obstruction.

Symptômes bronchoscopiques

La bronchoscopie est l'examen de beaucoup le plus utile et absolument indispensable pour le diagnostic du cancer du poumon. En effet d'après la plupart des statistiques américaines dans environ 60% des cas la bronchoscopie permet de faire le diagnostic correct. Dans 60% des cas il est possible de voir la lésion au bronchoscope, de faire ainsi une biopsie et d'avoir la preuve de la malignité de la lésion. Ceci n'est évidemment possible que pour les lésions visibles, c'est-à-dire le cancer des grosses bronches. Mais même pour ceux situés plus loin et impossible à atteindre, l'étude cytologique des sécrétions bronchiques retirées par aspiration à travers le bronchoscope, s'est révélée être une méthode extrêmement intéressante et utile. D'après une récente statistique publiée par J. H. Gibbon Jr., et collaborateurs dans le *Journal of Thoracic Surgery* cette méthode leur aurait permis de trouver des cellules cancéreuses dans 90% des cas. Il est évident que cette méthode demande une éducation et une expérience considérable du pathologiste qui est amené à interpréter les résultats des frottis. Il s'agit en somme de la méthode de Papanicolaou pour le diagnostic du cancer de l'utérus appliquée au cancer du poumon.

D'après ce court exposé nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes: Chez un malade entre 45 et 70 ans tout symptôme pulmonaire qui ne fait pas sa preuve doit faire suspecter le cancer du poumon. Il faut alors faire un examen radiographique et surtout bronchoscopique, qui dans un important pourcentage des cas permettra de faire le diagnostic correct. Il restera cependant un certain nombre de malades, atteints notamment de ces lésions périphériques, situées en plein parenchyme pulmonaire, que la bronchoscopie n'atteint pas, où le diagnostic restera hésitant. Plutôt que d'attendre que l'évolution des lésions apporte la preuve du cancer et de risquer qu'alors il soit trop tard pour une intervention salvatrice, il me semble qu'il vaut mieux dans de tels cas faire une thoracotomie exploratrice. Pour le chirurgien se posera alors la question délicate de faire le diagnostic une fois le thorax ouvert et le poumon en main. C'est encore un problème difficile qui sort du cadre de cet exposé.

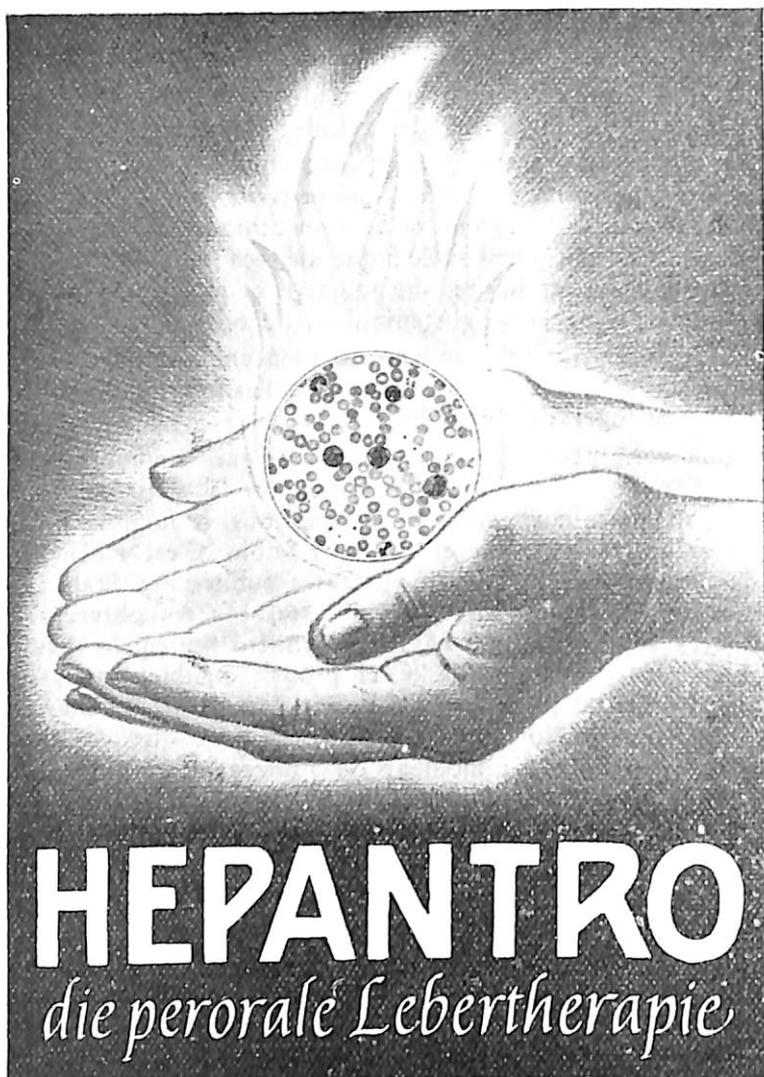
Le diagnostic de cancer une fois posé, reste un dernier problème important, celui de l'opérabilité du cancer. Cette question est à l'heure actuelle encore assez controversée. Tout le monde est d'accord pour rejeter l'intervention dans:

- tout cancer étendu au delà des limites de l'hémithorax, siège de la tumeur,
- tout cancer accompagné d'un épanchement pleural sanglant ou contenant des cellules cancéreuses.

La plupart des auteurs voient une contre-indication dans l'envahissement nerveux. Les nerfs qui peuvent être envahis sont: le nerf phrénique, le récurrent et le sympathique. Il est certain que l'envahissement de l'un quelconque de ces nerfs indique que la tumeur a dépassé les limites du poumon, et malgré quelques succès publiés, il sera sage de s'abstenir dans de tels cas.

Par contre il semble, contrairement à une opinion encore assez répandue, qu'il ne faille pas se baser sur l'aspect radiologique de la tumeur pour juger de l'opérabilité.

Pour terminer je voudrais relever que malheureusement à l'heure actuelle, même aux Etats-Unis, où la question du cancer du poumon est mieux connue que chez nous, le nombre de cancers vus au stade opérable est encore très faible. C'est ainsi que dans une des statistiques les plus importantes publiée aux Etats-Unis par Ochsner et De Bakey en 1947 sur 360 cancers observés, ils en ont opérés seulement 210 et sur ce chiffre seulement 129 furent opérables, ce qui fait 36%. Ceci prouve combien nous sommes loin du diagnostic précoce du cancer du poumon. Il faut que malades et médecins joignent leurs efforts pour que ce diagnostic devienne possible à un moment où l'intervention puisse être efficace.



HEPANTRO

die perorale Lebertherapie

HEPANTRO

in antianaemischen Einheiten standardisierter, konzentrierter Leberextrakt, der ausser dem antianaemischen Faktor das antitoxische Prinzip der Leber und den sogen. Intrinsic-Faktor der Magenschleimhaut (aus der Region des Antrum pyloris) enthält,

zur peroralen Anwendung.

Zur Depot-Behandlung:
INJECTON «forte» mit 10 a E in 1 cm³

ADROKA A. G. - BASEL 2 (Schweiz)

General-Vertretung für das Grossherzogtum Luxemburg:
PROPHAC · Baudouinstrasse 25, LUXEMBURG · Tel. 30-73

Les Hépatites dues au sérum humain (Homologous serum jaundice)

par *Simon Hertz*

Définition:

L'Homologous serum jaundice est une hépatite chez des sujets infectés artificiellement par l'introduction parentérale de produits sanguins, sous forme de vaccin, de serum, ou à la suite d'une transfusion de plasma ou de sang.

Maladie nouvelle ou maladie inconnue jusqu'à ces dernières années, elle a acquis une importance théorique et pratique considérable. Elle a été le point de départ de recherches nombreuses, qui ont abouti à la démonstration expérimentale de la nature infectieuse des hépatites et à l'existence des formes anictériques de ces hépatites infectieuses. La fréquence incontestée et la gravité relative de ces ictères thérapeutiques imposent une révision très serrée des indications de la thérapeutique antichoc la plus efficace, la transfusion de sang ou de plasma.

Etiologie:

1) Le Virus.

L'hépatite thérapeutique est due à un virus filtrant d'une vitalité considérable. Il résiste à une température de 56 degrés pendant une heure, il n'est pas détruit par la chloration de 1 partie de chlore P M, sa vitalité n'est pas altérée par l'exposition prolongée au froid ou au sec. Il se maintient vivant pendant des mois dans une solution contenant 0,5% de phénol et d'éther et 0,2% de tricrésol. Ces caractères physico-chimiques expliquent la difficulté pratique de détruire cet agent pathogène. Par contre deux faits sont à retenir, la vitalité de ce virus est réduite par son exposition à des radiations ultra-violettes de 2.535 Angstroem et d'autre part il n'est pas transmis par les produits du fractionnement du plasma.

L'étude des caractères biologiques a été rendue difficile par l'impossibilité d'isoler ce virus, de le cultiver dans les tissus et dans le jaune d'oeuf ou de le transmettre à des animaux de labo-

On a décrit des ictères post-transfusionnels chez les bébés de 15 semaines, mais les hépatites thérapeutiques sont surtout fréquentes chez les sujets âgés. Brightman étudiant 29 cas, trouve seulement 7 cas avant 45 ans et 22 cas après 45 ans, le pourcentage suivant l'âge se répartit de façon suivante: 2,2^o/_o de 20 à 49 ans, 8,7^o/_o de 50 à 89 ans. Ce sont donc les personnes les moins disposées à l'hépatite infectieuse qui sont les plus sujettes à l'hépatite thérapeutique. On a parlé du foie déficient des sujets âgés, d'une déficience alimentaire ou d'une intoxication chronique ou d'une absence d'immunité, on pourrait plus simplement faire valoir, que ce sont les sujets âgés qui réclament le plus souvent une intervention chirurgicale sérieuse et une transfusion. Quoi qu'il en soit le fait mérite d'être retenu: l'hépatite thérapeutique est plus fréquente et plus grave chez les sujets âgés. A l'encontre de ce qu'on pourrait croire le nombre des transfusions n'a aucune influence sur la fréquence de l'hépatite thérapeutique. La plupart des cas surviennent après une transfusion unique.

Anatomo-pathologie :

Les lésions histologiques ont été étudiées par Lucke et Mallory. Ils se sont basés sur les résultats des autopsies et des ponctions-biopsie du foie dans les hépatites thérapeutiques survenues dans l'armée américaine. Ces lésions sont caractérisées par la présence simultanée de lésions dégénératives et prolifératives dans le parenchyme hépatique.

Dans les cas fataux la dégénérescence prend la forme de nécrose massive autolytique. Dans les cas bénins on ne trouve que rarement cette nécrose massive, mais on trouve d'une façon constante une dégénérescence acidophile de cellules individuelles.

Les autres lésions de l'hépatite, bien connues actuellement, sont: la désorganisation de l'architecture globulaire, la collection intralobulaire de cellules inflammatoires, l'infiltration inflammatoire périportale et la régénération active des cellules hépatiques et des canaux biliaires. Cette régénération est précoce, périphérique au début et centripète. Lorsque la destruction lobulaire a été complète, la régénération ne se fait pas.

Certaines notions intéressantes sont à retenir:

1) La ponction-biopsie a montré, que ces mêmes lésions anatomiques existent avant l'apparition de l'ictère, qu'elles persistent souvent longtemps après la disparition de l'ictère. Enfin dans 5 cas d'hépatite anictérique on a trouvé les mêmes lésions hépatiques. Ainsi donc il n'y a pas de substratum anatomique de l'ictère et l'hépatite anictérique décrit depuis longtemps par les cliniciens a pu trouver sa justification histologique.

2) Il n'y a pas de différence entre la maladie spontanée et la maladie artificielle. L'anatomie pathologique des deux maladies est identique, comme est tout à fait similaire le tableau clinique.

Clinique :

L'hépatite thérapeutique n'a pas d'individualité clinique. Elle se présente sous l'aspect clinique d'une hépatite infectieuse. Le début peut être brutal avec fièvre, frissons, une asthénie marquée, des douleurs diffuses, où domine la céphalée. L'importance de la douleur sous-hépatique, la prédominance des troubles digestifs anorexie, nausées, vomissements peuvent faire envisager le diagnostic d'hépatite. A l'examen on peut trouver une douleur à la percussion de la région hépatique, un foie légèrement augmenté de volume. L'examen du sang montrant une leucopénie avec mononucléose, peut orienter vers une infection à virus. Les recherches spéciales de la bilirubinémie, la réaction au thymol et au cholestérol peuvent confirmer le diagnostic d'hépatite et pourraient permettre de faire le diagnostic. Mais en fait, ce n'est que lorsqu'on y pense chez un transfusé en présence d'un syndrome infectieux avec troubles digestifs marqués, sans signes de localisation, qu'on met en oeuvre ces examens de laboratoire. Le plus souvent le diagnostic n'est pas fait, bien souvent d'ailleurs le syndrome infectieux est discret, absent ou passe inaperçu et la maladie débute par l'ictère.

L'ictère apparaît quelques jours après le début du syndrome infectieux. C'est un ictère complet, franc, souvent discret sans signes marqués de rétention ou bien au contraire avec prurit et bradycardie.

Avec l'ictère la température descend brusquement et le malade restera apyrétique; souvent cependant un crochet thermique se dessine pendant les premiers jours de l'ictère; lorsque la température persiste trop longtemps, il faut redouter une forme grave. Le foie est augmenté de volume, régulier, mou, douloureux spontanément, au palper et à la percussion. La rate est normale, la percussion lombaire peut être douloureuse. Il n'y a pas de signes rénaux, pas de signes méningés, pas de signes hémorragiques. Le syndrome humoral est celui de toute hépatite infectieuse. Plus que sur la rétention hydrique, la perturbation du métabolisme hydro-carbonique, la dissociation lipocholalique, on insiste sur la valeur des modifications suivantes: la réaction de Hanger, la plus précocément positive, la réaction de flocculation du thymol, le plus constamment retrouvée, la valeur du rapport cholestérol ester et cholestérol total et l'importance de bilirubinémie, de la phosphatasémie, de la fibrinémie, de la rétention de la bromsulfone-phtaléine. Toutes ces réactions ont surtout de la valeur lorsqu'on en suit les modifications au cours de la maladie. Dans les formes typiques elles ont un intérêt surtout pour le diagnostic différentiel et le pronostic de la maladie. Dans les formes atypiques elles sont un appui sérieux pour le diagnostic. Rappelons enfin qu'il n'y a pas de réaction biologique spécifique de l'hépatite à virus.

Evolution:

1) L'évolution peut se faire vers la guérison. L'ictère disparaît, le foie regresse et perd sa sensibilité, les réactions de floculation s'atténuent, la bilirubinémie devient normale. Cette guérison peut être totale.

Mais souvent les troubles digestifs persistent pendant assez longtemps et l'on a invoqué le rôle du pancréas, de la vésicule ou du foie.

La convalescence est de durée variable. Parfois rapide, elle n'est obtenue dans d'autres cas qu'après un repos, un régime et un traitement prolongés. On a insisté sur l'importance d'une surveillance serrée pendant cette période. Le lever ne doit être permis que lorsque le foie sera revenu à son volume normal et redevenu indolore, lorsque les réactions humorales sont normales, les urines ne contiennent plus de pigment biliaire. L'activité physique ne doit être reprise que lorsque le malade n'aura montré aucune modification du volume de son foie et aucune modification humorale après un „exercice-tolerance-test“, l'épreuve à l'effort. Telle est l'évolution la plus fréquente.

2) Mais l'évolution peut se faire vers la mort. Rien dans le tableau clinique ne permet de prévoir avec sûreté la gravité de la maladie. En général c'est du 8e au 10e jour que le tableau s'aggrave brutalement. Parfois une agitation anormale, une angoisse inexplicable donnent une note insolite et inquiétante au tableau clinique. Mais le plus souvent le tableau s'aggrave brutalement, une phase d'agitation psychique avec délire ou un état confusionnel précédant de près une somnolence qui aboutit rapidement à un coma hépatique. Le malade meurt dans les 48 heures, avec le tableau classique de la grande insuffisance hépatique, la mort étant parfois annoncée par un „vomito-negro“ typique. D'autres évolutions sont possibles que nous décrirons avec les formes cliniques.

Formes cliniques:

I. Formes évolutives:

a) *les formes prolongées:*

Les formes prolongées se présentent sous l'aspect clinique d'un ictère chronique dont on connaît la difficulté et l'importance du diagnostic.

b) *Les formes récurrentes:*

Les formes récurrentes sont caractérisées par des poussées d'ictère et d'hépatomégalie, séparées par des phases de sédation symptomatique. Les poussées successives sont en général de plus en plus graves. Elles peuvent poser le problème d'un ictère par obstruction ou d'une cirrhose fébrile ou même d'une cholécystite.

L'une ou l'autre de ces formes cliniques peuvent précéder ou inaugurer la

c) Forme chronique de la maladie:

Nouvelle venue dans le tableau clinique elle a été décrite au cours de la guerre par quelques médecins américains. Après un épisode aigu une guérison semble se produire. Mais bientôt le tableau de l'hépatite chronique se constitue, d'une façon progressive ou par poussées successives. Une asthénie avec céphalée et dépression psychique peuvent dominer pendant longtemps le tableau clinique. Puis une douleur de la région sous-costale droite ou parfois de la région lombaire peuvent attirer l'attention sur le foie. Bien souvent le tableau évolue sous l'aspect d'une simple dyspepsie vésiculaire d'autant plus trompeur que la vésicule peut ne pas s'injecter à la radio. L'évolution très longue, souvent irrégulière, peut se faire vers la guérison, vers la grande insuffisance hépatique, mais elle se fait le plus souvent vers le tableau typique de la cirrhose.

Un repos prolongé, un traitement longtemps poursuivi, pourraient arrêter cette évolution. C'est le premier exemple de cirrhose classique survenant comme complication d'une hépatite aiguë. On a essayé d'estimer plus exactement le rôle des hépatites infectieuses dans l'origine des cirrhoses. Divers auteurs pensent que cette étiologie peut être admise dans 10% de cirrhoses.

II. Formes symptomatiques:

1) Apyrétiques:

Elles évoluent avec l'ancien tableau classique de l'ictère catarrhal banal.

2) Les formes anictériques:

Elles sont intéressantes au point de vue épidémiologique et clinique.

a) Au point de vue épidémiologique leur fréquence est considérable. Pour certains auteurs 80% des hépatites seraient anictériques. D'après Sawyer 91% des cas dans une infection transmise par aiguille et 70% dans une épidémie de „Homologous serum Jaundice“ furent anictériques. Il est aisé de prévoir l'importance épidémiologique de ces formes anictériques.

b) Au point de vue clinique elle est caractérisée par un malaise général avec asthénie, anorexie et troubles digestifs, nausées, vomissements; seule une sensibilité hépatique spontanée attire l'attention sur le foie, qui peut être augmenté de volume. L'on conçoit l'intérêt des réactions de laboratoire dans de pareils cas. Il est bien entendu que le diagnostic n'est guère posé, que si l'attention est attirée vers cette possibilité.

3) Les formes latentes des porteurs de germes:

On a décrit les formes asymptomatiques. En examinant les épidémies différentes deux enquêteurs, Sawyer dans „l'Homologous

Serum Jaundice" et Capps dans une épidémie par contamination de seringues, sont arrivés aux mêmes conclusions: 60% des sujets dits normaux, sont des porteurs de germes du virus ictérique.

III. Formes étiologiques:

a) Hépatites post-vaccinales:

Les hépatites post-vaccinales ont une importance historique considérable. Ce sont elles, qui ont été le point de départ de toutes les recherches sur les hépatites ictériques.

En effet au début de la guerre les troupes américaines étaient vaccinées contre la fièvre jaune avec du vaccin contenu dans du serum. Un nombre considérable d'hépatites ictériques survint; quelques centaines de cas furent mortels. C'est alors que le médecin chef du service de santé de l'armée américaine institua une commission pour étudier ce problème (Neurotropic Virus Disease Commission). Les conclusions de cette commission furent remarquables, dans leur précision scientifique et dans leur portée pratique. Elles disaient en effet que ces ictères n'étaient pas dus à la fièvre jaune, qu'ils n'étaient pas dus au vaccin lui-même, mais à un facteur contenu dans le véhicule du vaccin, le sérum humain normal. Ce fut une notion un peu révolutionnaire à un moment où la nature infectieuse des ictères fut à peine soupçonnée. Ce fut une suggestion fertile au point de vue scientifique. Une pléthore de travaux a renouvelé nos conceptions sur les ictères.

Elle fut remarquable au point de vue pratique. Le service médical abandonna le vaccin au sérum. L'ictère post-vaccinal disparaissait complètement. La preuve était fournie qu'un facteur ictérique était contenu dans le sérum humain apparemment normal. La possibilité existait donc que d'autres produits contenant du sérum pouvaient transmettre la maladie et cette possibilité thérapeutique a trouvé sa confirmation plus tard dans les ictères post-transfusionnels.

b) Hépatites post-transfusionnelles:

Ce sont les hépatites thérapeutiques les plus fréquentes, ce sont aussi celles sur lesquelles la plupart des travaux signalés plus haut ont été faits.

On sait avec quels résultats impressionnants les transfusions de plasma et de sang étaient utilisées au cours de la guerre dans l'armée américaine. Il est indéniable que le pronostic du choc opératoire a été complètement transformé par cette thérapeutique. Néanmoins l'enthousiasme initial a dû être tempéré par suite de la fréquence et de la gravité de ces accidents hépatiques.

Ces hépatites ont aussi été signalées après l'administration de sérum de convalescent. Les Anglais en ont signalé des épidémies sérieuses. Mais leur fréquence ira en diminuant avec la thérapeutique anti-infectieuse nouvelle.

c) Hépatites par contamination de seringues:

C'est la variété la moins soupçonnée, car on n'avait guère pensé qu'une injection sous-cutanée puisse transmettre une maladie comme une hépatite. Néanmoins c'est une variété tristement célèbre, parce que récemment en Italie un médecin bien connu a été condamné à 5 ans de prison pour avoir „causé“ une épidémie d'ictère par stérilisation insuffisante de ses seringues.

Ce sont les Anglais qui ont signalé et analysé les premiers cas d'hépatite par contamination de seringues, survenant dans les cliniques de diabétiques. Depuis on a trouvé que cette transmission de l'agent ictérogène peut se produire lors d'une simple prise de sang, lors d'une injection sous-cutanée ou intraveineuse, par l'emploi d'aiguilles ou de seringues insuffisamment stérilisées ou lors de la vaccination en masse quand on emploie la technique de la dose multiple par seringue. On avait l'habitude, surtout dans les armées, lorsqu'il s'agissait de vacciner un grand nombre de sujets, d'user des seringues de 10 cc et de changer d'aiguille à chaque inoculation. On a pu démontrer que dans ce cas on peut aspirer involontairement un peu de sérum d'un porteur de germes ou d'un malade en incubation d'hépatite. Une quantité minime, le centième de cc est suffisante pour contaminer le reste du contenu de la seringue. Capps en analysant une épidémie d'hépatite par seringue a pu trouver que 20% des sujets vaccinés développaient une hépatite. Il a pu prouver que cette épidémie était due à la présence de 5 porteurs de germes dans un groupe de 105 soldats. Ces faits jettent un jour nouveau sur la question des ictères survenant au cours d'un traitement anti-syphilitique.

Sans revenir sur les multiples interprétations du passé on groupe ces ictères actuellement dans deux catégories:

1) Les ictères précoces, survenant du 5e au 25e jour, qui sont des ictères toxiques, ou dûs à une hypersensibilité à l'arsenic.

2) Les ictères tardifs qui seraient des hépatites dues au sérum. Cette notion d'hépatite par contamination de seringues a une importance pratique considérable. Les Anglais ont démontré la possibilité de prévenir la transmission du facteur ictérogène par une stérilisation adéquate. Dans le cas de l'ictère thérapeutique syphilitique ce procédé a permis de supprimer complètement ces fameux ictères.

Le pronostic:

L'hépatite thérapeutique est une maladie, asthénisante, anergisante et parfois mortelle. Elle est particulièrement grave pour les sujets âgés et débilités. La phase dangereuse est la période de 8e au 10e jour.

Le pronostic d'avenir est grevé de la possibilité, heureusement très rare, du développement d'une cirrhose dont la gravité dépend du nombre et de la gravité des rechutes d'hépatite.

Le diagnostic :

Le diagnostic positif dans les formes typiques est basé essentiellement sur la notion étiologique. En présence de tout ictère il faut rechercher la notion d'un acte thérapeutique, vaccination ou transfusion, et penser à l'hépatite due au sérum.

Dans les formes atypiques sans ictère, le diagnostic est basé sur les résultats de laboratoire. Le diagnostic d'hépatite ne peut être posé qu'en étudiant les fonctions hépatiques par les tests de floculation, d'excrétion de produits colorés ou l'étude de la bilirubinémie. Ces résultats ont surtout de la valeur lorsque les modifications humorales s'accroissent alors que la fièvre redevient normale. La ponction hépatique peut être d'un appui certain lorsqu'elle est faite au début. Mais elle reste une investigation d'hôpital non encore dépourvue de danger et qui ne doit être pratiquée que sur un foie gros, chez un malade ayant un temps de saignement et un temps de prothrombine normaux.

Le diagnostic différentiel :

a) Au début :

Pendant la phase infectieuse le diagnostic peut être très difficile avec tous les syndromes d'infection aiguë tels que la grippe, la pneumonie, les fièvres éruptives, la mononucléose infectieuse. Ce n'est guère que lorsqu'on y pense que certaines recherches de laboratoire pourront aider au diagnostic. Il faut songer à l'hépatite aiguë lorsqu'un syndrome infectieux aigu s'accompagne de troubles digestifs marqués.

b) En présence d'un ictère :

le diagnostic se pose différemment suivant qu'il s'agit d'un malade opéré ou non opéré.

1) Chez les malades non opérés c'est tout le problème souvent ardu des ictères qui se pose. Après avoir éliminé les ictères par obstruction on doit discuter l'étiologie des hépatites.

Il est assez facile d'éliminer l'hépatite arsenicale ou atrophique par les commémoratifs. Il est plus difficile d'individualiser les hépatites infectieuses. L'on reconnaît actuellement la rareté des hépatites microbiennes et la fréquence des hépatites dues à des virus. L'angine, les adénopathies et l'examen du sang permettent de reconnaître l'ictère dû à la mononucléose; la coexistence de signes pulmonaires permet de soupçonner l'hépatite accompagnant la pneumonie atypique à virus. Seule la notion thérapeutique récente permet de différencier l'hépatite due au sérum humain, de l'hépatite à virus „banal“, réalisant le classique ictère catarrhal ou infectieux.

2) Chez les malades opérés se pose un problème diagnostique fort difficile, mais aussi fort important au point de vue de la conduite à tenir et du pronostic. Dans les quatre mois qui suivent une opération ou une transfusion il faut toujours penser à l'ictère dû au

sérum humain. C'est le seul moyen de le différencier non seulement des ictères infectieux banaux, mais aussi des ictères dûs à la maladie originelle. Chez un malade opéré pour cancer il faut y penser avant d'envisager une métastase hépatique. Chez un malade opéré pour cholécystite il faut l'envisager, tout en pensant aux calculs du cholédoque et au rétrécissement de la voie biliaire principale.

c) *Dans les formes anictériques*

Le problème diagnostique peut être des plus délicats. Nausées, vomissements et syndrome de l'hypochondre droit font envisager l'appendicite sous-hépatique, la cholécystite, l'abcès sous-phrénique voire même une maladie rénale.

L'asthénie et la céphalée ne sauraient être rattachées à leur origine hépatique qu'en milieu épidémique ou grâce aux examens de laboratoire. L'hépatite fébrile récurrente peut poser le problème de la cirrhose fébrile ou d'une obstruction cholédocienne.

Dans les formes graves se pose le diagnostic plus théorique que pratique de l'ictère grave primitif du foie.

LE TRAITEMENT

I. Traitement Prophylactique

Dans une maladie due au traitement on a bien entendu essayé de fixer les mesures destinées à prévenir l'éclosion de cette affection.

a) Cette prophylaxie est simple dans les hépatites dues à des causes accidentelles. Une stérilisation parfaite peut et doit supprimer cette variété d'hépatite. Ceci impose la nécessité d'utiliser une aiguille et une seringue individuelles même et surtout lorsqu'on fait des injections ou des vaccinations en masse.

b) Cette prophylaxie est autrement difficile à réaliser lorsqu'on est obligé d'introduire du sang, du sérum ou du plasma.

Deux moyens radicaux ont été proposés.

1) L'élimination de tous les donneurs susceptibles de contaminer le produit de transfusion: Donneurs ayant une histoire récente d'hépatite, ayant séjourné récemment en milieu épidémique d'hépatite infectieuse ou même tous ceux ayant une bilirubinémie élevée. Il est apparent que ces mesures ne sauraient éliminer les porteurs de germes, les malades en incubation d'hépatite ou les convalescents de formes atypiques.

2) La stérilisation du sang: Oliphant a montré que l'exposition du sang à des radiations ultraviolettes assez puissantes est capable de détruire le virus ictérigène. Cette mesure est efficace mais ne semble guère pratique. En l'absence de moyens radicaux on a proposé certaines mesures pratiques pour empêcher la diffusion du virus ictérigène.

1: Il ne faut employer le sérum de convalescent ou la transfusion que si le bénéfice auquel on s'attend dépasse de beaucoup le danger d'une hépatite thérapeutique.

2: Il faut toujours éviter l'emploi du plasma. source la plus fréquente des hépatites.

3: Il faut avoir recours soit à la transfusion individuelle, soit si c'est absolument nécessaire à un nombre aussi restreint que possible de donneurs.

4: Certains auteurs ont même proposé de remplacer systématiquement le sang par les albumines du sérum. Ces dernières peuvent être traitées à 60 degrés pendant un temps suffisant pour détruire le virus ictérique sans perdre leurs qualités thérapeutiques. Le prix très élevé de ces albumines restera un handicap très sérieux pour la généralisation de leur emploi. De plus elles ne peuvent remplacer toutes les indications de la transfusion.

II. Le Traitement Curatif

C'est le traitement de tous les ictères sur lequel nous n'insisterons pas. Le régime doit être riche en hydrates de carbone et protéines et pauvre en graisses. Il doit comporter des quantités importantes de vitamines: Vitamine B complex, Vitamines C et K. Le traitement médicamenteux est encore à l'étude. On a proposé des extraits hépatiques à hautes doses et des agents lipotropiques, choline et méthionine à des doses variant de 2 à 30 gr par jour. En cas de troubles digestifs il faut alimenter le malade par voie intraveineuse. En cas de coma hépatique tout traitement est illusoire.

Conclusion:

Ainsi donc cette maladie nouvelle, l'hépatite due au sérum humain, nous apparaît comme une affection assez fréquente et parfois grave, riche en particularités intéressantes.

Elle est due à un virus filtrant ictérique qui se rapproche, s'il ne s'identifie pas avec lui, du virus de l'hépatite spontanée. Elle se voit surtout après les transfusions de plasma. Ses lésions sont identiques à celles trouvées au cours des autres hépatites infectieuses et toxiques. En clinique elle donne un tableau d'hépatite ictérique ou anictérique qui peut conduire à une cirrhose. Sa fréquence impose la nécessité de l'envisager dans la discussion des ictères surtout chez les opérés. Sa gravité impose une limitation des indications thérapeutiques des transfusions.

HORMONES PURES CIBA

OVOCYCLINE *Aménorrhée*
Hormone folliculaire pure *Phénomènes de carence lors de la ménopause spontanée ou artificielle*
Hypoplasie utérine

LUTOCYCLINE *Hyperplasie glandulo-kystique*
Hormone lutéinique de synthèse *Aménorrhée (après traitement préalable à l'Ovocycline)*
Avortement répété

PERANDRONE *Phénomènes de carence*
Hormone testiculaire de synthèse *Troubles de la puissance*
Involution masculine
Sénilité
Hypertrophie prostatique

PERCORTÈNE *Maladie d'Addison*
Hormone cortico-surrénale de synthèse *Addisonisme*
Ictère catarrhal
Ulère gastrique
Diabète

SOCIÉTÉ ANONYME CIBA — BRUXELLES 3

· PUISSANT STIMULANT DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

HYPERTONISAN **INTRAVEINEUX**

SANDERS

ÉTATS D'ASTHÉNIE • CONVALESCENCE

DÉFAILLANCES MYOCARDIQUES

CARENCES MULTIPLES EN VITAMINE B¹

Formule : Glucosum 5 g - Vitamina B¹ 25 mg - Insulinum 2 U.I. -
Chlorbutolum - Aqua bidist. ad 10 cm³.

En boîtes de 6 et de 12 ampoules de 10 cm³

ANC. MAISON LOUIS **SANDERS**, S. A., BRUXELLES
47/51, rue Henri Wafelaerts

SANDERS

Considérations sur la Symptomatology de l'Anévrisme Disséquant de l'Aorte

par Léon Delvaux

Le diagnostic d'anévrisme disséquant de l'aorte n'est fait qu'exceptionnellement *in vivo* et reste le plus souvent une trouvaille d'autopsie.

Cela tient d'abord à sa très grande rareté, qui ressort du fait que sur toutes les autopsies de l'Institut anatomo-pathologique de la Faculté de Strasbourg, au courant des années 1920 à 1946, à l'exception des années de guerre 1940 à 1944, il y eut en tout sept cas, ce qui correspond à peu près à 1 cas sur 1500 autopsies. L'évolution de la maladie vers la mort, par rupture de l'anévrisme, étant de l'ordre de quelques jours à quelques semaines, on peut admettre que pratiquement tous les cas d'anévrisme disséquant hospitalisés à l'Hôpital Civil, y sont également décédés et ont été autopsiés, vu l'intérêt tout particulier que présente pour le médecin tout cas de mort subite et obscure.

Ce qui rend encore le diagnostic d'A.D. si difficile, c'est le polymorphisme extrême de ses symptômes, qui égale presque celui de la syphilis.

L'erreur la plus fréquente commise en présence d'un A.D. est sa confusion avec l'infarctus du myocarde. Mais il peut en imposer aussi, quoique plus rarement, comme aortite syphilitique, accident vasculaire cérébral, tumeur médiastinale, pneumonie, lithiase biliaire ou rénale, thrombose mésentérique ou bien embolie des extrémités, etc. Cependant, des observations de plus en plus nombreuses, publiées depuis une quinzaine d'années, surtout en langue anglaise et allemande, ont permis d'isoler de la symptomatology polymorphe de l'A.D. un type clinique et évolutif particulier à certains cas, qui, de ce fait, deviennent accessibles au diagnostic. L'Américain Gager, qui en 1928 a rassemblé dans la littérature 400 cas, cite comme symptômes principaux:

„D'abord le début brutal. Ensuite la douleur angineuse violente, progressant avec la dissection, douleur souvent atroce et rebelle à la morphine. Elle ressemble de près à l'angine de poi-

„trine de l'infarctus du myocarde, mais il lui manque en général
„l'irradiation typique dans le bras gauche. Elle a tendance à irradier
„dans le dos, entre les omoplates, parfois dans le cou et la tête,
„ou bien, et ce qui est surtout caractéristique, dans la région lom-
„baine et les extrémités inférieures. Des fois il y a migration lente
„et continue de la douleur, d'heure en heure et de jour en jour,
„du cou vers les extrémités inférieures. D'autres fois il existe des
„accalmies de quelques heures à quelques jours, s'intercalant entre
„les crises douloureuses.“

En dehors de la douleur, qui peut être assez caractéristique pour faire penser d'office à un A.D., la symptomatologie est dominée par les troubles de la circulation périphérique, dont l'origine est en général le déficit circulatoire par le processus mécanique de la dissection même, envahissant les branches de l'aorte. Bien souvent cependant il faut incriminer un spasme artériel reflexe, d'origine périaortique, quand le processus disséquant n'atteint pas les branches en question, dont la lumière reste libre de tout obstacle.

Les troubles circulatoires les plus fréquents sont le refroidissement d'un membre, pouvant aller jusqu'à la gangrène. Tantôt ce n'est qu'une inégalité du pouls, souvent passagère, d'autres fois c'est un déficit de la circulation carotidienne, qui fait songer à un ramollissement cérébral avec hémiplégie ou monoplégie, — de la circulation abdominale, se manifestant par des diarrhées intenses avec douleurs solaires, ou des hémorragies en nappe gastriques ou digestives, — ou bien de la circulation rénale avec hématurie massive.

La Tension Artérielle en général reste élevée, à moins que le malade ne présente un état de choc ou que l'orifice de l'artère sous-clavière en question ne soit envahie par le processus disséquant. En tout cas, une tension élevée dans un état angineux grave parle contre un infarctus et en faveur d'un A.D.

A l'auscultation du coeur l'apparition brusque d'un souffle diastolique d'insuffisance aortique est un symptôme de premier ordre que Gallavardin interprète comme une insuffisance aortique fonctionnelle par abaissement des valvules sigmoïdes avec la lèvre inférieure de la déchirure initiale.

Comme signes radiologiques on a signalé: une déformation de l'ombre du pédicule artériel du coeur, pulsatile ou non, une excroissance arrondie de l'aorte thoracique et surtout, meilleur signe radiologique, une ombre doublant l'aorte ou une de ses branches. Mais souvent l'état grave du malade ne permet pas un examen radioscopique.

L'électro-cardiogramme en général ne montre pas de modifications importantes, à moins que les coronaires ne soient englobées dans le processus disséquant, soit par striction directe d'une branche par l'anévrysme, soit par phénomène réflexe, soit qu'il existe un trouble coronarien concomitant. Laubry. Mc Geachy et Paullin citent des altérations du type coronarien tantôt du type

T1 T2, tantôt T2 T3. Un électro normal dans un état angineux grave, ressemblant de si près à un infarctus du myocarde est d'une très grande valeur dans le diagnostic différentiel et parle pour un A. D. et contre un infarctus.

Comme symptômes généraux il existe une fièvre modérée et une hyperleucocytose de l'ordre de 12—30 000.

En résumé il faut retenir, dans la symptomatologie polymorphe de l'A.D. de l'aorte un type clinique et évolutif particulièrement caractéristique dont les symptômes essentiels sont:

La douleur thoracique brutale, progressant vers le tronc, entre les omoplates, la région lombaire et les membres inférieurs, — la persistance d'une tension artérielle relativement élevée, — l'apparition brusque d'un souffle d'insuffisance aortique, — troubles circulatoires périphériques, — fièvre modérée, — hyperleucocytose, — et é.c.g. normal ou presque. (Delaruc, Carrot, Faguet et Hewitt.)

Dans les cas typiques, présentant cette symptomatologie, le diagnostic d'A.D. de l'aorte est à faire, à condition d'y penser. C'est ainsi que l'Américain Emmet B. Bay évalue à environ 10 à 30% le nombre de diagnostics exacts dans les hôpitaux américains. Lui même en a fait 2 sur 7 cas.

Il faut avouer que nous avons été moins heureux, car sur les 7 cas autopsiés à l'hôpital de Strasbourg, aucun n'a été diagnostiqué avant la mort. Ils figuraient dans les observations que nous avons retrouvées sous les enseignes les plus diverses, notamment:

1. infarctus du myocarde,
2. hémiparésie au cours d'une azotémie brightique avec mort subite par syncope bulbaire,
3. mort subite inexplicée chez un cyphoscoliotique, présentant une insuffisance cardiaque,
4. apoplexie avec hémiplégie chez un tabétique,
5. entérite aiguë.

Dans 2 cas l'observation n'a pu être retrouvée.

Ces exemples illustrent bien à quelles erreurs, d'ailleurs très pardonnables, peut prêter le diagnostic d'A.D.

Présentation des cas

1. Observation. (Personnelle)

Il s'agit d'un homme de 47 ans, forgeron de son métier, de taille athlétique, ne présentant aucun antécédant notable, qui, le 29. 11. 46 après une journée de travail normal, assis paisiblement dans sa cuisine en train de plumer un poulet, ressent brusquement une douleur paroxystique dans l'épaule g. et le côté g. du cou et de la tête, sans irradiation dans le bras. Simultanément une sensation de constriction thoracique angoissante, des sueurs froides et un état syncopal. Après 15 minutes les douleurs gagnent la

région précordiale, mais restent surtout accentuées à la localisation initiale. Le médecin appelé d'urgence diagnostique une crise cardiaque aiguë. Il constate une T.A. de 23/7,5 qui tombe à la fin de l'examen à 9,5/6. Pas d'œdèmes ni de dyspnée. Quelques heures après les douleurs se calment, sans toutefois disparaître complètement.

Le lendemain, 30. 11., le malade se sent assez bien. Il accuse cependant une douleur vague dans le thorax, dans le dos entre les omoplates, descendant vers la région lombaire et jusque dans les extrémités. La T.A. prise à ce moment est de 14/7.

Le troisième jour, vers midi, nouvelle crise avec état syncope, oppression thoracique angoissante et douleurs paroxystiques dans l'épaule gauche, côté gauche du cou et de la tête et légères douleurs précordiales. Les douleurs lombaires persistent, mais sont bien supportables. Le médecin constate alors un pouls filant, avec T.A. imprenable, des bruits du cœur très assourdis et un souffle systolique à la pointe qui n'existait pas les jours précédents. Le malade est adressé d'urgence à la Clinique Médicale A, où il arrive le dimanche soir dans un état de prostration extrême et légèrement somnolent. Il accuse à ce moment de légères douleurs dans l'épaule g., la région latérale g. du cou et de la tête, de vagues douleurs dans la région lombaire et les hanches, descendant jusque dans les extrémités inférieures.

On est frappé par la grande pâleur de la peau et des muqueuses. Le cœur, qui semble légèrement agrandi vers la gauche bat d'un rythme régulier à la fréquence de 80 à la minute. A la pointe il existe un souffle systolique léger. La T.A. est de 18/15, descend quelques minutes plus tard à 13/9 pour remonter de nouveau bientôt après.

Les excursions respiratoires sont peu amples, mais la percussion et l'auscultation ne présentent rien d'anormal.

L'abdomen est souple, le foie et la rate non agrandis.

L'examen neurologique montre des réflexes tendineux normaux, les cutanés plantaires sont en flexion. Manoeuvre de Mingazzini s.p. Comme seule anomalie on note une anisokorie des pupilles qui réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. B.W. négatif.

Le début brusque avec la douleur angineuse violente, quoique d'irradiation non typique, l'écroulement passager de la tension et l'aspect général du malade font penser à un infarctus du myocarde. L'injection i. v. d'inophylline et d'un 1/4 mgr d'oubaïne ainsi qu'une piqûre de spasmalgine semblent produire une amélioration. Les douleurs s'atténuent et le malade passe une nuit assez calme. La température ne dépasse pas 37 degrés.

Le lendemain matin à 7 heures, le malade ressent brusquement une douleur thoracique paroxystique avec oppression et dyspnée extrêmes, suivies immédiatement de perte de connaissance. La T.A.

est imprenable et le malade expire 10 minutes après le début de la crise, malgré la respiration artificielle et 2 piqûres d'adrénaline intra-cardiaques.

L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'une rupture aortique dans le péricarde et la plèvre g., sur la base d'un A.D.

La rupture de l'endaorte se trouve à l'origine de l'aorte thoracique descendante. C'est une rupture franche, comme coupée aux ciseaux, en U, d'environ 3 cm de largeur. A ce niveau s'amorce le plan de clivage d'un A.D. intrapariétal, fusant vers le bas, avec dissociation de la média et création d'une véritable nouvelle lumière aortique, le long du bord postérieur de l'aorte, jusqu'au début de l'artère iliaque primitive dr., où la fausse lumière rejoint par une deuxième rupture de l'intima la lumière normale de l'artère.

La base de ces ruptures est un athérome très étendu, quoique relativement peu intense, puisque nulle part il n'existe une ulcération ou une calcification. Microscopiquement on voit juste quelques petites pustules athéromateuses. Aucune lésion syphilitique n'est visible.

Cette première observation dont l'évolution a été suivie très consciencieusement, est typique et conforme à la description classique de l'A.D. de l'aorte, dont elle présente la symptomatologie presque au complet. La douleur correspondant à la rupture de l'endaorte et siégant à l'épaule et la région gauche du cou et de la tête, est brusque et inaugurale. La douleur précordiale est moins prononcée. Il existe la progression descendante de la douleur vers les lombes et les hanches, correspondant à l'extension du processus disséquant vers l'aorte abdominale, avec des périodes d'accalmie spontanée. Il y a collapsus tensionnel, mais qui n'est que passager.

L'é.c.g., qui n'a malheureusement pas été fait, aurait été d'une grande utilité au diagnostic et aurait peut-être permis d'exclure un infarctus du myocarde. L'examen radiologique aurait peut-être montré un élargissement du pédicule artériel, sinon un double contour de l'aorte et orienté sur la bonne piste.

Il n'existait pas de troubles circulatoires apparents des membres, mais un examen oscillométrique en aurait peut-être révélés.

Le double souffle aortique, considéré comme signe de grande valeur diagnostique n'a pas été trouvé, le souffle systolique de la pointe apparu brusquement, aurait mieux cadré avec un infarctus du myocarde avec dilatation du coeur et insuffisance mitrale fonctionnelle.

La 2. Observation

concerne un homme de 56 ans, employé aux S.N.C.F., de constitution très vigoureuse, en traitement pour hypertension avec céphalées depuis 6 mois.

Dans la soirée du 3. 11. 46 il est trouvé comateux dans la



cuisine, étendu par terre et ayant cassé du mobilier. Transporté d'urgence à l'hôpital il parle d'une façon incohérente et confuse. A part de légères céphalées il ne se plaint d'aucune autre douleur.

L'examen du coeur et du poumon ne révèle rien de particulier, la tension artérielle n'est pas augmentée. L'examen neurologique est négatif.

Dans les urines on trouve une albuminurie moyenne et quelques cylindres granuleux. L'urée est à 0,90 gr pro mille.

Après une nuit calme le malade présente le lendemain une agitation désordonnée avec confusion mentale extrême.

On le transfère en psychiatrie pour encéphalopathie brightique. Le malade arrive subcomateux avec une respiration de Cheyne Stokes.

L'examen neurologique montre une monoparésie du bras dr.; les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, les réflexes tendineux existent, un peu vifs, les cutanés plantaires sont en flexion.

A peine quelques heures après son admission le malade se rejette dans son lit comme foudroyé, présentant immédiatement une cyanose cervico-faciale, rappelant les signes d'une syncope bulbaire.

A l'autopsie on trouve une rupture de l'aorte dans le péricarde par un A.D., clivant l'aorte depuis sa portion intrapéricardique jusqu'à sa portion abdominale.

Cette 2. observation ne présente aucun des grands symptômes habituels de l'A.D., en particulier aucune symptomatologie douloureuse. L'état confusionnel du malade ainsi que la monoplégie sont sûrement à mettre sur le compte d'un déficit de la circulation carotidienne avec oedème cérébral.

3. Observation.

Un homme de 41 ans, dans les antécédants du rachitisme à l'âge de 2 ans, dont est restée une cyphoscoliose très marquée.

Depuis 3 ans dyspnée d'effort progressive. Depuis 2—3 mois dyspnée de décubitus. Depuis 1 mois et 1/2, des douleurs précordiales en pointe, irradiant vers l'épaule g., intermittentes. Enfin, depuis un certain temps, douleurs vagues dans la région lombaire.

Le malade est hospitalisé pour dyspnée, douleurs précordiales et état asthénique.

A l'examen on note une dyspnée intense au moindre mouvement, légère cyanose, pas d'oedèmes.

Au poumon: respiration rude, soufflante, nombreux râles de bronchite, quelques râles sous crépitants aux bases submates.

Au coeur: gros souffle aux 2 temps à la base, très râpeux. T.A. 145/105.

A la radioscopie le coeur est légèrement agrandi, l'aorte montre des pulsations un peu amples au bord droit de l'aorte ascendante.

B.W. nég. Température en dessous de 37,9.

Le malade meurt subitement et on porte le diagnostic de défaillance cardiaque chez un gibbeux, sclérose pulmonaire et bronchite.

A l'autopsie on trouve un A.D. de l'aorte, avec rupture en S de l'aorte intrapéricardique dans le péricarde.

Dans ce cas le tableau clinique est dominé par la dyspnée extrême que présentait le malade et il paraissait tout à fait naturel de l'attribuer à des phénomènes de défaillance cardiaque chez un gibbeux, présentant un fort emphysème et de la bronchite chronique. La symptomatologie douloureuse, précordiale, axillaire et lombaire, assez caractéristique cependant comme localisation, quoique de faible intensité, fut entièrement négligée dans l'établissement du diagnostic, de même que l'aspect radiologique de l'aorte, avec ses battements exagérés de la portion ascendante et le double souffle aortique, signe de 1. importance dans l'A.D.

La 4. Observation

concerne un homme de 33 ans, de constitution robuste, platteur de son métier, qui est hospitalisé le 11. 7. 33 pour douleurs abdominales avec diarrhées sanguinolentes.

Dans ses antécédents on note une tbc pulmonaire à l'âge de 16—17 ans, guérie après 3 cures sanatoriales et un traumatisme abdominal à l'âge de 28 ans, ayant nécessité une intervention chirurgicale. Pas de signes d'hypertension antérieure.

Le 9. juillet 33, après avoir pris un repas composé de salade de pommes de terre, saucisse et bière, il va à la selle où il est pris subitement d'un très fort malaise avec état syncopal et émission de selles sanglantes diarrhéiques. Simultanément une sensation d'oppression thoracique et d'angoisse.

Pendant la nuit insomnie, céphalées et fortes sueurs. Le lendemain et le surlendemain les vomissements et la diarrhée sanguinolente continuent et son médecin conseille l'admission à l'hôpital.

A l'examen le malade présente un aspect fatigué, le teint terreux, mais à part de vagues douleurs abdominales il ne se plaint pas spécialement.

La langue est saburrale, le ventre souple, avec une légère douleur à la pression dans la région épigastrique. Foie et rate non agrandis. Les selles, très fréquentes, sont fluides avec des glaires sanguinolentes. Gaiac fortement positif.

Il existe une tachycardie de 110 à la minute, le pouls est petit, la T.A. de 13/9,5. Température 38°. Dans les urines albumine positive. B.W. nég.

L'examen des selles ne montre pas de parasites ni bacilles dysentériques. L'agglutination aux B. dysentériques est négative.

Dans la nuit du 12 au 13 juillet exitus subit, 4 jours après le début de la maladie. On porte le diagnostic d'entérite aiguë.

L'autopsie révèle un A.D. de l'aorte, descendant jusqu'à la bifurcation et remontant à 3 cm de son origine, avec rupture dans

le péricarde; — une colite ulcéreuse du colon ascendant et du caecum, une entérite folliculaire de l'iléon, une congestion pulmonaire, rénale et hépatique.

L'aorte en général est très amincie par l'athérome, avec de nombreuses plaques d'artérite. L'A.D. clive l'aorte en 2 cavités presque égales dont l'une est formée par l'adventice détachée et la média, l'autre étant la lumière proprement dite.

L'intérêt de cette observation réside essentiellement dans le fait, qu'elle ne présente aucun des signes habituels de l'A.D. Sa symptomatologie, purement digestive rappelle une entérocolite aiguë, soit dysentérique, soit toxique mais ressemble d'avantage encore à celle d'une thrombose mésentérique.

Encore une fois ce sont des troubles circulatoires qu'il faut incriminer pour expliquer la symptomatologie peu banale de ce cas d'A.D., cette fois dans le domaine de l'aorte abdominale, que le processus d'isséquant a clivé sur toute sa longueur jusqu'à la bifurcation. On comprend aisément qu'un traumatisme de ce genre, qui dissocie les couches de l'aorte sur toute sa longueur, au point de former 2 lumières sensiblement égales, peut avoir une répercussion profonde sur toute la circulation abdominale, soit en comprimant par effet mécanique directe telle ou telle artère et produisant de l'ischémie des territoires correspondants, soit encore par des phénomènes réflexes produisant des spasmes artériels.

5. Observation.

Cet homme de 54 ans est adressé à la clinique pour apoplexie avec hémiplégié g.

Le malade arrive dans un état subcomateux. A l'examen tout le côté gauche est paralysé, y compris le facial. On note une abolition complète de tous les réflexes du membre inférieur, avec Babinski à gauche. Les pupilles sont déformées, grandes et inégales et ne réagissent pas à la lumière.

Les bruits du coeur sont sourds, la T.A. est de 14/8. Le foie est agrandi de 2 travers de doigts. Température 37,8. Dans les urines l'albumine est positive.

Le malade meurt dans le coma 5 heures après son arrivée et on porte le diagnostic de tabès et hémiplégié gauche par artérite syphilitique.

L'autopsie révèle une rupture de l'aorte dans le péricarde par A.D. de la portion ascendante, sur la base d'une mésoartite syphilitique.

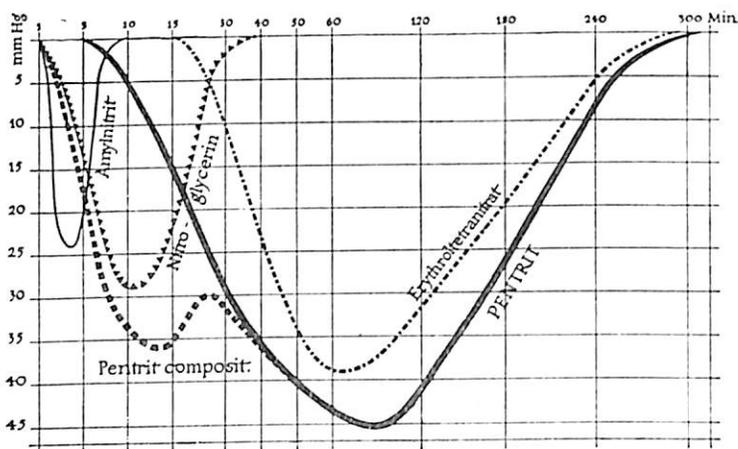
Encore une fois, nous ne retrouvons aucun des symptômes habituels de l'A.D.

Comme dans la 2. observation, le tableau est dominé par le déficit de la circulation carotidienne. Il paraissait tout à fait naturel de penser chez ce tabétique à un ramolissement par artérite syphi-

PENTRITE

Vasodilatateur

Principe actif: tétranitrate de pentaérythrol et tétranitrate de pentaérythrol + nitroglycérine.



Propriétés:

En comparaison avec les nitrates et la nitroglycérine, l'action du tétranitrate de pentaérythrol est plus lente, mais de plus longue durée en l'absence presque totale de tout phénomène accessoire. On l'emploiera donc de préférence dans les cas où subsiste une sensibilité particulière aux nitrates ou à la nitroglycérine ou quand on désirera une action prophylactique et de plus longue durée.

Indications:

contre l'angine de poitrine, l'asthme, les affections cardiaques, la sclérose coronaire, l'hypertonie de l'âge, la néphrite chronique.

Posologie:

1-2 tablettes de 0,030 g ou des doses répétées de 0,010 g. Les tablettes de 0,010 g conviennent surtout pour l'usage prophylactique.

PENTRITE COMPOSITUM : contient, outre 0,020 g de tétranitrate de pentaérythrol encore 0,0005 g de nitroglycérine et est destiné aux accès.

ADROKA S. A. BALE 2

Rue Nauen 63

(SUISSE)

REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG :
PROPHAC · rue Baudouin 25, LUXEMBOURG · Tél. 30-73

Cirrhose hépatique hypertrophique pigmentaire simple

par *Fréd. Hippert*

Monsieur C. C. âgé de 60 ans n'a jamais été malade et n'a fait aucun abus d'alcool. Depuis quelques mois il souffre de troubles digestifs: lourdeurs, ballonnement, crises de diarrhées alternant avec des périodes de constipation. Pas de nausées, pas de vomissements. L'appétit reste satisfaisant, mais le poids diminue progressivement. Il se sent faible et fatigué. Mais ce qui le préoccupe le plus ce sont les douleurs qu'il ressent dans le bas-ventre et qui irradient dans la cuisse gauche. Son médecin diagnostiqua une sciastique et lui conseilla de se faire hospitaliser.

Il entre à l'hôpital le 30. 10. 1947. Etat général assez déficient. Muqueuses légèrement décolorées, pas de pigmentation pathologique. Conjonctives un peu subictériques. Dos rond. Peau sèche, sans oedèmes. L'attention est aussitôt attirée par un teint brun roux d'aspect plutôt sale siégeant au niveau de la figure, des extrémités inférieures et supérieures et des organes génitaux. Ça et là on remarque des taches plus foncées. Facès palmaires libres. Chute presque complète des poils de l'aisselle, poils génitaux assez clairsemés. Rien aux poumons. Coeur de volume normal, bruits normalement accentués, pas de souffles. Pouls régulier 75—80 par minute. Tension artérielle au Boullitte 10,2/6,8 à l'entrée, 13,8/8,7 à la sortie. Abdomen souple, indolore, ni ascite ni réseau veineux. Le foie, non ptosé, est d'une dureté presque ligneuse et déborde d'un travers de main le rebord costal. Sa surface est lisse, son bord inférieur tranchant, peu douloureux. La rate n'est pas agrandie.

Système urogénital: Testicules nettement diminués de volume. Toucher rectal s. p. Urines s. p. Pas de polyurie.

Système nerveux s. p.

Examens de laboratoire: Urée 0,35⁰/₀₀, glycémie 0,90⁰/₀₀, bilirubine 0,006⁰/₀₀—0,004⁰/₀₀, cholestérine 279 mgr⁰/₀, NaCl 458 mgr⁰/₀, temps de saignement 2 minutes, temps de coagulation 2,5 minutes. Vitesse de sédimentation 90/100 mm. Épreuve galactose ϕ , BW ϕ . Hémoglobine 75⁰/₀ (Sahli). Globules rouges 3 950 000. Résistance globulaire normale.

L'examen radiologique ne montre rien de particulier au niveau des organes intrathoraciques et du tube digestif.

La ponction-biopsie du foie ayant été refusée par le malade, il n'a pas pu être procédé à un examen histologique.

Il s'agit donc d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire sans diabète, sans ictère et sans rate palpable. Mais il y a deux autres symptômes qui retiennent l'attention: une fonction hépatique à peu près normale et l'existence de troubles endocriniens manifestes. Cette symptomatologie spéciale et l'évolution généralement longue et bénigne ont conduit Fiessinger à reconnaître à cette cirrhose une personnalité propre et à l'appeler cirrhose hypertrophique pigmentaire simple (c. h. p. s.). Fiessinger insiste pourtant sur le fait qu'elle peut, à tout moment, se transformer en diabète bronzé par l'intervention d'un diabète.

A la sortie notre malade se trouve notablement amélioré; son poids a passé de 50 à 57 kg. Il n'est plus fatigué ni hypotendu. Et ce qui nous semble essentiel c'est que cette amélioration se maintient sans traitement aucun.

Le traitement est du reste des plus simples. Repos physique, régime normal. Comme médicaments le malade a eu des injections intraveineuses d'une solution hypertonique de NaCl, des injections de syncortyl et de la vitamine C per os.

L'amélioration fut lente mais progressive. La peau s'est assez bien éclaircie sous l'action de C, substance antioxydante qui s'oppose à la formation de mélanine dont la production physiologique est liée à l'oxydation d'un chromogène aminé par un ferment oxydant contenu dans les mélanoblastes de la couche de Malpighi.

La mélanodermie ne peut se réaliser qu'à la suite d'une surproduction de mélanine qui est essentiellement liée à

- 1) un apport accru du matériel thioaminé.
- 2) une carence en vitamine C qui accroît indirectement l'activité des mélanoblastes.

Ces conditions paraissent être données dans les affections chroniques du foie et des surrénales où l'on constaterait, d'après Loeper, une augmentation du matériel thioaminé et une diminution de la vitamine C.

En plus de la mélanodermie on constate une pigmentation des viscères qui est due à un pigment ferrigineux, l'hémossidérine. Ces dépôts de fer qu'on trouve dans le foie, le pancréas, la rate, les surrénales, les reins etc. sont 10—35 fois plus importants qu'à l'état normal. Il s'y associe en outre une sclérose plus ou moins accentuée.

Comment expliquer ces dépôts de fer massifs et cette polysclérose viscérale qui caractérise la cirrhose hypertrophique pigmentaire simple au point de vue anatomopathologique? Est-elle le fait primitif ou suit-elle la pigmentation?

On pourrait s'imaginer qu'une intoxication chronique de nature alcoolique ou non alcoolique donnât lieu à des lésions viscérales; que les viscères primitivement lésés organisent la défense en faisant appel au fer; que les dépôts de fer favorisent le développement de la sclérose dans la suite.

Il semble pourtant peu probable que ces dépôts de fer puissent se réaliser à la suite d'un apport exogène exagéré. On pourrait toutefois concevoir que, pour suffire aux besoins accrus, l'organisme procède à une absorption plus poussée du fer alimentaire. Mais c'est particulièrement au fer de l'organisme qu'il est fait appel. Pour expliquer cette „mobilisation" on a incriminé le rôle de l'hyperhépate, de l'hyperhémolyse, de l'affaiblissement de la fonction fixatrice des tissus et de l'insuffisance pancréatique.

Mais tout cela est hypothétique et il faut avouer que nous ne savons rien de précis sur l'étiologie et la pathogénie de cette „polysclérose polypigmentaire“.

Neue Wege in der Behandlung mit Depot-Penicillin:

PRO-FERRICILLIN

Ampullen zur Herstellung von intragluteal injizierbaren Ferricillin-Suspensionen aus Penicillin-G Natrium beliebiger Marke.

Genauere Dosierung

Leicht ausführbare Einspritzung, ohne Nebenwirkungen

Einfache Handhabung

Packungen für 1, 5, 24 Einspritzungen

La Sintetica S. A., Chiasso

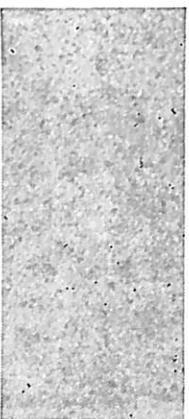
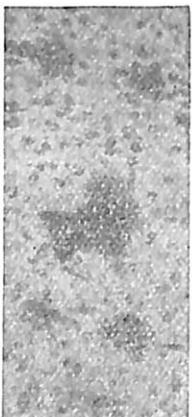
Literatur und Muster durch

PROPHAC, Baudouinstr. 25, Luxemburg - Tel. 30-73

DISPERSA

Augentropfen in Tuben

gewährleisten dank ihrer eigenartigen Salbengrundlage und vor allem dank der äusserst feindispersen Verteilung der inkorporierten Arzneistoffe eine stets zuverlässige Wirkung



Mikroaufnahme einer Calomel-Augensalbe des Handels (Vergr. 280 X)

Mikroaufnahme einer Calomel-Augensalbe, Marke „DISPERSA“ (Vergr. 280 X)

Bis jetzt sind folgende Sorten im Handel:

Acid. boric	3 %	Hydrarg. oxyd. flav.	1 %	Noviform	2 %
Atropin. sulfuric.	1 %	Hydrarg. oxyd. flav.	2 %	Noviform	3 %
Calomel	1 %	Hydrarg. praec. alb.	1 %	Noviform	5 %
Eserin. sal.	1/2 %	Hydrarg. praec. alb.	2 %	Pilocarpin HCl	2 %
				Penicillin	1000 und 2500 E/g.

Ausser den angeführten Sorten wird auch jeder andere speziell gewünschte Arzneistoff oder andere Dosisungen mit gleicher Sorgfalt prompt hergestellt und geliefert.

Muster durch: **PROPHAC**, Baudouinstr. 25, Luxemburg - Tel. 30-73

Corps étrangers flottant dans la vessie

par Joseph Thoma

Les observations publiées à propos de corps étrangers dans la vessie sont très nombreuses dans la littérature médicale, et la variété des objets que des esprits maladifs ont laissé échapper dans cet organe, défie l'imagination la plus vive. Débris de sondes usées et filiformes, cassées au niveau de l'armature métallique, restant dans la vessie, constituaient des accidents thérapeutiques assez fréquents pendant cette guerre.

En général, l'extraction de ces corps au moyen d'un cystoscope opérateur n'est pas très difficile tant que l'objet, à la suite d'un séjour prolongé dans la vessie, ne s'est pas incrusté abondamment et qu'il n'a pas donné lieu à une cystite trop violente par irritation ou par infection. Par contre les objets de densité inférieure peuvent présenter de sérieuses difficultés à l'opérateur. Dans le cas que nous allons exposer, après l'échec des méthodes usuelles, un tour de main assez simple nous a permis l'extraction du corps étranger.

H. S. 28 ans, travailleur agricole allemand est envoyé à la clinique d'Eich le 15. 5. 48 par son médecin. Depuis une quinzaine de jours, il souffrait d'une cystite aiguë avec forte pyurie, dysurie, pollakiurie, etc. Ces symptômes n'avaient fait qu'augmenter malgré le traitement médical approprié. Température 37,5, pouls 90 min. Etat général bon. Pas d'antécédents pathologiques.

Ce malade, soldat de la Wehrmacht bloqué dans un port de l'Atlantique pendant les hostilités, avait vécu depuis la guerre dans les camps de prisonniers en France. Questionné au sujet de ses troubles, il déclara souffrir d'incontinence nocturne. Pour remédier à cette infirmité, il aurait obturé le méat urinaire pendant la nuit au moyen d'une petite boule de cire rendue malléable entre les doigts. Cette boule aurait disparu trois semaines auparavant pendant le sommeil... Quelques jours après cet événement, les maux actuels se seraient installés progressivement.

Sans insister plus longtemps sur les détails de cette ingénieuse histoire racontée par le malade avec une gêne évidente, nous avons fait une cystoscopie. Après un lavage copieux on pouvait voir,

nageant près de la bulle d'air, un corps allongé de couleur foncée, très mobile. La muqueuse vésicale rouge bordeaux présentait un oedème bulleux au dôme et autour du col. Quelques ulcérations sentaient aucun dépôt calcaire à sa surface; il devait représenter près du tiers d'une bougie d'arbre de Noël.

Après anesthésie de la muqueuse vésicale par une solution de pantocaïne, des essais furent faits avec différentes pinces cystoscopiques à corps étrangers et à biopsie, pour harponner la bougie. Malheureusement la mèche ne dépassait aucun des deux bouts, et la masse trop mobile échappa à toute tentative de prise. La coupole vésicale est d'ailleurs d'un accès difficile aux pinces cystoscopiques.

Dans ces conditions, nous nous résolûmes à faire une lithotritie. Après avoir traité la vessie pendant quelques jours, nous avons introduit, sous anesthésie générale, un lithotriteur cystoscopique. Après mesure de la capacité vésicale, injection lente d'air avec l'eau du lavage, nous pouvions de cette façon voir descendre la bougie avec le niveau d'eau et la recevoir dans les mors ouverts du lithotriteur. En fermant l'appareil pour couper en morceaux la bougie, nous n'encourions aucun risque de pincer la muqueuse vésicale. Cette manoeuvre fut répétée plusieurs fois jusqu'à ce qu'il ne restait que des menus morceaux du corps étranger, dont la sortie devait être aisée par aspiration.

Or ni l'aspiration, ni les mictions suivantes ne réussirent à évacuer ces débris. Excessivement légers, ils surnageaient et ne venaient se déposer sur le trigone qu'après élimination de la dernière goutte liquide. „Die Entfernung dochtfreien Wachses aus der Blase ist manchmal recht schwierig; man wird immer wieder und wieder mit den ausgehöhlten Greifern der Fremdkörperzange eingehen, bis alles entfernt ist“ (Otto Ringleb).

Afin d'éviter ces manipulations cystoscopiques, nous avons placé le malade sur une table d'opération, sa vessie étant remplie. Puis l'ayant mis en position de Trendelenburg, nous l'avons fait uriner. Nous eûmes alors la satisfaction de voir sortir sans difficultés les débris de cire, ainsi que la mèche centrale.

Les suites de cette opération furent simples.

Les urines s'éclaircirent très vite, les phénomènes subjectifs avaient complètement disparus à la sortie du malade de la clinique le 3. 6. Une cystoscopie de contrôle montrait encore à cette époque une exagération de la vascularisation. Plus de corps étranger. Examen des urines: Alb 0. Sédiment: leucocytes assez nombreux. Le malade devait se présenter au contrôle fin juin. Nous l'avons perdu de vue.

Plusieurs méthodes ont été préconisées pour éliminer de tels fragments de stéarine de la vessie de l'homme. L'usage des bougies d'arbre de Noël pour des pratiques onanistes semble être assez répandu. Lohnstein conseille de remplir la vessie de 50cc de naphte

très pur. Cette substance surnageant en milieu aqueux, dissout la stéarine. Après quelques heures on viderait la vessie et le naphte ayant dissout le corps du délit, l'entraînerait comme par enchantement.

Très sûr de la réussite, j'ai expérimenté la méthode en 1943 devant un chef ahuri, sur un fonctionnaire allemand revenu de Pologne avec un fragment de bougie dans la vessie. Le résultat fut désastreux. Après une dizaine de minutes, je dus évacuer le remède, le malade se plaignant de violentes cystalgies. Malgré une élimination sans histoire du corps étranger quelques jours après au moyen d'une pince de Young, la cystite fut très lente à guérir et je crois que la nécrose de la muqueuse produite par le naphte, n'était pas étrangère à cette évolution.

Van den Branden a fait fondre et éclater dans la vessie un morceau de bougie en cire en le touchant avec une électrode de diathermie à la façon d'une tumeur vésicale.

Chez notre malade, la bougie, corps isolant sans contact intime avec la paroi, ne donna aucune étincelle et nous dûmes renoncer à cette méthode.

La lithotritie sous une coupole d'air telle que nous l'avons pratiquée, nous semble la méthode la moins dangereuse pour la démolition de corps étrangers flottants d'un certain volume. L'élimination des petits fragments a été facile par miction en position de Trendelenburg très déclive.

Bibliographie

Kropp: Über sog. Fettsteine in der Harnblase. (Dtsch. med. Wochenschr. 1923: 30)
Ringleb: Urolog. Technik.
Roth: Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. (Berl. klin. Wochenschr. 10)

L A B O R A T O I R E S

SAPOS S.A.



G E N È V E

SANALEPSI RUSSI

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires, pilules, gouttes, suppositoires. Sanalettes comprimés.

DIGESTASE RUSSI

ferments peptiques totaux en solution glycinée.

HEPARENZYME RUSSI

ferments lipolytiques en solution glycinée

DERMAVIPP

pommade à la vitamine PP. Traitement des engelures, cyanoses, gerçures, plaies non infectées.

PROTEDRINE KRAMER

gouttes nasales stabilisées décongestionnantes et désinfectantes.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

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

L'infection focale odontogène

par Louis Klees et Robert Philipart

Déjà dans l'antiquité, on soupçonnait des dents infectées d'être la cause de certaines maladies. A chaque époque on trouve des médecins qui préconisaient cette théorie; mais c'est seulement depuis le début de notre siècle qu'on s'est penché sérieusement sur le problème. Entretemps, la littérature s'y rapportant a augmenté considérablement. Nous avons suivi ce problème de près pendant des années, et nous nous proposons de donner ici un aperçu des nouvelles théories et méthodes qu'il est indispensable de connaître pour juger cette question à sa juste valeur.

Les premières observations de guérison de certaines maladies après l'extraction d'une ou de plusieurs dents infectées étaient suivies de tellement d'autres qu'il ne fût plus possible de les expliquer toutes par une coïncidence.

D'autres constatations plus précises, retenaient l'attention. Nous-mêmes pûmes par exemple observer que durant un traitement antiseptique de la racine d'une incisive latérale supérieure, des douleurs au niveau du nerf sciatique s'accroissaient dès que la dent était provisoirement fermée et disparaissaient après la réouverture du canal. Dans ce cas, l'extraction amena une disparition complète des douleurs.

Plus intéressant encore est le cas suivant: un jeune homme de 19 ans souffrant depuis un an d'une sciatique fut dirigé par son dernier médecin traitant chez nous pour un assainissement de la cavité buccale. Seules les deux premières molaires inférieures gangréneuses purent être soupçonnées comme foyer d'infection. L'extraction d'une de ces dents ne donne aucun résultat. Huit jours plus tard, lors de l'extraction de l'autre dent, une racine fractura. Durant l'extraction chirurgicale de ce fragment, le patient accusa de très vives douleurs dans la jambe. Deux jours plus tard, les douleurs avaient complètement disparu, et un contrôle après un an prouva que la guérison avait été définitive.

Ces deux cas montrent clairement avec quelle rapidité l'organisme peut réagir à un essaimage des substances nocives provenant d'un foyer dentaire.

Toutefois, la théorie de l'infection focale a été prouvée de façon plus exacte encore. D'abord, on a pu montrer histologiquement la possibilité d'une diffusion toxi-infectieuse par la présence de capillaires dans les parois des granulomes et des kystes.

Bactériologiquement on a réussi dans des cas isolés à trouver les germes du foyer dans le sang. Il est évident, que dans les cas d'infection focale odontogène où l'essaimage se fait par intervalles, il est difficile de retrouver les germes justement dans la goutte de sang que l'on examine. — Les cas de septicémie aiguë d'origine dentaire prouvent d'ailleurs qu'il est possible que les germes d'un foyer dentaire peuvent parvenir dans la circulation sanguine. La différence est que dans ce cas nous nous trouvons en présence d'un essaimage en masse tandis qu'il est caractéristique pour l'infection focale que les substances nocives sont déversées dans le sang en quantité minime mais de façon prolongée. Elles finissent par créer un état septicémique latent qui se trahit un jour par des manifestations infectieuses secondaires localisées à un organe distant du foyer primitif (rhumatismales, rénales, cardio-vasculaires, cutanées etc.).

Enfin, les expériences de ROSENOW qui a prouvé la transmutabilité du streptocoque, montrent l'affinité élective, c. à. d. le tropisme pour un tissu déterminé dans des conditions données. Les microorganismes d'un foyer primaire qui ont donné naissance à une lésion secondaire d'un organe ou d'un tissu chez l'homme se retrouvent chez les animaux auxquels ils ont été inoculés dans le même organe ou dans le même tissu.

Cependant, plusieurs auteurs ont montré que les granulomes ne sont pas régulièrement infectés. Et on a même noté des cas de guérison après l'ablation de granulomes stériles.

Ces différentes observations permettent trois possibilités pour expliquer la physio-pathologie de l'infection focale:

- 1) selon la théorie bactérienne il y aurait bactériémie et septicémie en miniature;
- 2) selon la théorie toxique, le rôle pathogène reviendrait aux exotoxines élaborées par les microbes vivants, aux endotoxines résultant de la lyse microbienne ainsi qu'aux substances autogènes provenant du déchet des cellules propres de l'organisme;
- 3) selon la théorie allergique, les substances du foyer joueraient le rôle d'allergènes.

Les différents foyers buccaux

Pour traiter une infection focale avec succès, il est indispensable d'éliminer tous les foyers. La persistance d'un seul suffit à entretenir l'affection secondaire.

On peut classer les foyers buccaux en intradentaires, périapicaux et marginaux.

Foyers intradentaires

a) **Pulpites.** La plupart des affections pulpaires sont la suite d'une invasion microbienne de la dent. Dès que les microbes ont envahi la pulpe, cet organe devient suspect. Cette infection peut se faire par la progression d'une carie dentaire; de même la pyorrhée se complique parfois d'une pulpite „a retro“: l'infection atteint la pulpe au niveau de l'apex ou des canaux secondaires à la faveur du décollement gingival. Plus rarement la pulpe peut aussi être infectée au cours de la mylolyse, de l'abrasion ou par des infections du voisinage (ostite et ostéomyélite). L'infection primitive de la pulpe par voie sanguine est exceptionnelle (grippe, typhoïde). Surtout les formes de pulpites fermées sont dangereuses, parce que les déchets de l'infection n'ont pas d'issue et passent par la voie sanguine ou lymphatique dans l'organisme.

b) **Gangrènes dentaires.** L'issue fatale d'une pulpite est presque toujours une mortification de l'organe. Mais elle peut également être déterminée par un traumatisme qui cause la rupture du pédicule vasculo-nerveux. Après la mortification l'infection est réalisée soit par propagation directe soit à travers la dentine cariée ou à la faveur des fissures de l'émail, soit mais rarement par voie sanguine. Certains auteurs ont montré la présence de streptocoques dans des pulpes vivantes, cliniquement saines. Ils peuvent peut-être devenir virulents après la mortification de la pulpe.

c) **Toute dent morte** obturée ou non, est suspecte. D'une part nous savons que la structure anatomique d'une pulpe dentaire est si compliquée que l'obturation complète du canal radiculaire et des canaux secondaires ne réussit presque jamais d'une façon satisfaisante. Nous avons pu attirer l'attention sur la présence de nombreux canaux aberrants et pulpo-périodontaux traversant les parois radiculaires, qui à cause de leur direction ne sont pas accessibles aux instruments les plus fins et qui représentent des espaces morts où l'infection primaire ou secondaire trouve un refuge à l'abri des moyens de défense de l'organisme. En outre, la meilleure obturation radiculaire perd sa valeur après un certain temps, le pouvoir désinfectant des médicaments se perd et d'autre part, les obturations radiculaires à base de pâtes et de ciments se contractent à la longue, des crevasses se forment entre la dentine et l'obturation où des microbes de la bouche ou ceux restés au sein de la dentine infectée peuvent pénétrer et réinfecter l'espace apical.

Foyers périapicaux

Les foyers périapicaux (espace périodontal élargi, granulome, kyste) sont en général les foyers les plus souvent suspectés d'être le point de départ d'une infection focale. Cette opinion est probablement basée sur le fait que ces foyers donnent à la radiographie une image imposante surtout si la destruction osseuse a été assez importante.

Le granulome périapical est le résultat d'une réaction de défense que l'organisme entreprend pour neutraliser les substances nocives provenant d'un apex infecté. Le tissu périapical s'oppose aux microbes et aux toxines qui traversent le foramen apical, s'hypertrophie et mobilise ses réactions de défense, attire des lymphocytes et des leucocytes et finalement constitue des granulations: le granulome. On a trouvé des granulomes stériles; cependant le granulome étant une réaction de l'organisme, il contient des produits de désintégration protéique liés à l'action microbienne, qui résorbés, sont susceptibles de déterminer une rupture de l'équilibre humoral, état anaphylactique, qui se révèle brusquement sous une forme quelconque. Des poussées aiguës peuvent se produire et donner lieu à des suppurations suivies de fistulisations, montrant nettement l'infection massive de ce granulome. Aussi doit-on considérer tous les granulomes comme des foyers d'essaimage microbien. Leur nocivité n'est pas proportionnelle à l'importance de l'image radiographique. Ce qui vient d'être dit au sujet des granulomes apicaux s'applique également aux granulomes latéro-radiculaires et interradiculaires, liés à la présence de canaux latéraux ou pulpopériodontaux, leur étiologie étant la même.

Dans le ligament alvéolo-dentaire se trouvent les débris épithéliaux de MALASSEZ, vestiges de la gaine de HERTWIG ayant contribué au développement de la racine. Ces débris peuvent être incorporés dans un granulome et prédisposent ce dernier à se transformer en kyste radulaire.

Les kystes radiculaires qui constituent 80% de tous les kystes maxillaires, doivent également être considérés comme foyers d'infection possible. Même si le liquide qu'ils contiennent s'est révélé dans la plupart des cas stérile, les parois par contre sont presque toujours infectées.

Les kystes coronaires qui se développent à la suite d'une infection du sac dentaire sont également à considérer comme une source d'essaimage.

Foyers marginaux

Parmi les foyers marginaux citons d'abord les kystes sur dents vivantes qui se rencontrent chez des patients présentant depuis un certain temps des poussées de péri coronarite subaiguë au niveau de dents semi-incluses. Ils se développent également aux dépens des débris du sac péri coronaire.

La pyorrhée alvéolo-dentaire. Même si dans la plupart des cas cette affection n'est pas à même de causer des accidents secondaires, parce que le pus s'écoule librement vers l'extérieur, certains cas peuvent se présenter quand-même où les poches atteignent une profondeur plus considérable et qui, en se fermant superficiellement, peuvent devenir le point de départ d'une infection focale.



Fig. 1) Coupe à la celloidine; hématox. - éosine; granulati-
 ons autour de l'apex d'une première prémolaire supé-
 rieure. Au milieu, on distingue un petit abcès.

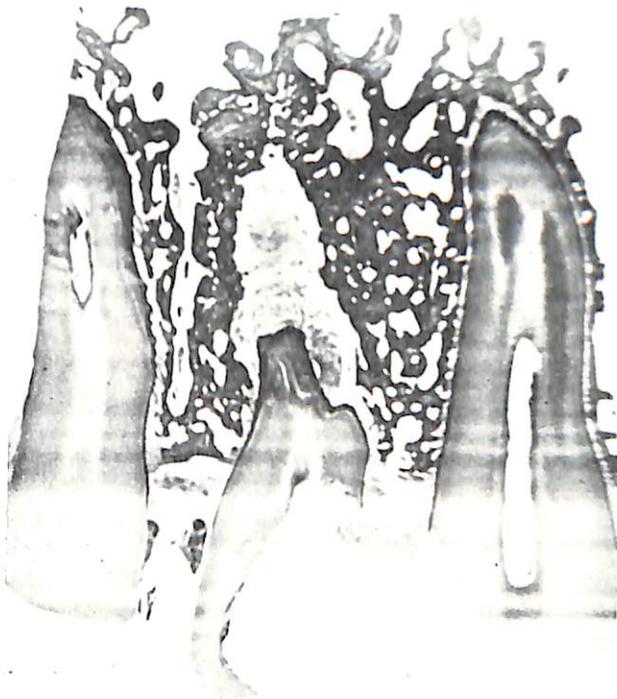


Fig. 2) Coupe voisine de la figure 1; les granulati-
 ons pénètrent ici bien plus profondément dans l'os.

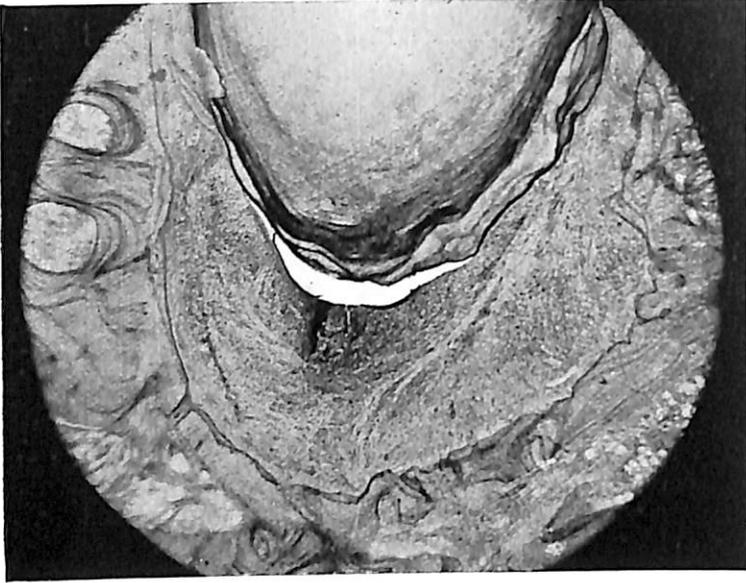


Fig. 3) Coupe par congélation hématox.-éosine; gros. 40 X; Apex de la racine mésiale d'une première molaire inférieure avec granulome. Petite abcès et infiltration.

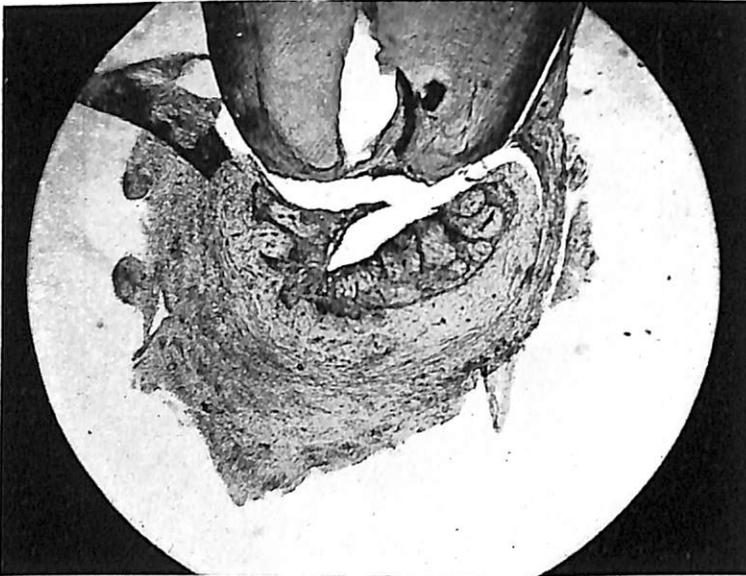


Fig. 4) Coupe par congélation; hématox.-éosine; gros. 40 X; épithélio - granulome.

Diagnostic de l'infection focale

Ici nous abordons le point faible du problème. Presque tout le monde est porteur d'un ou de plusieurs foyers dentaires. La plupart ne présente pas pour cela des symptômes d'une maladie secondaire. Mais forcément, de nombreux patients sont à la fois porteurs de foyers dentaires et atteints d'une maladie secondaire. Comment maintenant savoir dans chaque cas s'il y a un rapport entre les deux affections? Car, d'un côté, il est très important de découvrir les patients chez lesquels un assainissement plus rapide et plus rigoureux de la cavité buccale s'impose et d'un autre côté il ne faut pas exagérer. Chaque dent est un organe important aussi bien du point de vue fonctionnel que du point de vue esthétique. Et des extractions inutiles ne font que discréditer la théorie de l'infection focale.

Disons le tout de suite, jusqu'à ce jour aucune méthode ne permet encore de dire exactement s'il y a un rapport entre le foyer primaire et la maladie secondaire. Mais de nombreux procédés ont été décrits pour chercher à éclaircir la question.

Résumons d'abord quelques méthodes d'ordre général:

1) **la sédimentation accélérée des globules rouges.** Comme les infections focales sont des infections chroniques, les écarts sont la plupart du temps minimes. Il importe donc de noter et de comparer les résultats très soigneusement.

2) **le fibrillement musculaire** au niveau de la plante des pieds et du mollet serait d'après SLAUCK un signe sûr d'une infection focale.

3) l'observation que les malades atteints d'une infection focale ont presque toujours une mauvaise circulation périphérique amena un auteur à faire des **testes cutanés à l'histamine.**

Ces méthodes permettent uniquement de dire si le patient examiné est porteur d'un foyer d'infection actif sans donner la moindre précision sur la localisation de ce foyer.

Or, en ce qui concerne les foyers buccaux, il est nécessaire de connaître le ou les foyers qui sont directement responsables. A cet effet, différents procédés, dits de provocation ont été préconisés. Ces méthodes ont pour but de provoquer le foyer et de le déterminer le cas échéant d'essaimer momentanément une plus grande quantité de substances nocives.

Une première méthode consiste à faire mordre le patient fortement sur la dent suspecte et de voir s'il se produit des symptômes locaux ou généraux.

Mais bientôt on commençait à soumettre les dents suspectes à un traitement au courant à haute fréquence. Cependant, les désavantages de cette méthode ne tardèrent pas à se manifester et on se mit à traiter consécutivement chaque dent suspecte à la diathermie. Ce procédé avait l'avantage d'un test objectif. La comparaison des résultats de la sédimentation des globules rouges re-

levés avant et deux heures après la provocation devait permettre de pronostiquer au sujet de l'activité des divers foyers.

En outre, on élaborait des tests bactériologiques. Le Suisse PRADER commença à différencier les streptocoques qu'il avait obtenus dans un canal radiculaire infecté et il en prépara un vaccin qu'il employa pour en faire des tests cutanés. Son compatriote GRUMBACH procéda à une extraction dite d'essai d'une dent avec granulome et en différenciait tous les germes qu'il trouvait. Ensuite, il en prépara autant de vaccins qu'il employa lui-aussi à des tests cutanés.

En 1936, l'Américain HARROWER observa qu'en injectant le sérum Edwenil, il se produisait des réactions douloureuses dans les foyers actifs. Cet auteur considère cette réaction comme preuve que la guérison de la maladie secondaire est encore possible si on traite le foyer ayant réagi.

Enfin le Hongrois BOTTYAN était parti dans l'élaboration de son test du fait que rien, dans l'évolution d'une infection focale, ne contredisait la théorie allergique. Il extrait de granulomes enlevés avec de grandes précautions de stérilité la totalité des substances antigènes. En injectant un peu de cet extrait, rendu stérile, sous la peau d'une personne chez laquelle on soupçonne des dents infectées d'être la cause de la maladie secondaire, il espère obtenir — dans les cas où il s'agit réellement d'une infection focale d'origine dentaire — par cette incorporation artificielle et très faible d'antigènes spécifiques une très légère et passagère aggravation des symptômes secondaires.

Comme cependant cette méthode excellente en son principe (dont nous pouvions nous persuader personnellement) ne permet pas de se rendre compte du résultat d'une façon objective, le Yougoslave KALLAY JURAJ modifia ce procédé et utilisa l'extrait pour des tests cutanés.

Toutes ces méthodes sont pour le moment encore trop compliquées et trop peu exactes pour qu'elles aient une grande chance de se voir universellement employées. A cause de cela on trouve régulièrement dans la littérature des observations dont l'une ou l'autre permettra peut-être un jour un diagnostic plus précis.

Ainsi, il y a quelques années, croyait-on que les dents atteintes d'hypercémentoses constituaient souvent un foyer dentaire actif.

Aussi avait-on constaté fréquemment l'apparition de crampes particulièrement dans les jambes chez des personnes chez lesquelles la radiographie avait révélé la présence de granulomes ou autres altérations de l'os à l'exception des kystes.

Au Congrès Dentaire de Zurich en 1946 BATT avait encore communiqué l'observation suivante: le tremblement périodiquement perceptible d'une paupière inférieure lui semble être un symptôme spécifique pour nous indiquer la présence d'un foyer dentaire actif. Ce symptôme ne se produirait que sur le côté du

foyer en question et serait l'indice certain d'une diffusion toxi-infectieuse par continuité.

A notre avis, il importe uniquement de chercher à savoir s'il y a un rapport entre les foyers dentaires en général et la maladie secondaire. Pour le moment nous ne disposons à cet effet encore d'aucune méthode absolument sûre. Mais vu l'importance de l'affection, il est nécessaire de connaître chaque procédé de diagnostic qui, accompagné d'un sens clinique aiguisé par l'expérience donnera au moins quelques chances de réussite.

Thérapie de l'infection focale odontogène

Si les symptômes relevés rendent le diagnostic d'infection focale probable, l'assainissement doit se faire d'après un plan établi d'avance en accord avec le médecin traitant, qui lui déterminera également le moment d'intervenir.

On distingue généralement trois groupes de malades.

1) les cas bénins; températures subfébriles, légères douleurs rhumatismales;

2) les cas plus anciens; les maladies consécutives montrent des symptômes variant selon la diffusion toxi-infectieuse et le terrain du malade;

3) les cas graves; l'infection focale a déjà provoqué des lésions importantes d'organes et des interventions du médecin-dentiste peuvent provoquer une diffusion de toxines qui occasionnent parfois des troubles graves.

Pour éviter les complications fâcheuses d'une diffusion toxi-infectieuse on a recommandé l'administration préventive de sulfamides et de pyramidon pendant les quelques jours qui précèdent et qui suivent l'intervention. — Dernièrement on a préconisé à cet effet la pénicilline, surtout dans les cas l'endocardite.

Longtemps on croyait que seule l'extraction constituait le traitement de choix de l'infection focale. Cependant l'examen aux rayons X permet dans bien des cas de localiser exactement le foyer d'infection, qu'on peut aisément supprimer en gardant la dent. Cette méthode s'applique surtout aux dents antérieures dont la conservation est souvent exigée du malade; en outre elle préserve bien des patients de la perte inutile de dents.

Avant d'aborder le traitement des foyers buccaux, disons un mot de la **prophylaxie**. Presque tous les foyers d'infection sont consécutifs à une mortification pulpaire. L'examen systématique plusieurs fois par an révèle l'apparition des caries qu'il faut obturer aussitôt que possible. Si une cavité atteint déjà une certaine profondeur, tâchons cependant de respecter la pulpe même s'il faut laisser une mince couche de dentine ramollie, juste ce qu'il faut pour ne pas risquer une exposition de la pulpe. Mais dans ce cas les bords doivent être absolument nets de carie pour assurer une obturation hermétique de la cavité. Les microbes de la carie meurent

sous ces conditions, la mince couche de dentine ramollie permettra à la pulpe de reconstruire une couche de tissu cicatriciel.

Dans le cas d'une exposition accidentelle de la pulpe on peut toujours tenter un coiffage qui donne 70—85⁰/₀ de réussites.

Les malpositions dentaires prédisposent souvent aux caries et aux inflammations de la muqueuse buccale qui peuvent elles-aussi être le point de départ d'une infection focale. Un redressement des dents permet de combattre activement la carie et la paradentose et leurs suites fâcheuses pour tout l'organisme.

1) **L'extraction** constitue encore aujourd'hui le traitement de choix pour beaucoup de praticiens. Comme un grand nombre de foyers d'infection provient des dents, leur extraction suffit à faire disparaître la cause. Cependant des lésions périapicales (granulomes et kystes) peuvent parfois persister et entretenir la diffusion. Il est donc indiqué de procéder à un nettoyage à fond de l'alvéole en curetant tout le tissu malade.

2) **La résection apicale** se base sur le fait que la partie apicale des dents présente un grand nombre de canaux secondaires qui, à cause de leur étroitesse, ne peuvent pratiquement ni être nettoyés ni être obturés. En supprimant cette partie de la racine, la cause de l'infection disparaît et la dent réséquée s'entoure de tissu sain. Malheureusement cette méthode ne s'applique qu'aux incisives et canines et dans certains cas aux prémolaires.

3) **La réimplantation** se base sur la constatation clinique qu'une dent expulsée de son alvéole par un traumatisme peut de nouveau se fixer si elle est replacée correctement et gardée en place pendant 4 à 5 semaines par un appareil de contention. On peut se servir de cette méthode pour sauver une dent dont les canaux ne sont pas perméables dans toute leur étendue. Avant de réimplanter la dent extraite, on doit procéder à un nettoyage énergique de la chambre pulpaire et des canaux et à leur obturation, de préférence au ciment ou à l'amalgame. Le pronostic est impossible à fixer; il peut varier de quelques mois à 17 ans. Pendant ce temps la racine de la dent réimplantée est résorbée et remplacée par du tissu osseux. A la fin du processus la couronne tombe comme la couronne d'une dent de lait.

4) **La transplantation** a pour but de replacer dans une alvéole non la dent qui vient d'être extraite mais une dent provenant soit d'un autre sujet soit d'une autre région des arcades dentaires du sujet opéré lui-même. Cette méthode est indiquée si l'on veut, pour des raisons techniques, garder à un endroit précis de la bouche une dent pouvant servir de pilier à une prothèse fixe.

5) **Le traitement radiculaire** conservateur est souvent rendu impossible à cause de l'anatomie des canaux. D'une part bien des canaux ne sont pas perméables jusqu'à l'apex. Leur lumière peut être obstruée soit par des couches de dentine secondaire soit par des pulpolythes soit par des dépôts calcaires amorphes. D'autres

fois c'est une coudure anormale de la racine qui ne peut pas être dépassée. En dehors de la question de perméabilité des canaux existent les canaux secondaires et les canaux pulpopériodontaux, canaux atypiques reliant soit le canal radiculaire soit la chambre pulpaire au ligament alvéolo-dentaire. Ces canaux se soustraient à tout nettoyage et à toute obturation médicamenteuse. La méthode de la ionophorèse permet bien de les mettre sous l'influence des médicaments pendant un certain temps cependant leur obturation définitive reste problématique.

En tous cas, le traitement radiculaire conservateur n'est indiqué que pour les petits foyers péri-apicaux et des dents aux canaux perméables jusqu'à l'apex. Après ce traitement une surveillance du malade et des dents (contrôle aux rayons X) est à conseiller. Si la lésion ne guérit pas il faudra procéder à une autre méthode d'assainissement indiquée plus haut.

6) **L'autovaccino-thérapie** a été recommandée dans les cas dans lesquels l'assainissement de la cavité buccale a ou bien seulement amélioré ou bien aggravé les symptômes secondaires. Ces réactions montrent qu'il y a un rapport entre les foyers et l'affection secondaire sans toutefois qu'il soit possible de guérir cette affection par l'assainissement seul. Il est indispensable que tous les foyers soient éliminés avant d'appliquer l'autovaccino-thérapie. Contre-indications: les cas qui ne réagissent pas à un assainissement des foyers dentaires.

7) **La séro-thérapie.** Le sérum Antisepton N^o 600 et 800 est un sérum à la fois antistrepto- et antistaphylococcique dont les indications sont les mêmes que pour l'autovaccino-thérapie. L'antisepton est contre-indiqué dans les cas de rhumatisme articulaire, d'affections de l'endocarde et du myocarde et des vaisseaux coronaires. Rappelons enfin que les sulfamides ne donnent pas de résultats durables dans les cas d'infection focale.

Dans le présent exposé nous nous sommes efforcés de résumer tout ce qui nous semblait important au sujet du problème de l'infection focale odontogène. Malheureusement le diagnostic reste le point faible de cette importante théorie. Dans tous les cas ou un rapport entre les foyers buccaux et la maladie secondaire devient apparent il est indispensable de procéder à un assainissement total qui néanmoins peut être le plus possible conservateur.

Note: Les quatre microphotos font partie du livre (en préparation): „Histopathologie de l'organe dentaire" par les Drs. BRABANT, KLEES et PHILIPPART.

IBSA

Les Laboratoires **IBSA S.A.** LUGANO (Suisse)

vous présentent :

BENZO-INVERTINE

Natr. benzoicum 0,50
Sol. hyperton. de sucre inverti

Thérapie spécifique des ulcères gastriques et duodénaux.
Par séries de 20/30 injections intraveineuses.

CURRHEUMA

Acidum Salicylicum 0,02
Sulfur. praecipitat. 0,02
Camphora raffin. 0,20
Ol. Olivarum q. s.

Rhumatisme aigu et chronique - Sciatique - Lumbago - Arthrites - Coxites.
Une injection profonde dans le muscle fessier tous les deux jours par
séries de 20 injections.

CHOLEUBIL

Déhydrocholate de Sodium

Cholagogue puissant dans les cas d'insuffisance hépatique d'origine
fonctionnelle.

Ampoules 5, 10 et 20^o/_o, 10 cc, comprimés à 25 ctgr.

EXTRAIT HEPATIQUE IBSA

Contient à l'état pur et concentré, la substance anti-aném-
mique du foie.

Ampoules à 2 cc contenant 2 U. anti-aném.

Ampoules à 5 cc contenant 5 U. anti-aném.

Anémie pernicieuse - Anémie hypo et hyperchrome. Comme tonique
général dans les cas d'affaiblissement. Insuffisance hépatique. Con-
valescence.

Echantillons médicaux et

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg :

INVERSULINE I. V. et I. M.

Solution stérile à 50% de sucre inverti avec 5 unités d'insuline par ampoule de 10 cc.

Épuisement général - Reconstituant post - opératoire - Amaigrissement - Nutrition insuffisante.

Cure complète: 10 inject. I. V. une inject. tous les 2 jours, ou 30 inject. I. M. une injection tous les jours.

SALVACORINE IBSA

Solution à 25% de l'acide pyridine-3-carbonique

Puissant stimulant du cœur et des voies respiratoires. à action directe et sans effets toxiques.

Ampoules à 1,7 cc et 5,3 cc par voie I. V. ou I. M., - gouttes, flacon à 15 cc

SULFONOVINE

Phényldiméthyl-pyrazolon - méthylaminométhane - sulfonate de sodium

Antipyrétique et analgésique de synthèse sans action toxique sur le cœur, les reins ou l'appareil digestif.

Ampoules à 2 et 5 cc. Comprimés.

Nouveau: **SULFONOVINE-suppositoires** à 500 mg.

VIOMETIL

Aether salicylaceticum 0,125

Pyocyaninum coeruleum 0,002

Aromatica et eccipientia q. s.

Maux de gorge - Angine - Phlogose des Muqueuses - Après les tonsillectomies.

littérature sur demande.

PROPHAC · 25, Rue Baudouin · Luxembourg · Téléphone 30-73



Le cycle mensuel

LE DISMÉNOL

(Acide Parasulfamidobenzoïque · Diméthylamido-
dopyrazolone) fait disparaître sûrement et ra-
pidement les douleurs des menstrues. Par les
résultats obtenus dans la pratique, on a la
confirmation des recherches pharmacologiques.

CE SERAIT DONC AUSSI DANS VOTRE
INTÉRÊT D'ESSAYER LE DISMÉNOL



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG:
PROPHAC · rue Baudouin 25, LUXEMBOURG · Tél. 30 73

Congrès international de la Santé mentale, août 1948, Londres

par Ernest Stumper

Il pourrait sembler déplacé de rendre compte, dans un périodique consacré à la pratique médicale, de manifestations qui se sont déroulées, pour ainsi dire, à la lisière de la médecine. Mais la médecine, en plus de sa qualité d'art individuel et de science biologique, tend à englober de plus en plus de vastes secteurs sociaux. Ce congrès fut d'ailleurs organisé surtout par des médecins; et enfin il revêt une signification mondiale bien soulignée par des Anglo-saxons tels Lawrence K. Frank, de New York, et le professeur J. C. Flugel, de Londres:

„Nous tentons de bâtir quelque chose qui puisse devenir la citoyenneté mondiale. Dans cette entreprise nous méditons sur le sort de l'individu et la condition sociale; nous étudions la famille et les troubles psychologiques; nous scrutons le rôle de l'industrie dans le développement de la personnalité humaine. Partout l'homme a besoin d'aide et de guide. Aujourd'hui nous n'avons pas seulement la science et la technique. Nous ne disposons pas seulement de nouvelles connaissances. Nous voyons aussi devant nous des valeurs et des aspirations, mais surtout, nous commençons à les comprendre plus clairement.“ (L. K. FRANK.)

„Dans les conditions présentes, la santé mentale complète est possible seulement s'il existe un monde uni. D'où l'accent que nous mettons sur la citoyenneté universelle laquelle présuppose une „société bonne à l'échelle mondiale“. Il nous faut de nouvelles conceptions et de nouveaux symboles autour desquels pourront se cristalliser les loyautés mondiales.“ (FLUGEL.)

Tout cela ressemble à des chimères. Mais n'oublions pas que selon Toynbee dix-neuf sur vingt civilisations ont sombré par la guerre ou par des dissensions internes. Alors, est-il permis de répéter le passé? Il est bien entendu toutefois que la citoyenneté mondiale (ou le civisme universel, selon les Français) ne saurait avoir un caractère politique; bien au contraire elle devra constituer une communauté spirituelle de l'humanité destinée à la coopération pacifique des nations.

Pendant ce congrès, présidé par le Dr. J. R. Rees, de nombreux problèmes particuliers ont été soulevés. Et malgré le large souffle humanitaire qui dominait les débats, on avait le droit de se demander quelle panacée universelle pouvait en résulter. Cela d'autant plus que la présence de délégués de quarante-deux nations ne semblait pas faite pour faciliter la compréhension mutuelle et la solution des questions spéciales à chaque peuple, à chaque race.

Il faut dire que malgré les deux cataclysmes successifs que l'humanité a endurés, et en dépit de l'opposition actuelle de plusieurs conceptions de la société humaine, certaines bases sont établies sur lesquelles il n'est pas téméraire de prendre pied afin d'envisager l'avenir. Personne n'ignore l'organisation appelée WHO (World Health Organisation), héritière des devoirs et des buts de l'association mondiale analogue qui existait du sein de la défunte Société des Nations. C'est dans le cadre de la WHO que l'on espère créer une ligne d'Hygiène mentale internationale, qui s'appuierait sur l'UNESCO (United Nations Educational Social and Cultural Organisation), sur la FAO (Food and Agricultural Organisation) et sur l'ILO (International Labour Office). Collaboration qui, sans doute, constitue surtout un programme de l'avenir. Et au lieu d'envisager les chances de cette collaboration future, il est peut-être plus utile de nous borner à ce qui nous concerne plus spécialement, nous autres médecins. Avons-nous, de ce point de vue particulier, des raisons d'espérer? N'oublions pas, d'abord, que les buts de l'hygiène mentale, n'ont rien de très circonscrit. On pourrait voir, dans les tendances très générales de l'hygiène mentale, un obstacle sérieux à toute réalisation concrète. Il est évident, en effet, que les grands problèmes se décomposent en des questions spéciales, et que chaque question spéciale réclame l'élucidation d'une foule de détails. Toujours est-il qu'il se dégage de tous les discours, de toutes les discussions qui ont animé ce congrès, une impression d'optimisme, tempéré il est vrai et quelque peu assombri par les soucis de politique internationale. Examinons un peu si cette vue confiante de l'avenir est justifiée.

Faut-il quand même et malgré tout et en dépit de tous les désespoirs, garder intacte une foi, celle de la plasticité de la nature humaine, celle de la malléabilité de l'enfant, de la perfectibilité de l'adolescent et de l'adulte? Est-il permis d'espérer, en tenant compte des possibilités pédagogiques, d'améliorer l'intellect, la morale et l'affectivité tant de l'individu que des peuples? Serait-il antibiologique, ou antihistorique de supposer que la ruine n'est pas le corollaire nécessaire de la civilisation? Notre époque étant celle des destins en apparence inéluctables, peut-on contester le droit de la dictature laquelle prétend créer l'humanité future en anéantissant le débile, en éliminant la race inférieure et en extirpant le „sous-homme?“ C'est ici qu'il faut se demander ce qu'est, en réalité, le „sous-homme“. Est-ce le bourgeois, chargé des malédictions du peuple depuis des siècles? Est-ce le déshérité social? Ou l'ouvrier

manuel, le simple d'esprit ou le „mangeur-de-choses-immondes?“ Il semble que jusqu'à nos jours le sous-homme fût toujours celui qui gênait les autres par sa seule présence. Les „autres“, c'est-à-dire ceux qui, classe sociale dominante, castes privilégiées, usurpateurs du pouvoir, peuples conquérants, avaient acquis une suprématie temporaire ou de longue durée. Peu importe d'ailleurs que le pouvoir appartint à des chefs militaires, à des hommes politiques ou à des dictatures prétendues populaires. Une idée fondamentale exprimée à ce congrès de Londres est celle d'aider; réaction utile et généreuse contre une barbarie récente aussi atroce que naïve. Même les invalides (disabled persons) peuvent être réintégrés de façon utile dans l'organisme social; selon T. Ferguson Rodger, de Glasgow, „ils peuvent fournir un appoint de main d'oeuvre non négligeable.“

Rarement sans doute, dans le vénérable ilot d'histoire britannique que constitue l'ensemble patiné de Westminster, ont été exprimées tant d'idées neuves et peu traditionnelles. Mais pour faire aboutir les suggestions qui ont été émises sur la citoyenneté mondiale et sur les bonnes relations entre les groupes humains, sur l'individu et la société, sur les problèmes de la famille et le trouble psychologique, sur l'hygiène mentale dans l'industrie, enfin, il faudra d'abord entreprendre de longs travaux préparatoires. Une organisation très vaste et un plan (planning) extrêmement élaboré devront permettre de pénétrer jusqu'aux causes du désordre actuel. Or ces causes semblent être plus souvent d'ordre psychologique que de nature économique. A la place d'une coopération, certainement possible, règne une compétition irréfrénée qui conduit à l'agression et à la violence. Aux tentatives de mettre de l'harmonie dans la société et d'unifier le monde se superposent, en les étouffant, les dictatures des idées absolues et la prédominance de la force brutale. Et, ce que nous voyons comme „germe morbide“ dans la vie des groupes sociaux, c'est-à-dire l'agressivité, se retrouve dans le cercle restreint de la famille qu'elle désagrège de même qu'elle fait dévier de nombreuses vies individuelles.

Le but de la Fédération mondiale de la santé psychique sera donc de grouper les bonnes volontés, de travailler avec patience, avec habileté et en s'aidant des ressources scientifiques, afin de propager la conception de la citoyenneté mondiale, tout en s'occupant des problèmes que soulèvent la vie sociale, l'industrie, la famille et le sort de l'individu.

Sommes nous suffisamment armés devant cette foule énorme de problèmes? C'est le **deuxième point** qu'il s'agit d'examiner. On prétend que l'évolution des sciences morales, c'est-à-dire tout ce qui ne rentre pas dans le cadre des sciences naturelles, n'a pas suivi assez rapidement l'évolution de celles-ci pour pouvoir soutenir, de façon efficace, la lutte contre les facteurs agressifs qui tendent à dissocier notre civilisation. Quoiqu'il en soit, nous constatons — et ce congrès en est une preuve vivante — que la psy-

chirurgie et la psychologie (sciences qu'on ne peut guère séparer) subissent actuellement une extension considérable et simultanée vers deux pôles en apparence opposés. D'une part nous voyons que sur le versant physique, les sciences psychologiques font un usage croissant des méthodes physiques et chimiques: expérimentation psychophysiologique, médecine psychosomatique, recherches biochimiques et biophysiques, électroencéphalographie, électrochoc, insulinothérapie, électroanesthésie etc. Et d'autre part, notre science s'achemine de plus en plus vers les sphères de la vie sociale, autrefois si éloignée d'elle, en utilisant l'analyse psychologique, la psychanalyse, les tests d'intelligence et de performance, le test de Rorschach et d'autres ingénieuses méthodes qui visent le sondage de l'affectivité et du caractère, de la vie instinctive et des facteurs constitutionnels; tout cela afin de mieux comprendre l'éducation, l'orientation professionnelle, la vie des groupes, l'industrie, l'enfance délinquante et sous-normale, le criminel.

A ce point de vue, les pays anglosaxons ont fait, depuis plusieurs décades, des efforts que l'on ne saurait passer sous silence. Certains objecteront que la méthode des tests par exemple constitue une mécanisation de l'examen psychologique et qu'elle ne pourra supplanter ni le flair ni l'étude globale, ni l'introspection, ni l'observation patiente du milieu, ni la notation scrupuleuse des détails et des moindres péripéties du développement, qu'il s'agisse de l'individu normal, du malade, du débile, du psychopathe ou du délinquant. Mais loin de contrarier ces principes, la méthode des tests en facilite l'application. Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder ce que la Grande-Bretagne a réalisé dans ces domaines. Et c'est là le troisième fait sur lequel je voudrais insister avant de conclure. Une multitude d'instituts servent, en Angleterre, à l'application des méthodes psychologiques: Centres pour l'étude des névroses, Industrial Units, Tavistock Clinic (institut des relations humaines), Instituts pour le traitement scientifique de la délinquance, Clubs pour la thérapie sociale, Offices destinés à chercher du travail aux personnes invalides, Child guidance clinics, Centres d'éducation pour enfants anormaux, Instituts de psychologie infantile, Instituts pour anormaux dangereux et violents, Instituts de psychologie industrielle, Écoles pour enfants très intelligents, mais délinquants, Farm schools etc. etc. Nous avons visité un hôpital psychiatrique (Netherne Hospital, à Coulsdon, Surrey), étatisé comme tous les autres, pratiquant toutes les méthodes modernes de traitement, mais qui est aménagé comme un lieu de villégiature: Pavillons simples, en briques, et cependant pourvus de tout confort; grande salle de fête servant aussi de restaurant aux malades; terrains de sport, bibliothèque, salon de coiffure; terrasses où séjournent les malades non occupés, situées du côté de la campagne dont elles ne sont séparées par aucun mur. On applique, dans cet institut, une méthode de traitement très originale. Un professeur de peinture donne des leçons aux malades parvenus à

une phase plus tranquille. Lorsque ceux-ci disposent d'une certaine technique, ou les invite à exprimer leurs idées et leurs fantaisies au moyen de peintures. En étudiant une série des productions d'un malade, on peut suivre pas à pas l'histoire de sa maladie. Les produits artistiques ainsi obtenus rappellent souvent des paysages et des scènes tels qu'on les voit en rêve. A l'effet éducatif du travail artistique qui passionne les malades et leur impose une discipline précieuse, s'ajoute, d'après le Dr. Cunningham Dax, promoteur de cette méthode, une action comparable à celle de la psychanalyse qui consiste à délivrer les malades de leurs préoccupations morbides, de leurs complexes et de leurs angoisses.

Cet exemple concret d'un idéalisme humanitaire que les visiteurs étrangers ont admiré sans réserve, est bien apte à nous inspirer de salutaires méditations. C'est d'ailleurs ce prolongement fécond de souvenirs multiples qui rend si utile la participation à un grand congrès comme celui auquel j'ai pu assister grâce à la bienveillance de Monsieur le Ministre de la Santé publique. Sans doute la brève visite d'un pays ne permet pas de formuler des jugements définitifs. Mais comment cacher son admiration pour ce peuple britannique lequel, tout en se rajeunissant, conserve sa discipline antique et la fierté de sa mission? Il semble bien que les Anglais soient ainsi: ils s'imposent un sévère rationnement et se privent de beaucoup de choses agréables de la vie courante. Mais lorsqu'il s'agit du bien public et en particulier de mesures intéressant la santé générale, ils ne lésinent ni sur les installations ni sur le nombre des personnes employées à faire fructifier le capital engagé.

Une dernière remarque a trait à la tiédeur du corps médical devant les efforts de la médecine préventive. Certes pour qui est médecin, certains aspects de la médecine sociale semblent empreints d'un idéalisme nuageux, ou même parfois refléter des ambitions nullement humanitaires. Il faudra pourtant qu'un jour la médecine pratique et la médecine préventive se rejoignent afin de se concerter sincèrement sur la route commune à suivre.

Pour caractériser la situation actuelle, je ne saurais mieux faire que de citer le Professeur René Sand, de Bruxelles, qui a fait à Londres un discours très fin et qui dans un numéro récent de „Bruxelles-Médical“ termine un article sur ce congrès par les phrases suivantes:

„La médecine curative fait chaque jour d'immenses progrès. Elle reste toutefois moins importante pour le bien-être humain que la médecine constructive, la médecine préventive, la médecine ré-éducative.“

4,6-Sulfadimethylpyrimidin
das Sulfonamid der Wahl
bei bakteriellen Infektionen

DIAZIL

bietet 4 grundlegende Vorteile

- Rasche Resorption und maximale Verweilzeit im Blut
- Ausserordentlich gute Verträglichkeit bei Erwachsenen wie bei Kindern
- Hervorragende Löslichkeit sowohl der freien wie der acetylierten Form
- Praktisch keine Nebenerscheinungen

Tabletten
Ampullen
Augensalbe
Pulvis pro receptura



Cilag Aktiengesellschaft Schaffhausen

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

Neuere Arbeitsmethoden im klinischen Laboratorium

von J.-P. Weis

Seit einigen Jahren verfügt das klinische Laboratorium über eine Reihe neuer Arbeitsmethoden, die sich zum Teil als sehr wertvoll für die tägliche Praxis gezeigt haben.

Da einige dieser Methoden noch verhältnismässig wenig bekannt sind, möchte ich sehr kurz auf die wichtigsten davon hinweisen. Dabei habe ich nur solche berücksichtigt, die sich ohne zu grosse Schwierigkeiten ausführen lassen, sodass Wiederholungen und Kontrollen, da wo es nötig erscheint, angestellt werden können.

Die Bestimmung der Keimdrüsenhormone

Diese Bestimmung kann sowohl chemisch wie biologisch ausgeführt werden.

Die biologischen Methoden sind aber umständlich, kostspielig und zeitraubend.

Von den chemischen Methoden eignet sich vorläufig wohl am besten die Methode von Zimmermann mittels *m*-Dinitrobenzol.

Polynitroverbindungen geben mit Methylenketogruppen in alkalischer Lösung Farbreaktionen.

Von den Steroiden reagieren positiv diejenigen mit einer Ketogruppe in 17- bzw. 13-Stellung.

Der Verlauf der Reaktion kann aber so geführt werden, dass die 13-Ketosteroide (Testosteron, Progesteron und Corticosteron), die eine sehr labile Farbreaktion geben, nicht miterfasst werden.

Technik der Hormonbestimmung

Vom 24-Stundenharn wird eine Durchschnittsprobe mit Salzsäure am Rückfluss hydrolysiert und mit Benzol oder Chloroform im Extraktionsapparat extrahiert. Das Extraktionsmittel wird im Vakuum verdampft, der Extrakt mit Aether aufgenommen und wiederholt mit Sodalösung, Natronlauge und Wasser gewaschen. Der Aetherextrakt wird dann eingedampft, der Rückstand in Alkohol gelöst. Diese alkoholische Hormonlösung gibt mit *m*-Dini-

trobrenzol und Kalilauge, nach genügend langem Ausreifen, eine Farbreaktion, die im Stufenphotometer bestimmt wird.

Die erhaltenen Werte werden als Androsteron berechnet.

Tierversuch und Farbreaktion

Die im Harn vorkommenden Steroide sind Abbauprodukte, die mit dem Testosteron keineswegs identisch sind. Im Tierversuch werden sie nur teilweise erfasst und ausserdem mit unterschiedlicher Wirksamkeit.

Das m-Dinitrobenzol gibt aber mit den 3 Stoffen dieselbe Farbintensität. Die gewonnenen Resultate können deshalb nicht identisch sein.

Normalwerte. Diese schwanken beim Manne zwischen 1+30 mgr./l. (Im Mittel etwa 11 mgr.) Auch der Harn gesunder Frauen enthält die sogenannten männlichen Hormone. Der Mittelwert liegt um 7 mgr./l. Die Ausscheidung ist unabhängig vom jeweiligen Funktionszustand der Eierstöcke.

Interessant ist, dass der wachsende männliche Foet die Hormonausscheidung der Mutter stark beeinflussen kann.

Die obere normale Grenze wird dann manchmal stark überschritten.

Verminderte Werte beobachtet man vor allem bei der Addisonschen Krankheit.

Erhöhte Werte zeigen Krankheitsbilder, die mit einer Vermännlichung der Frau einhergehen, wie Hirsutismus, Virilismus etc. Der Harn enthält bis 60 mgr. pro Liter.

Die höchsten Werte beobachtet man jedoch bei Tumoren der Nebennierenrinden. Es können Ausscheidungen bis zu 400 mgr. pro Tag festgestellt werden.

Hier leistet dann die Harnuntersuchung wertvolle Dienste, indem sie hilft, die oft schwierige Diagnose klären.

Werte über 100 mgr. pro Tag lassen sicher auf das Vorhandensein eines Nebennierentumors schliessen, während solche von 50—100 mgr. zwar den Verdacht auf eine Hyperfunktion der Nebenniere aufkommen lassen, aber nicht unbedingt beweisend sind.

Nicht zu vergessen ist allerdings, dass auch bei niedrigen und normalen Werten ein Tumor vorhanden sein kann.

Für den pharmazeutischen Chemiker ist die m-Dinitrobenzolreaktion ferner sehr wichtig, indem sie eine Kontrolle der so zahlreichen, im Handel befindlichen Hormonpräparate ermöglicht.

Der Xenopus-Test

Injiziert man dem geschlechtsreifen Xenopusweibchen gonadotrope Hormone in den dorsalen Lymphsack, so ovuliert das Tier innerhalb weniger Stunden. Als Injektionsmaterial benutzt man Harn oder Blutserum.

Blutserum wird von den Tieren sehr gut vertragen.

Spritzt man ihnen aber Harn ein, so hat man mit grossen Tierverlusten zu rechnen.

Der Xenopustest ist wesentlich weniger empfindlich als die Aschheim-Zondeksche Reaktion.

Frühschwangerschaften können deshalb gelegentlich negativ ausfallen, ebenso pathologische Schwangerschaften, die mit einem erniedrigten Hormongehalt einhergehen.

Es ist deshalb empfehlenswert, den Harn anzureichern.

Die gonadotropen Hormone lassen sich mit Azeton oder Alkohol ausfällen. Injiziert man 2 ccm eines Harnkonzentrates 20:1, so erreicht der Xenopustest die Empfindlichkeit der Aschheim-Zondekschen Reaktion.

Man muss aber auch hier mit grösseren Tierverlusten rechnen, da die Giftstoffe durch Azeton oder Alkohol ebenfalls gefällt und somit angereichert werden.

Eine Entgiftung kann durch Dialyse der Harnkonzentrate durch Kolloidiumfilter erreicht werden. Dieses Verfahren ist aber umständlich und zeitraubend.

Einfacher ist es, die Hormone an Permutit oder Kaolin zu adsorbieren und die konzentrierten Eluate einzuspritzen.

Frühzeitiger Schwangerschaftsnachweis am *Bufo arenarum*

Diese Reaktion wurde erst kürzlich bekannt gegeben. Es ist deshalb schwer, sich ein Urteil über ihre Brauchbarkeit zu machen.

Man spritzt dem männlichen Tiere 10cm³ Harn subkutan ein. Die Reaktion ist positiv, wenn nach 3—4 Stunden nach der Einspritzung des Urins im Harn des Frosches Spermatozyten mikroskopisch nachgewiesen werden können.

Diese Reaktion soll der Friedmannschen an Empfindlichkeit gleichkommen.

Schwangerschaftsnachweis am *Rana esculenta*

Wenig bekannt ist es, dass unser gewöhnlicher Frosch sich ebenfalls zum Nachweis von gonadotropen Hormonen eignet. Hier verwendet man ebenfalls Harn und erhält eine positive Reaktion, wenn nach 2—4 Stunden im Harne des Frosches Spermatozyten nachweisbar sind.

Cadmiumreaktion

Thymoltrübungstest und Cephalin-Cholesterintest

Da die Unterfraktionen des Eiweisskörpers nur sehr schwer quantitativ zu erfassen, für die Klinik aber von grösstem Interesse sind, hat man zu allerlei empirischen, qualitativen Reaktionen Zuflucht genommen.

Zu den bekanntesten gehört die Blutkörperchensenkungs-geschwindigkeitsreaktion, das Koagulationsband nach Weltmann,

die Takata-Ara Reaktion und neuerdings drei weitere Reaktionen, die sich zwar eng an die Takata-Reaktion anlehnen, jedoch grössere Empfindlichkeit besitzen und zugleich verschieden auf die einzelnen Unterfraktionen der Eiweisskörper ansprechen, und somit ein etwas verschiedenes Anwendungsgebiet bekommen.

1. Cadmiumreaktion

Diese Reaktion wurde von Wurrmann und Wunderly systematisch ausgearbeitet.

Als Reagens dient eine Lösung von Cadmiumsulfat, die so gewählt ist, dass pathologische Seren sich trüben, nichtpathologische jedoch klar bleiben.

Die Reaktion ist einfach und wenig kostspielig, sodass bei ein und demselben Kranken leicht Wiederholungen und Kontrollen ausgeführt werden können.

Reaktionsmechanismus. Es ist eine bekannte Tatsache, dass ein vermehrtes Vorhandensein grobdispenser Serumproteine die Kolloidstabilität des Serums herabsetzt.

Von den beiden Unterfraktionen der Globuline ist der isoelektrische Punkt für das Gamma-Globulin 6.4, für das Beta-Globulin jedoch 5.20. Somit ist die Dissoziation des Gamma-Globulins kleiner, seine Empfindlichkeit gegen Salzlösungen also grösser als diejenige des Beta-Globulins.

Das Gamma-Globulin besitzt ferner eine grössere Quellungsempfindlichkeit, sodass eine Absättigung seiner negativ geladenen Gruppen leichter durch das positiv geladene Cadmium erfolgt, als dies für das Beta-Globulin der Fall ist.

Dasselbe lässt sich für die positiv geladenen NH_3 -Gruppen wiederholen.

Blutentnahme. Diese hat beim nüchternen Patienten zu erfolgen, und zwar genügen 1-2 ccm Blut.

Anwendung. Negative Reaktion. Das Serum des klinisch Gesunden bleibt mit dem Cadmiumreagens klar; eine negative Reaktion schliesst aber das Vorhandensein einer Erkrankung nicht aus.

Positive Reaktion. Eine positive Reaktion ist immer als pathologisch zu betrachten.

Eine deutlich positive Reaktion beobachtet man vor allem bei diffusen Leberparenchymschädigungen, besonders bei Hepatitiden und Leberzirrhosen.

Positive Reaktion zeigt sich auch bei Metastasen maligner Tumoren der Leber. Vor allem ist der Test wichtig bei chronischen Störungen der Leber, die ohne Ikterus oder Cholämie verlaufen. Wie die Takata-Ara-Reaktion, so fällt auch die Cadmiumreaktion bei chronischen Nierenleiden. Nephritiden und Nephrosklerosen sehr häufig positiv aus.

Die Cadmiumreaktion besitzt aber viel grössere Empfindlichkeit als die Takata-Ara-Reaktion.

Lungentuberkulose. Die Cadmiumreaktion fällt bei der Lungentuberkulose positiv aus. Interessant ist, dass die Intensität der Trübung dem Zustand des Kranken in einem gewissen Grade parallel läuft.

Besserungen lassen die vorher starke Trübung schwächer werden. Der Test kann bei gutem Zustand des Kranken negativ werden. Verschlechterung des Lungenprozesses führt hingegen wieder zu einer verstärkten Trübung.

2. Thymoltrübungstest

Dieser Test fällt vor allem bei diffusen Leberparenchymschädigungen positiv aus.

Da der Test aber hauptsächlich abhängig ist von Verschiebungen der Unterfraktionen der Globuline, sowie von Veränderungen der Phospholipide, so kann es sich auch hier nicht um eine spezifische Leberreaktion handeln.

Der Test fällt dann auch bei einer ganzen Reihe anderer Erkrankungen positiv aus.

Erkrankungen der Leber. Anwendungsgebiet. Hauptanwendungsgebiet sind Leberzirrhosen und Hepatitiden. Im Anfangsstadium der Erkrankung gelingt es auch, einen Parenchym- von einem Verschlussikterus zu unterscheiden, da im ersten Stadium der letzteren Erkrankung die Reaktion noch negativ ausfällt.

Positiver Ausfall der Reaktion beobachtet man ferner bei verschiedenen akuten und chronischen entzündlichen Krankheitsbildern, vor allem bei rheumatischen Polyarthritiden, Lungentuberkulose, Malaria, perniziöser Anämie, chronischer Osteomyelitis usw. Um einen Überblick über die Intensität der Reaktion zu bekommen, seien nachfolgend einige der Literatur entnommene Zahlen angeführt.

Hepatitiden	40-100 Einheiten
Hepatitiden bei klinischer Besserung oder scheinbarer Heilung	10-40 Einheiten
Leberzirrhosen	5-10 Einheiten
Cholecystitis	
Cholangitis	
Mechanischer Ikterus	
Leberkolik	meist zwischen 0 und 4 Einheiten seltener zwischen 5-6 manchmal bis zu 10 Einheiten
Vegetative Dystonien	0-4 Einheiten

(Fortsetzung folgt.)

Das nach den neuesten wissenschaftlichen Fortschritten und Fabrikationsmethoden hergestellte Präparat zur parenteralen Calciumtherapie :

CALCIUM «GEWO»

CALCIUMKOMPLEXSALZ DER GLUCON-,
OXYPROPION- UND LÄVULINSÄURE

erfreut sich immer grösserer Beliebtheit, denn es ist ohne Nebenerscheinungen intravenös und praktisch schmerzlos intramuskular injizierbar. Enthält ca. 40 000 mehr Calcium als eine gleichkonzentrierte Gluconatlösung. Ist unbeschränkt haltbar.

10 0/0ige und 20 0/0ige Lösung

Muster und Literatur durch :

Ed. Geistlich Söhne AG. für chemische Industrie
Pharma-Abteilung Wolhusen (LUZ.)

GENERAL-VERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC · Baudouinstrasse 25, LUXEMBURG · Tel. 30-73

Bewährte „GEWO“- Präparate
für eine rationelle Calcium-Phosphor-Vitamin-D Therapie:

DECALCIT „GEWO“ Calcium-Phosphor-Vitamin-D-Präparat
Tabletten : mit 500 I. E. Vitamin D
Dragées : mit 750 I. E. Vitamin D

OLDEVIT „GEWO“ Vitamin-D-Präparat
Ölige Lösung : 20000 I. E. Vitamin D / 1 cm³
Hochkonzentrat : 750 000 I. E. Vitamin D / 1 cm³
Tropfen und Ampullen
Alkoholische Lösung : 750 000 I. E. pro Flacon

Ed. Geistlich Söhne AG. für chemische Industrie
Pharma-Abteilung Wolhusen/Luzern

GENERAL-VERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC · Baudouinstrasse 25, LUXEMBURG · Tel. 30-73

Importance de la prophylaxie dentaire

par Norbert Bisdorf

Le petit travail de statistique suivant établi par le service dentaire de notre armée, donne des renseignements sur la denture de nos soldats des classes 1928 et 1929, renseignements assez intéressants pour les faire connaître au corps médical.

Il résulte de ces données statistiques que l'état dentaire des jeunes gens est loin d'être brillant et qu'à ce sujet tout un tas de besogne reste à faire.

Tout d'abord il faut intensifier la prophylaxie dentaire, et parmi les mesures à prendre, la prophylaxie alimentaire joue un grand rôle.

Nos moyens prophylactiques d'autrefois contre l'agressivité du milieu buccal et la décalcification du milieu intra-dentaire doivent être insuffisants, autrement la carie dentaire n'aurait pas augmenté dans une proportion si énorme et ne se serait pas tellement généralisée dans les derniers temps. Nous devons donc faire quelque chose de plus qu'autrefois, car les dents sont devenues plus vulnérables et la brosse à dents seule ne peut les protéger.

Le Dr. W. BOITEL a étudié la question „Alimentation et carie dentaire“. Les idées qu'il développe sur la prophylaxie alimentaire sont d'une grande importance pratique et méritent d'être propagées:

Le sucre, l'amidon et les aliments ramollis créent un milieu extérieur favorable au développement de la carie. Un régime riche en sucre favorise le développement du bacillus acidophilus dans le milieu buccal, ce bacille combiné avec des levures peut transformer le sucre en acide lactique nocif.

Tous les amidons provenant de farines finement moulues donnent un empois qui colle aux dents. Ils ne demandent pas d'effort masticatoire, ne font pas saliver et l'auto-nettoyage est nul.

Les aliments ramollis comme hachis, purées, bouillies, mie de pain frais, pain trempé, pâtes alimentaires, ne demandent pas d'effort masticatoire et ne font pas travailler les dents.

La croûte de pain, les biscuits durs, les pommes avec la pelure, les noix, les noisettes, et tous les aliments de consistance grossière et dure sont à conseiller, parce que la mastication fait saliver et fortifie les dents. La friction des aliments joue le rôle de massage gingival. Les fruits acides sont recommandés après les repas pour faire saliver.

Ce ne sont pas les aliments chers qui représentent toujours une cuisine saine, mais c'est par un choix judicieux d'aliments naturels, frais, ayant subi le moins possible de traitements industriels ou culinaires, qu'on peut fortifier les dents et tout l'organisme. Les aliments pauvres en éléments protecteurs sont principalement: le sucre, la farine blanche et ses dérivés (pain blanc, pâtes), confitures, sucreries, conserves, margarine, graisse et huiles préparées à chaud (à un degré moindre, tous les aliments cuits). Les aliments riches en éléments protecteurs sont les suivants: lait cru, beurre, oeufs, fromage, légumes et fruits frais, surtout crus, oranges et pommes en premier lieu, poisson, foie et autres organes glandulaires; pain noir, céréales complètes, chair musculaire beaucoup moins.

Facteurs susceptibles d'entraver une alimentation normale:

- La gourmandise, les aliments consommés entre les repas,
- la paresse masticatoire des enfants,
- les croyances populaires, notamment celle que le sucre est sain, parce qu'il est riche en calories,
- les régimes imposés par des circonstances anormales à des gens débiles,
- les porteurs de dentiers ou les édentés qui imposent leur régime ramolli à toute leur famille.

Théories fausses ou dont l'importance est relativement insignifiante:

Hérédité: — Il est dangereux d'attribuer un rôle trop grand à l'hérédité, une telle conception est propre à décourager le public de toute prophylaxie et le porte au fatalisme. En réalité l'hérédité ne joue pas dans la carie dentaire un rôle plus grand que dans la prédisposition à telle ou telle autre maladie.

Climat, eau potable: — Tous les climats, toutes les eaux potables ont vu apparaître la carie dentaire, depuis 100 ans, là où elle n'existait pas auparavant. (Cependant dans un article paru dans un Magazine américain au mois d'avril 1947, et intitulé „Good News about Dentistry“, on parle de certaines contrées américaines où l'eau potable renferme du fluor qui rendrait les dents plus résistantes à la carie.)

Fumée: — Certains attribuent à la fumée une action protectrice. Le Dr. BOITEL croit que les fumeurs consomment peu de sucre. D'après lui la fumée prédisposerait aux paradentoses.

Retenons ce que le Directeur de l'Ecole Dentaire de Marseille, le Dr. BELTRAMI, a dit en 1931: „Le fixateur du Ca dans l'os

c'est l'action musculaire, pour la dent c'est l'usage, chez les mammifères c'est la mastication."

Les hommes, les animaux qui font travailler leurs dents les conservent. Le non usage entraîne l'atrophie et la perte de l'organe. Les animaux en liberté conservent leurs dents jusqu'à l'extrême vieillesse. Les primitifs non encore atteints par la civilisation se servent de leurs dents pour manger des aliments durs, résistants et les conservent ainsi. Mais ceux qui ont adopté l'alimentation prédigérée par la coction, qui mangent mou et mal, qui mangent mort, voient leurs dents se désintégrer par la carie dentaire ou perdre la vitalité de leur appareil fixateur et se détacher.

Pour maintenir la valeur des tissus dentaires la prophylaxie générale de la carie ne s'efforce non seulement de fournir une base scientifique à l'alimentation solide et liquide pour parer à une insuffisance du Ca, elle surveillera aussi le métabolisme endocrinien rad.olumineux et vitaminique.

JACCARD recommande l'action des extraits endocriniens, surtout parathyroïd.ens, dans la prophylaxie des caries récidivantes. Les vitamines doivent être associées pour assurer la sécurité tissulaire d'une denture normale. Cette association nécessite le concours des endocrines et de l'activité lumineuse.

Mais comme toute prophylaxie reste impuissante devant les toxi-infections et tous les états pathologiques qu'il faut combattre, elle ne devient scientifique qu'avec l'appui de l'hygiène générale. Si la médecine générale prête à la denture toute l'attention qu'elle mérite, la synthèse prophylactique, à laquelle nous devons le dens sanus in corpore sano, sera rendu possible.

STATISTIQUE

DENTURE DES CLASSES 1928 et 1929

Cantons	classe 1928		classe 1929	
1. Cantons. Luxbg. et Capellen				
Dents obturées	ont passé visite: 607 j. g. = 6,15% 1200	d. p. pers. = 1,97	ont passé visite: 604 j. g. = 10,45% 2021	d. p. pers. = 3,34
" cariées	185		1121	
" manquantes	1040		965	
" à extraire	400	= 3290 = 16,25%	273	= 2359 = 12,20%
2. Canton Esch				
Dents obturées	ont passé visite: 592 j. g. = 6,80% 1289	d. p. pers. = 2,17	ont passé visite: 689 j. g. = 7,67% 1692	d. p. pers. = 2,45
" cariées	1896		1227	
" manquantes	592		1171	
" à extraire	372	= 2860 = 15,10%	210	= 2610 = 11,80%
3. Cantons. Diekirch et Vianden				
Dents obturées	ont passé visite: 130 j. g. = 5,20% 216	d. p. pers. = 1,66	ont passé visite: 162 j. g. = 5,05% 262	d. p. pers. = 1,60
" cariées	568		434	
" manquantes	179		301	
" à extraire	131	= 878 = 21,10%	141	= 876 = 6,90%
4. Canton Mersch				
Dents obturées	ont passé visite: 112 j. g. = 8,30% 297	d. p. pers. = 2,65	ont passé visite: 105 j. g. = 6,16% 207	d. p. pers. = 1,77
" cariées	326		193	
" manquantes	232		208	
" à extraire	84	= 642 = 18%	89	= 490 = 14,58%
5. Canton Rédange				
Dents obturées	ont passé visite: 103 j. g. = 3,65% 121	d. p. pers. = 1,57	ont passé visite: 103 j. g. = 2,75% 90	d. p. pers. = 0,87
" cariées	404		227	
" manquantes	145		112	
" à extraire	121	= 670 = 20,3%	123	= 462 = 14%
6. Canton Wiltz				
Dents obturées	ont passé visite: 94 j. g. = 4,10% 123	d. p. pers. = 1,30	ont passé visite: 117 j. g. = 3,3% 121	d. p. pers. = 1,03
" cariées	350		269	
" manquantes	158		187	
" à extraire	104	= 612 = 20,35%	124	= 580 = 15,9%

7. Canton Clervaux	ont passé visite: 102 j. g. = 3 264 dents	ont passé visite: 101 j. g. = 3 232 dents
Dents obturées	131 = 4 % d. p. pers. = 1,28	111 = 3,43% d. p. pers. = 1,09
" cariées	380	249
" manquantes	128 = 5,97 = 18% " = 5,75	134 = 538 = 16,62% " = 5,32
" à extraire	79	155
8. Canton Echternach	ont passé visite: 68 j. g. = 1 576 dents	ont passé visite: 73 j. g. = 2 336 dents
Dents obturées	203 = 12,90% d. p. pers. = 2,98	183 = 7,83% d. p. pers. = 2,52
" cariées	144	115
" manquantes	121 = 308 = 19,50% " = 4,5	153 = 324 = 13,8% " = 4,43
" à extraire	43	56
9. Canton Grevenmacher	ont passé visite: 116 j. g. = 3 712 dents	ont passé visite: 91 j. g. = 2 912 dents
Dents obturées	217 = 5,85% d. p. pers. = 1,87	246 = 8,44% d. p. pers. = 2,7
" cariées	290	154
" manquantes	160 = 528 = 14,2% " = 4,55	162 = 371 = 12,74% " = 4,07
" à extraire	78	55
10. Canton Remich	ont passé visite médicale: 70 = 2 240 dents	ont passé visite: 71 j. g. = 2 272 dents
Dents obturées	140 = 6,25% d. p. pers. = 2,--	194 = 8,53% d. p. pers. = 2,73
" cariées	110	107
" manquantes	113 = 250 = 11,15% " = 3,57	114 = 260 = 11,43% " = 3,66
" à extraire	27	39

DENTS SAINES PAR PERSONNE:

Cantons	Classe 1928	Classe 1929
Diekirch—Vianden	23,59	25
Mersch	23,62	25,57
Rédange	23,93	26,65
Wiltz	24,19	26,87
Echternach	24,52	25,05
Luxembourg—Capellen	24,61	24,76
Clervaux	24,97	25,59
Grevenmacher	25,58	25,23
Esch	25,60	25,77
Remich	26,43	25,61



SANALEPSIRUSSE



SEDATIF - ANTISPASMODIQUE
SANS EFFETS SECONDAIRES
LABORATOIRES SAPOS S.A. GENÈVE
PROPHAC, 25, RUE BAUDOIN, LUXEMBOURG

La Pratique de l'Inspection médicale au moulin à scories (m. à sc.) de Dudelage

par Frédéric Hippert

L'inhalation des poussières provenant de la pulvérisation des scories Thomas peut donner lieu à des lésions de l'appareil respiratoire, parmi lesquelles il faut notamment signaler:

- 1) les pneumonies lobaires et en foyers uni- ou bilatérales dont l'aspect clinique et anatomopathologique n'a rien de caractéristique mais dont la mortalité est assez élevée.
- 2) les bronchites aiguës et chroniques.
Celles-ci se compliquent parfois d'emphysème, exceptionnellement de bronchectasies.
- 3) la fibrose pulmonaire qui est assez rare et en tout cas moins grave que la silicose.

Il importe de savoir que la susceptibilité à l'action nocive des poussières est individuelle et se trouve accrue par une alimentation insuffisante et mal équilibrée, l'abus d'alcool et de tabac, les refroidissements, le surmenage physique, l'âge avancé ou trop jeune et en général par une ventilation pulmonaire insuffisante.

Il s'en suit que la prophylaxie doit consister:

- 1) à sélectionner les ouvriers à l'embauche;
- 2) à les contrôler périodiquement pendant le travail;
- 3) à les instruire.

Ad 1) L'examen d'embauche porte particulièrement sur les voies respiratoires supérieures et inférieures, l'appareil cardiovasculaire, l'état général et la configuration extérieure du thorax. Sont refusés: les insuffisants du nasopharynx, les bronchiteux chroniques, les porteurs de pleuropneumopathies chroniques, les cardiaques, les hypertendus, les débiles, les anémiques, les éthyliques, tous les candidats au-dessus de 45 et au-dessous de 20 ans et enfin tous ceux qui sont atteints d'une déformation accentuée de la colonne verté-

brale ou du thorax. Cet examen qui constitue une de nos meilleures armes prophylactiques doit être d'une sévérité sans égard et ne devrait être pratiqué que par le médecin du m. à sc. tant qu'il n'y a pas de médecin d'usine.

Ad 2) Les ouvriers sont régulièrement examinés à la fin de chaque mois. Cet examen porte notamment sur l'état des voies respiratoires, l'état général et le poids. La mesure du périmètre thoracique n'est faite que 2 fois par an. S'il y a lieu, il est procédé à la prise d'une radiographie des poumons.

Ad 3) Instruire l'ouvrier, c'est le rendre attentif au rôle néfaste de l'alcool, du tabac, des refroidissements et à l'utilité du séjour au grand air dans les heures de loisir. C'est interdire les sports fatigants et en général tout surmenage physique.

Les données de l'examen clinique et radiologique sont notées dans le carnet individuel. Dans un rapport succinct, le médecin renseigne le chef de service sur l'état de santé des ouvriers examinés et y indique les mesures de protection qui s'imposent.

Celles-ci comprennent:

- A) Le retrait de l'ouvrier du m. à sc. si l'examen révèle:
 - 1) un amaigrissement marqué et progressif;
 - 2) des bruits adventices diffus et persistants qui ne rétrocedent pas sous l'influence d'un „changement de climat“ tel qu'il est proposé sub B;
 - 3) l'existence d'une fibrose pulmonaire.
- B) L'assignation d'un poste dans une atmosphère moins empoussiérée dans tous les cas où les phénomènes auscultatoires pathologiques s'observent à plusieurs examens consécutifs et ne sont pas imputables à une infection banale. Si le séjour prolongé dans ce milieu fait disparaître les signes stéthacoustiques, l'ouvrier peut continuer son travail, mais doit être suivi de près. Si, au contraire, les bruits persistent et qu'il s'y associe un fléchissement de l'état général, le malade sera élargi du m. à sc.

Depuis 1945 dix ouvriers furent placés dans une zone moins empoussiérée, mais ont pu continuer à travailler. Cinq ouvriers (= 2,7%) ont dû être élargis pour les motifs suivants:

- a) bronchites rebelles: 3 cas;
- b) amaigrissement marqué et progressif: 1 cas;
- c) pneumonie avec séquelles pleurodiaphragmatiques: 1 cas.

Il s'agissait exclusivement de travailleurs nouvellement embauchés. Ces anomalies ne s'observent en effet que rarement chez les „habitues“ qui croient cependant que le travail au m. à sc. les prédispose à la tuberculose. Or il est établi que les poussières

des scories Thomas ne sont pas phtisogènes. Notre statistique qui date depuis 1940 ne mentionne aucun cas de phtisie. Le m. à sc. fut du reste le seul service de l'usine où l'occupant n'a pas constaté de tuberculose lors des examens radiologiques en série. Il nous paraît assez important de relater en outre que nous n'avons jusqu'ici constaté aucun cas de rhinopharyngite, de laryngite, de dermite, de lésions oculaires ou de fibrose pulmonaire.

Si l'utilité de ces mesures prophylactiques ne peut plus prêter à discussion, il faut pourtant avouer qu'elles sont insuffisantes et qu'il y aurait lieu de les compléter par:

1) la prise d'un cliché à l'embauche.

Cette radiographie de départ ne constituerait non seulement un document important pour l'avenir, mais nous renseignerait d'une façon exacte sur l'état pulmonaire de l'ouvrier avant qu'il soit embauché. Tout médecin sait en effet qu'il est parfois difficile sinon impossible de diagnostiquer cliniquement une tuberculose au début, une tuberculose évolutive (infiltrations et cavernes muettes) ou une adénopathie trachéobronchique qui, quoique stabilisée au point de vue clinique et radiologique, peut, par son volume, gêner le cours de la lymphe et favoriser le maintien des poussières.

2) le contrôle radiologique des ouvriers nouvellement embauchés pendant les premières années qui suivent l'embauche. (1 fois par an).

3) l'établissement d'une fiche de santé. La caisse de maladie y marquerait chaque trimestre les absences et la maladie qui a motivé l'incapacité de travail.

C'est, croyons-nous, tout ce que l'on peut faire au point de vue: prophylaxie médicale. Mais la mesure prophylactique la plus importante et la plus efficace nous semble consister en l'assainissement des locaux de travail. Il appartient aux techniciens de résoudre ce problème assez délicat. Sachons toutefois qu'avec la meilleure technique et la meilleure volonté il n'est pas possible d'atteindre la perfection et de créer un milieu de travail idéal.

LABAZ

ADRÉNOXYL

LABAZ

L'Antihémorragique à action DOUBLE

diminue le temps de saignement
augmente la résistance capillaire

*

Toxicité nulle

*

Littérature et échantillons sur demande

*

SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES

LABAZ

SOCIÉTÉ ANONYME

168, AVENUE LOUISE, BRUXELLES

Département Pharmaceutique

de la

SOCIÉTÉ BELGE DE L'AZOTE *et des* PRODUITS CHIMIQUES DU MARLY

'T ass en âlen Dokter, dén elei schwätzt

Virun fofzëg Jôr hât ëch mëch zu Berlin als „famulus“ an 't „Abteilung für Infektionskrankheiten“ vum Spidol Friedrichshain aschrei'we gelöss.

Den Direkter vum Spidol war de Geheimrat Fürbringer, de Chef vun der „Abteilung für Infektionskrankheiten“ war den Dr. Papst. Emm zëng Auer kru'te mir èng Hâmeschmi'r mat ènger Flesch Be'er. Wann é gudd mam Kichemêdchen war, konnt én alt mu'nechmol èng oder zwo' Hâmeschmi'ren ni'welanst erwëschen. Dann hât én séngt Mëttegi'essen gespurt an 1.25 Mark rëng gewonn. An dem Sâl ewo' ëch beschäftegt war, waren 60 Better. Mat gro'sser Begëschterong hun ëch mëch gleich un d'Arbecht gin, an all Kranken, de' am Sâl waren, ënnersicht a stode'ert. 'T ass mer vun Ufank un opgefâlen, dat jidder Kranken op séngem Nu'tsdësch èng gro'ss Flesch Medizin sto'n hât: bâl èng grë'ng, bâl èng ro'd, bâl èng blo'. Den drëtten Dâg go'f e neie Kranken per Ambu'anzwo'n a mei Sâl erabru'cht. Ech hu mëch gleich drugesât fir séng Krankegeschicht an 't Boch anzeschrei'wen; ëch hât eso'gu'r note'ert u wât fir ènger Krankhêt sei Gro'sspapp gestu'rwe wir. Ech war kaum fërdeg mat der Redaktio'n vun der „Anamnese“, du ko'm den Dr. Papst. Dén hu't de Kranken ënnersicht a gesôt: „Donnerwetter, eine schöne Lungenentzündung.“ Ge'nt den Owend ko'm och de Geheimrat Fürbringer op ons Statio'n. Den Dr. Papst meldet h'im dat e frësche Kranken ukomm wi'r, an dat de Kranken un ènger Longenentzündong leide gi'f. „Wollen mal sehen“, sôt de Geheimrat, an hién hu't de Kranken ganz grëndlech ënnersicht. „Sie haben Recht“, sôt hién du zum Dr. Papst, „eine lobäre Pneumonie. Ein schöner Fall. Geben Sie ihm die rote Medizin.“ Den Dr. Papst pëspert h'im an 't O'er: „Entschuldigen, Herr Geheimrat, es sind deren schon so viele hier, die die rote Medizin haben.“ — „Verstehe“, sôt de Geheimrat, „dann geben Sie ihm die blaue.“

Ech war erschlo'n. Ech kru't èng kâl Dusch, an de' war eso' gehe'reg, dat ëch vun där Zeit un nët me' recht un d'Wirkong vun de Medikamenten gläwe konnt.

Den Dr. Papst sôt mir du och, dat all Medizinnen, de' de Geheimrat elei verschrei'we gi'f, ëmmer de' sellwegt wären: eso'wu'l de' blo', ewe' de' grë'ng, oder de' ro't. Et wir ëmmer èng verschiedenarteg gefi'rft Le'song vu Salzseier.

Pu'r Dég derno, hun èch u'gefrot fir an d'chirurgesch Abteilong vum Spidol ze kommen: bei de Professor Hahn. — E Papst hun èch nie me' 'rëmgessin, an och ké Fürbringer me'. Ech sin bei den Hunnen bli'wen: do ass et winigstens këng Salzseier me' gin.

* * *

Ewe' èch zu München stode'ert hun, sën verschidden vun onsren Professeren an èngem Karnavalszug opgefe'ert gin: de Professor Angerer, en Aristokrat, dén ëmmer vum Haff op d'Ju'gd agelu'de go'f, a Professor vun der Chirurgie wor, dann de Geheimrat Rothmund, de Professor vun den Ackrankhêten. De Professor Angerer sutz an ènger Kutsch am Lodemantel a mat èngem Tiro'lerhittchen. En hât èng Ju'gdfleñt an der Hand, an un séngem Bauch hung e Schëld, 'wo'ropper geschri'we stong:

Heute keine Klinik wegen Hofjagd,
Morgen Magenresektion.

De Geheimrat Rothmund, en ålen Här mat struwelligem Hör, èngem fatzigem Bart, a mat èngem gro'ssem Brël, hât e Schëld um Bauch hènken, an do hu't et gehêscht:

Geld ist mir das halbe Leben,
Opthalmologie treib' ich daneben.

Ewe' den Zug eri'wer wor, se mir all zesummen bei de Papa Kern gang, um Karlstor, do ewo' ëmmer èng Museckkapell gespillt hu't, an ewo' et ëmmer lëschtteg gesonge go'f. Grad ewe' mir era-ko'men hun all Gäscht zesummen dad sche'nt Lidd gesongen:

Menschen, Menschen san mer alle,
Und Fehler hat ein Jeder genau.

Jo, eso'gu'r eis Professeren op der Universite't waren nëmnen Mënschen, an sie hâten all hir Féler, grad ewe' mir. Als Stodent hu mir dad net agesin, trotz Maskenzug, an trotz Papa Kern. — Als Stodent war de Professor, eso'wu'l de Professor vum Kolle'sch, ewe' de Professor vun der Universite't, an onsen A'en, èngt he'cht De'er, eso'gu'r oft èngt ganzt he'cht De'er. Wât mir i'wer me' ål se gin, wât de' mëscht vun hinnen, an onsen A'en, ëmmer me' kleng gi sën.

* * *

Ewe' èch mein leschten Examen gemâcht hât, den 29. Oktober 1900, gung èch mei Mononk Viktor besichen. De Mononk Viktor war e Landdokter vun 82 Jôr, dén an der Belsch, an èngem klëngem Duref, gewunt hu't. Ech war ho'frëg fir zu him „Här Kollég“ so'en ze kënnen. Ewe' èch bei de Mononk ko'm, hu't sein Haus an séng ganz Perso'n no Carbolseier a no Jodoform gestonk. 'T hu't mër geschënt, ewe' wann den ålen Här partout als é ganz modernen Dokter erschënge wëllt, dén all Finessen an all Stënkereien vun der moderner Antisepsis aus dem ff beherrsche gi'f. — En hu't ugefang mir èng ganz Abberzu'l gudd Rotschle'g fir mat op d'Li'wensrës ze gin. „Wann e Kranken dëch bezu'le wëllt“, sôt hién, „dann hu'l d'Geld ëmmer gleich of. So nët du hess këng

Zeit, oder këug Mënz, oder du ge'ss him spe'derhin d'Rechnong gelégentlech schécken. Nën, hu'l nëmme gleich un wat de Kranken dir wëllt gin. 'soss kri'ss du haneno en Dreck. Vergi'ëss nët wât se ons zu Le'wen, ewo' èch stode'ert hun, gele'ert hun: accipe dum dolet, post morbum medicus olet. — Fro och këmols de Kranken, dënste a Behandlong hu's, ewe' en hëscht, wannst du sei Numm sollst vergi'ëss hun: dad hël't de Kranken dir i'wel; fro nëmme no séngem Vi'rnumm; dad gefällt him, an da sët hién dir de Vi'rnumm mat dem Hausnumm zo'gleich, o'hni dass du nom Hausnumm ze fro'e brauchst." De Mononk wollt och Gene'eres i'wert d'Mikroben wëssen, vun dénen hién schons eso'vill gehe'ert hât. E frôt mëch, op èch schons liéweg Mikroben gesin hätt, ewe' se ausgesichen, op se wibble gi'ewen? An ewe' èch him genoch vun de Mikroben erzi'lt hât, sôt hién: „Dad hu't ons elo nach grad gefélt; mir hâten dach schons genuch mat de Fle'h a mat de Leis, nët ze schwätzen vum Krätz. Mais wësst de, èch hu mëch gudd agelu'gt a Carbolseier an a Jodoform, an i'werall, ewo' èch elo d'Mikrobe bege'nen, ersaufen èch sē an der Carbolseier, oder èch erstécken se mat Jodoformpulver. I'werall dô, ewo' èng Eterong ass, do hâlen de' Lo'deren sēch op.“ — Beim Kaffi hu't de Mononk drei Ke'seschmi'ren mat guddem Appetit giëss. Ech kru'g ké Maufel erof, wéder mat Ke's, nach ohni Ke's: d'Bro't hu't ganz no Jodoform geschmâcht. De Mononk sôt mër: „Du schëngs jo kën Appetit ze hun?“ „Dach, Mononk, èch hun Appetit, mais èch kann dé Jodoformgeschmâch vun èrem Bro't nët aussto'n.“ „T ass mi'glech“, sôt de Mononk, „dat èch nach e bësschen Jodoform un de Fangeren hât, ewe' èch d'Bro't opgeschni'den hun, ewell èch hât grad vi'rdrun ènger Fra de Fanger verbonnen, de' de rōsene Wu'rm hu't. Ech hun hir èng gudd Schnauff Jodoformpulver op de Fanger gestre't. Hässt du et dann nët eso' gemâcht?“ — Ech sôt zum Mëdchen et sollt mir zwé lu's gekacht E'r mâchen, a mir e frēschen Läffelchen aus dem Biffi gin. D'E'r konnt èch i'ëssen; sie hâten eng fest Schu'l, an dodu'rech war nach glëcklecherweiss ké Jodoform gängen.

No'm Kaffi hu't de Mononk sei Minnech erbeigeholl mat dem Sabbelsäckelchen, an hié fung un ze spröchen: „T ass mir derlescht èng gelunge passe'ert. Ech go'f jo an der Nu'cht zu ènger Geburt geruff. Ech ko'm an èngt klängt Haus cran. Vi'r war d'Kichen, an hannert der Kichen war d'Schlōfkummer. De Mann sutz bei ènger Petrollslu'cht beim Kichendësch, fir op mëch ze wârden. E weiss mam Daum zur Schlōfkummer hin, fir mër ze so'n, dat do d'Fra wi'r. An der Schlōfkummer war i'wer këng Lu'cht, an èch konnt nëmme mat Me' d'Bett fannen ewo' d'Fra lu'g. Ewe' èch se wollt ènnersichen, war se nach am Schlōf, an sie hu't sēch ge'nt d'Ennersichong ganz gewalteg gewi'rt an em sēch geschlo'n. Ech go'f am Enn haffteg an ongedëlleg, an èch ruffen hi'r zo' sie sollt dach verstänneg sin, an sēch ro'eg ènnersiche lōssen. Du ass d'Fra ganz erwecht. Sie sëtzt sēch op, kuckt mëch ganz verwonnert un, an sie sët zu mir: A wât wëllt Dir dach mat mir, Här Dokter, èch

si jo d'Hi'wann. — Du muss versto'n: D'Hi'wann hât sêch, en attendant le médecin, ni'went d'Fra an d'Bett gelu'gt, fir nach kënnen e bësschen ze schlôfen, 'so' ewe' dad jo de Gebrauch um Duref ass, ewo' se gewe'nlech nêmmen é Bett hun.'" — „Hu't Dir dann du nêt me' insiste'ert?“, frôt êch de Mononk. „Ech an insiste'eren! Bei méngen 82 Jôr! Wêsst de wât, du bass e Bo'f. Kuck 't dass de hêm kënns. Du mat dénge Mikrêp!“

* * *

Enn 1902 hun êch mëch zu Lëtzeburg, am quartier de la gare, als Dokter niddergelôss. Ech hu gleich bei alle Kollégen aus der Stâd èng visite d'entrée gemâcht: am Cylinder a mat Hânschen. Ech sin i'werall gudd empfänge gin. Beim Dr. Joseph Kintgen a beim Dr. Alesch kru'ch êch eso'gu'r e Glâs Wein. 'T hu't nêmmen é Kollég mëch onfrëndlech empfangen a mëch be'ss bekuckt. E frôt mëch wât êch dach zu Lëtzeburg verlu'ren hätt, 'wo' jo schons d'Halschêcht vun den Dokteren ze vill wâren a neischt verdênge gi'wen, êch hätt jo vill besser gedun, wann êch am E'slêck bli'we wi'r. — Ech so jo nêt, dat de Kollég Onrecht hât, mais d'Onglêck war nun émol geschitt: êch konnt nêt me' gudd zrêckgo'n. Hätt hié mir et nêmmen e'schter gesôt. — Ha'ut ass de Mo'd ganz vergângen dat d'jong Dokteren, de' sêch frêsch etable'eren, den êleren Kollégen, de' schons etable'ert sin, èng Visite mâche gin.

Wât och an der Stâd ha'ut bâl ganz verschwonnen ass, dad ass de Fami'lgen- oder Hausdokter. Frê'er, hât bal jidder besser Fami'lgen an der Stâd hi'ren Hausdokter, dên se ëmmer geruff hun, wann é vun hinnen krank gin ass. Den Hausdokter hu't zur Fami'lge gehe'ert. E fri'men Dokter ass nêmmen geruff gin, wann et gebonnen hu't, a wann den Hausdokter nêt ze kre'e war. Wann én Dokter an èng Fami'lge geruff gin ass, vun dêr hién wosst, dat sie én âneren Dokter als Hausdokter hätt, war et ubru'cht, dat den zo'geruffenen Dokter de Fami'lgendokter, vir oder no sênger Visit, averte'ert hu't. Gewe'nlech hun sêch dann de' zwe'n Dokteren, de Fami'lgendokter an de fri'men Dokter, spe'derhin beim Kranken bege'nt. — Wann èng Fami'lgen, durch i'rgend èng Ursâch, oder durch i'rgend é Grond, net me' zefridde war mat hirem âlem Hausdokter, hu't de Chef vun der Fami'lgen ganz opfâlleg, an nach ewell oft mat Gedeisch, him so'e lôssen, hién sollt gleich séng Rechnong aschêcken. Domat war d'Band durchschni'den zwêschen dem Hausdokter an der Fami'lgen. De Chef vun der Fami'lgen hu't dem Hausdokter opgesôt, dodurech, dat hién him d'Rechnong gefrôt hu't. — Bei villen Hausdokteren war et ugehol, dat sie dem chef de famille all Jôr de'selwegt Zomm gerechnet hun, egal, ob sie am Jôr sechsmol oder drêsegmol geruff gi waren: 't war en „arrangement à forfait“. Als Student hun êch um Glacis bei ènger kannerreicher Fami'lge gewunt, de' den Dokter Alesch als Fami'lgendokter hât. Den Här Alesch hu't all Jôr 54 Frang gerechnet, nie me' an nie manner. Ech erënnere mëch, dat mir émol èn dêcke Stên op de Kapp gefall war, ewe' êch als Student bei èngem Neibau hêllefe

wollt. Ech hun nämlech ëmmer gäre gebaut, eso'gu'r ha'ut nach. Ech hát en de'ft Lach an de Kapp kritt, an ëch war vun der Sté crofgetrollt. D'Stëmetzer hu mëch op méng Bu'd bru'cht, de Kapp voller Bludd, an den Dr. Alesch, déen se gleich geruff hätten an dé gangs komm ass, ass gewëss banter zwi'lf Dëg mëch all Däg besichen a verbanne komm. Am Enn vum Jôr hu't hién de' selwegt Rechnong geschéckt ewe' ëmmer: 54 Frang. Wat d'Fami'lge me' kannerreich war, wât den Dr. Alesch manner gerechnet hu't. Bei Leit, de' këng Kanner hätten, an sëch gudd stungen, hu't hién verhältnessme'sseg vill me' gefrot, ewe' bei ënger Fami'lgen, de' sëch bâl all Jôr e Kand kâft hu't. — Ha'ut bestët de Fami'lgendokter nët me'. De Spezialist ass Trompëss a fe'ert ha'ut den Danz. D'Poesie vun onsrem Handwi'rk gët ëmmer me' zum Deiwel. D'Medizin gëtt ëmmer me' verindustrialisè'ert.

* * *

Ewe' ëch op Lëtzeburg ko'm, wâren, 'wann ëch mëch gudd crënneren, 26 Dokteren an der ganzer Stâd. Ha'ut së mër zu 86. Op der Gare waren ve'er Dokteren: den Dr. Krombach, de Müller, de Schneidesch, an den Dr. Michel Welter. Ech war de fënneften. Ha'ut së mir op der Gare zu 26.

D'Dokteren Aschmann, Bivort, Würth, Layen, Gredt, Adolphe Cary . . . waren schons do'd. Och de Frederici war gestu'rwen, e merkwirdegt âlt I'werbleibsel aus der preisescher Garniso'nszeit, dé ganz geschéckt am d'Zännrappen war, an eigentlech als den e'schten Zänn dokter vu Lëtzeburg ugesi misst gin.

Virum Krich 1914—18 hun nach vill Dokteren zu Lëtzeburg den Cylinder gedro'n. D'war e Mo'd, dé bei ons aus Frankreich komm war. Gewe'nlech hát den Dokter, déen en Cylinder um Kapp hát, och nach ëng weiss Krawatt un. 'T ass wi'rklech opfâlend, dat grad de' Dokteren, dénen hi'ren Numm mat ëngem K ugefângen hu't, dat grad de' bâl all en Cylinder um Kapp hätten, Wi'rtes ewe' Sonndes, a Sonndes ewe' Wi'rtes: den Dr. Martin Klein, de Krombach, de Joseph Kintgen, de Kayser, de Paul Koch, de Rodolphe Klees. Dann och nach den Dr. Aug. Schumacher an den âlen Dr. Herriges. Den Dr. Ackermann an den Dr. Michel Welter hätten nëmmen zeitweileg en Cylinder. Den Dr. Max Namur hát en Cylinder dad e'scht Jôr ewe' hién etable'ert wor. Den Dr. Alesch hát ëmmer ëng gro Dunn op, ëng Blumm am Knepplach an e goldenen Zwicker mat ënger Schno'er op der Nu's. Hei an do hát den Dr. Alesch e gro'en Cylinder op, ewe' den Churchill. Den Dr. Grechen, de Formann, den August Praum, den Dr. Bricher gungen ëmmer o'hni Cylinder: 't war schons an der Dekadenzeit vun der Lëtzeburgischer Dokteschwelt. Ge'nt 1910-12 ass de Mo'd vum Cylinder a vun der weisser Krawatt lu's a lu's ganz verschwonnen. 'T ass Schu'd, jo 't ass Schu'd. Am Cylinder a mat der weisser Krawatt hu mir Dokteren wi'rklech ëppes durgestalt, eso'gu'r wann neischt hannert ons war: nous étions quelqu'un. D'Leit hun ons grege'sst an den én hu't den âneren u'gesto'ss a gesôt: Hei, do ass

en Dokter. Ha'ut sè mir geklèt ewe' jidder épicier, eso'gu'r ewe' c klèngen épicier.

Fre'er hâten d'Dokteren an der Stâd verhältnessme'sseg vill me' Hausvisitten ze mâchen, ewe' Konsultatio'nen ze gin an hi'rer Sprechstonn. D'Visitten waren d'Régel, d'Konsultatio'nen an der Sprechstonn waren d'Ausnahm. Ha'ut ass et èmmgeke'ert. Ha'ut ass d'Sprechstonntätegkêt vum Lëtzeburger Dokter bei weitem me' bedeitend ewe' séng Lèschtongen mat Visitten. Fre'er ass den Dokter vum Kranken a sein Haus geruff gin, 'selwer wann de Kranken ganz gudd bei den Dokter an d'Sprechstonn hätt komme können. Dovir war sein Dokter och sein „Hausdokter“. — De' weiss Schi'b, de' d'Dokteren elô bâl all banter hi'rer Sprechstonn unhun, ass ere'scht nom Krich 1914-18 bei ons agefe'ert gin.

De' mèscht Dokteren vu Lëtzeburg hun vu 1900-1915 hir Krankenvisitten gewe'nlech zu Fo'ss gemâcht. Fir op d'Land ze go'n, hun sie sèch öfters èng Kutsch gelèscht: èng Trammwayskutsch. Den Dr. Alesch ass ze so'n èmmer zu Fo'ss gangen, an e war verdeiwels flènk op de Bèn, och wann hién hu't missen weit op d'Land go'en. Verschidde jong Kollégen hâten e Rad. No'm Krich 1914-18 ko'men allmählech d'Automobillen op. An der Stâd war den Dokter Niederkorn den ènzegen Dokter, dé Kutsch a Pârd hât. — Vill Dokteren vum Land hâten fre'er, vun 1900-1914 och Kutsch a Pârd; spe'derhin ass du och bei de Landdokteren d'Pârd vum Automobil verdrängt gin. 'So' vill ewe' èch wèss, sin nèmmen e pu'r Landdokteren bei ons zu Pârd geridden, fir hi'rer Landpraxis nozekommen: den âlen Dokter Gretsch vun Iéchternach, den Dr. Steichen vun Esch, an èch mènge och den Dr. Flesch vu Rémeleng. Mei Mononk Viktor ass gewèss drèsseg Jôr zu Pârd gangen. — D'Reiden zu Pârd hât fir den Dokter dén No'dél, dat hién èmmer kâl Fe'ss hât, an dat hién nom Pârd gerochen hu't, wann e bei de Kranken komm ass. Nu fro'n èch mèch i'wer, op de Pârdsgeroch och eso' schlèmm soll gewi'sst sèn, ewe' de Gestank vum Jodoform.

Den e'schte règelrechte klinische Betrieb ass zu Lëtzeburg vum Dr. Grechen, um Fëschmarkt, am Kreizgang, ge'nt 1896, agefe'ert gin. Den Dr. Grechen war an sénger chirurgischer Tätégkêt vun ènger ganz strènger Asepsis. Hién hu't eigentlech d'Asepsis zu Lëtzeburg a'gefe'ert, an hién war och bei ons den e'schten aseptischen Chirurg. Séng Technik war allerdéngs nèt op der He'cht. Ech war ve'er Jôr lang sein Assistent. Am Jôr 1902 ko'm Klinik Ste Elisabeth op; den Dr. Aug. Schumacher war do am Ufank den Haptdokter. 1906 hun èch mèch vum Dr. Grechen getrennt, an èch hun lang mat de Franziskanerinnenschwesternen parlamente'ert a verhandelt, fir dat sie mir erlâbe sollten, op ége Kèschten, an der jëtziger Klinik St. Joseph, um Fëschmarkt, èngt Operatio'nszëmmer anze'richten. Ech hât am Ufank fënnef Better. D'Zithaklinik, d'Klinik vun E'ch an d'Krankenhaus vun Esch sin nom Krich 1914-18 gebaut gin. De Bakteriologische Laboratoire ass ge'nt 1900 an ènger schappiger Annexe vum Regé'rongsgelände, an der rue de Clairfontain.

taine, provisoersch ënnerbrucht gin. Den August Praum war den e'schten Direkter. Spe'derhin, ge'nt 1906, ko'm de Laboratoire op de Verlu'rekascht sto'n.

* * *

D'Aekrankhêten sën fir d'e'scht, vun alle Krankhêten, bei ons spezialistisch behandelt gin. 'So' ge'nt 1864 ass den deitschen Dokter Zartmann, op Grond vun ènger Stëftong vun der Madame Willmar, régelme'sseg all ve'ertzéng Dêg op Lëtzeburg, an de Kreizgang, komm, fir dô Konsultatio'nen fir Aekranken ofzehâlen. Nom Krich 1870 ass den Dr. Zartmann no Metz wunne gâng, dad du deitsch gi war, a vu Metz aus ass hién du 'rëm rége'me'sseg op Lëtzeburg komm. Nom Dr. Zartmann, 'so' ge'nt 1882, ass den Dr. Arens vu Weiswampech an de Kreizgang als Aendokter komm. Nom Dr. Arens ko'm de Pierre Metzler, du den Dr. Schanen, a nom Dr. Schanen de Max Namur. De Max war e ganz sympathische Kollég. 'T ass nëmme Schu'd, dat hién eso' fre' gestu'rwen ass.

Den Dr. Paul Koch, e ganz distinge'erten a feinen Här, war zu Lëtzeburg den e'schten Spezialist fir Hals-, O'ren- a Nu'sekrankhêten. Den Dr. Paul Koch war de Son vum Ernst Koch, dem Dichter vum „Prinz Rosa-Stramin“. De Paul Koch ass am Ufank vum Jôrhonnert gestu'rwen. Nom Dr. Koch ko'men, als Spezialist fir Hals-, O'ren- a Nu'skrankhêten, d'Dokteren Anton Kayser an Eugen Fischer: sic sën allen zwe'n plëtzelech gestu'rwen.

Den e'schten Zännokter, den sêch zu Lëtzeburg etable'ert hât, war den Här Weber, den zu gleicher Zeit italienische Konsul wor. Nom Här Weber ko'm den Här Aloyse Decker.

* * *

Verschiede Kollégen hun och Bicher geschri'wen, an eso'gu'r Bicher vu bleiwendem Wêrt; nêt ze schwätzen vun dénen villen medizineschen Artikeln, de' sic, am Ver'laf vun de Jôren, an onsem Bulletin médical, oder an ausländischen medizineschen Zeitschrëften publice'ert hun.

Bekannt ass dem Dr. Neyen, vu Woltz, séng „Biographie luxembourgeoise“. Bekannt sën och de' Erklärongen a Kommentaren, de' den Dr. Martin Klein, vu Mondorf, ons i'wert den Rénert vum Rodange gin hu't. Den Dr. M. Klein war én vun dénen e'schten Lëtzeburger, dén den he'e Wêrt vum Rénert erkannt hu't.

Den Dr. J. P. Glaesener, vun Diekirch, hu't zwé wèrtvoll Bicher geschri'wen, de' én nach ha'ut mat Andacht a mat Profitt li'se kann: „Le Grand Duché de Luxembourg historique et pittoresque (1885)“, an „Leben und Lebenskraft: ein physiologischer Essay (1895)“. — An séngem Grand Duché de Luxembourg historique et pittoresque, e Boch, dad nach ha'ut ganz interessant ass, behaptet den Dr. Glaesener, dat onst Land nie 'so' reich a glêcklech war, ewe' zur Zeit vun de Re'mer. — Sein „Leben und Lebenskraft“ befriddegt én nêt ganz.

Den Dr. Mathias Grechen hu't zwé philosophesch Bicher erausgin: „Essai sur la pensée philosophique contemporaine“, an „Les fondements scientifiques de la pensée humaine“. Interessant ass séng Schrëft i'wer de Léon Tolstoi (1911). — Am Jôr 1891 hât den Dr. Grechen an Deitschland èng Broschür erausgin, de' bei ons èng Zeit lang vill be'sst Bludd gemâcht hu't: „Gynäkologische Studien und Erfahrungen“. — Den Dr. Grechen sét an sénger Ar-becht, dat den Tripper oft Schold ass, dat d'Fra'en kèng Kanner me' kre'en. Als Beweis vun sénger The's cite'ert hién verschidden he'ch gestalt Madammen aus sénger lëtzeburgerscher Kondschaft. Hié gëtt allerdéngs nêt hi'ren vollen Hausnumm un, mais d'Initia-len vun Hausnumm a vun hi'rem Virnumm, an de Stand vun hi'rem Mann. Nati'rlech hu't no âcht Dég 't ganz Stâd gewosst em wén et sëch gitt handelen.

* * *

Den e'schte Mo'nt, ewe' èch zu Lëtzeburg als Dokter etable'ert wor, hât èch néng Frang verdéngt. 'T war jo nêt de Pérou, ewe' et hêscht, mais de Frënd Bricher sôt mer: „Du kanns zefridde sën, den Ufank ass nêt schlècht.“ E wollt mir Hoffnong mâchen. An èch war och zefridden, ewell èch war kêmols fro' mam Geld. Nëmmen, èch hu missen ganz spu'rsam li'wen a mëch klèng, ganz klèng hâlen. 'well èch wollt ké Geld vu méngem Papp fro'n fir auszekommen. Mëttegs hun èch zwo' Wirschtercher mat Grompere gi'ëss. Eng Wirschtchen — Imitatio'n Frankfurter Würstchen — hu't e Grosche kascht, zwo' Wirschtercher fënnef Su. D'Gromperen hu mech neischt kascht, ewell èch hât mir e Säck voll mat vu Weiswampech bru'cht.

Mein e'schte Klient war den Här Ravenel, aus der Adolphe-Fischer-Stróss, e Franzo's, dé mat Wein gehandelt hu't. Sei Kand hât Krämp kritt. 'T war Sonndes Owends ewe' èch geruff si gin: èch wëss et nach eso' gudd, ewe' wann et gëscht geschitt wär. Ech hun lang d'Kand bekuckt a stode'ert. Ech sutz gewëss èng Stonn bei séngem Bettchen. Als Medizin hun èch him drei Päckelcher Calomel mat tubera Jalapa verschri'wen: kèng Salzseier, ewe' de Geheimrat Fürbringer vu Berlin. Ewe' èch fortgo'e wollt, frét den Här Ravenel mëch wât hién mir schëlleg wär. Ech hât mëch schons am viraus op de' delikat Frô gefásst gehâlen, an èch hât mir schons lang viraus i'werlucht wât èch fro'e gi'w. Ech sôt du schle'sslech: „Drësseg Su, Här Ravenel.“ Nati'rlech op franse'sch. Ech war erlichtert ewe' et 'raus war. Méng Angst war nun dat den Här Ravenel so'e gi'w: „Mais c'est trop, Monsieur, bien trop. Vous oubliez que je ne suis pas millionnaire.“ Ech hât mir vi'gehall dem Här Ravenel i'werhapt neischt ze rechnen, 'wann hién fanne gi'w, dat drësseg Su ze vill wi'ren. Mei Stolz hätt mër nêt erlabt fir mat him ze märten. Mais den Här Ravenel hu't neischt gesôt, hién hu't mëch gleich bezu'lt: rubis sur l'ongle. Ewe' èch fortgung, hun èch mëch bedankt an him gesôt èch ke'm mur 'rëm nom d'Kand kucken. Ennerwe'gs, ewe' èch hêm gung, hât èch méngt e'scht gewonne Geld — èng Mark an zwe'n Groschen — an der Hand behâlen an nêt a mei

Portmonni gedun. E Kinnek hätt nüt können op séng Kro'n stolzer sin.

Den âneren Dag hu't den Här Ravenel mir geschéckt so'n, éch breicht nüt me' 'rém ze kommen, d'Kand wär besser. Haneno hun éch gehe'ert, dat hién en âneren Dokter geruffen hätt. Ech war nêmmen als No'tstopp geruff gin. — Ech muss so'n, dad hát méch âl gefoxt: éch hát et dach eso' gudd gemèngt. Ech kru'g 'rém èng kal Lusch, ewe' démols, beim Geheimrat Fürbringer. — Oder... oder sollt éch vleicht dem Här Ravenel ze he'ch gerechnet hun...? Dad könnt jo och 'mol mi'glech sèn. Bref, éch hát schons geplangt, fir mèng Preisser crofzesetzen. — An dach hätt éch gäre gewosst ewe' et mat dem kranke Kand gänge wi'r. Ech hát méch wi'rklech un dad klèngt Médchen attache'ert. Ech könnt i'wer mei wärreg nüt me' hannescht go'n; den Här Ravenel hát méch jo zaxteg virun d'Dir gesât.

* * *

Den zwêten Mo'nt gung et nach besser. Zwé gudd Frènn hu mir gehollefen a mir ènnert d'Ärem gegruff: den Dr. Alesch an den Här Henri Vannérus.

Den Dr. Alesch telephone'ert mir op é sche'ne Mu'rgen, hié wär gefallen, en hätt sèch de Fo'ss verstaucht, an hié kènnt nüt 'raus go'n. En hu't méch gebi'den an sènger Plâz verschidden vun séngen Kranken besichen ze go'n: E Kranken am Neiduref, én zu Gasperech, an den Här Herzig aus der Gro'ssgâss. Den Här Alesch sôt mër: Dem Kranken aus dem Neiduref kannst de zwo' Mark fir d'Visitt rechnen, dem Kranken vu Gasperech och. Dem Här Herzig rechnets de neischt: 't ass jo nêmmen e Lâf fir an 't Gro'ssgâss, dad mëchts de eso' en passant; du verdéngs jo i'wrigens e sche'nt Stéck Geld zu Gasperech an am Neiduref.

Jo, éch hát démols e gudden Dâg: ve'er Mark rèng, durech den Dr. Alesch, a me'glecherweiss nach âner flésseg Kapitalien, vun dénen éch méch allerdéngs ha'ut nüt me' gené erènnere kann. Den Här Herzig, dé bekannte Bijoutier aus der Gro'ssgâss, war e jovialen, âlen Här, dé méch ganz frëndlech empfângen hu't, an den an èngem sche'nen Himmelsbett lu'g. Séng Schlôfkummer war ganz sche'n an artistesch ageri'cht. Ewe' éch beim Här Herzig war, ko'm d'Kâchin vum Dr. Alesch eran. Sie hát en zo'gedeckten Teller an der Hand, an sie sôt zum Här Herzig: „Elei schéckt den Här Alesch léch èng Äl de Pulli (aile de poulet). Mir hun ha'ut e gebrodenen Hintgen zum Mëttegiessen, an den Här Alesch hält dropp, dat sei Klient a sei Nôper e Stéck dervun soll matkre'en. Hién wènscht dem Här Herzig gudden Appetit, an en ass dèr Ménong dat èng Äl de Pulli de' best Medezin wi'r, fir dem Här Herzig 'rém zur Gesondhêt ze verhellefen.“ Den Här Herzig hu't der Kâchin èng Hand gedréckt; mat der âner Hand hu't hién sèch èng Tre'n aus dem A gewèscht.

Jo, dir jong Här Kollégen: den Dr. Alesch war nach de gudden, âlen Hausdokter, dén dir nüt me' kennt. Fir villen vun iéch

war de Viktor Alesch e Schaus, fir mëch war ët én sympathische Broseler mat èngem goldenem Hi'rz. Vum Här Herzig hun ëch kén Honorar kritt, ewell ëch ként gefrôt hât. Mais de' Lektio'n, de' den Dr. Alesch mir beim Bett vum Här Herzig gin hu't, dodu'rech, dat hién èngem âlem, krankem Klient séng ècht mënschlech Sympathie bewi'sen hu't, war fir mëch jongen Dokter me' wèrt, ewe' de' ve'er Mark, de' ëch dén Dag, durech den Dr. Alesch, am Neiduref an zu Gasperech kritt hun.

* * *

Den Här Henri Vannérus war en intime Frënd vu méngem Papp. Sie hâten zesummen zu Pareis stude'ert. Den Här Vannérus wollt mir Gele'enhêt gin fir èppes ze verdéngen: hién wollt mir hellefen. Hié war Präsident vum Geri'cht, an op é sche'ne Mu'rgen hu't hién dem Geri'cht vi'rgeschlo'n, fir mëch, mat dem Dr. Burggraf an dem Dr. Franz Baldauff, als Expert ze ernennen, fir e Gutachten ofzegin i'wer de Gêschteszo'stand vun èngem Ugeklo'ten. Nët elèng hun ëch bei dëser Gele'enhêt 120 Frang verdengt — e ganze Ko'p Geld — mais ëch konnt och nach mat grossem Interessi de Gank vun ènger geri'chtlecher Expertise verfolgen, 'so' ewe' et fre'er mëschstens gemâcht gu'ff.

Den Ugeklo'ten husch Mangel. Ewe' de' drei Experten fir d'e'scht zesumme komm sin, ass festgelu'gt gin, dat den Dr. Burggraf, als den E'lsten, de Präsident vun der Kommissio'n wi'r. Ech, als de Je'ngsten, war den Sekretär. Den Här Burggraf hu't Sëtzongen gefe'ert an d'Fro'en un den Ugeklo'ten gestalt. Ech hun d'Entwerten missen opschrei'wen; den Dr. Baldauff hu't neischt brauchen ze mâchen, a neischt brauchen ze fro'en: hién hu't nëmmen breichen nozelauschteren an hêmlech ze lâchen.

Den Dr. Burggraf frêt: „Ewe' ass èren Numm?“ Entwert: „Mangel.“ Dr. B.: A we' ass de Virnumm?“ Ent.: „Michel.“ Dr. B.: „Ewo' sit dir gebu'ren?“ Ent.: „Zu Hesperingen.“ Dr. B.: „A winni sët Dir do gebu'ren?“ Ent.: „Den 6 Abröl 1884.“ Dr. B.: „A wat schafft Dir?“ Ent.: „Ech sin Scho'stergesell.“ Dr. B.: „Bei wém sët Dir Scho'stergesell?“ Ent.: „Beim Scho'ster Jang Schmit vu Kopstel.“ Dr. B.: „Sët Dir nët verwandt mat dem Kutschegeschäft Mangel-Ludig?“ Ent.: „Nên, Här Dokter, ëch sin nët verwandt mat dem Kutschegeschäft Mangel-Ludig.“ Dr. B.: „Mais, sôt emol, gudde Frënd, stréckt Dir léch nët hei an do èng klèng un?“ Ent.: „Nên, Här Dokter, ëch strécke mir nët hei an do èng klèng un.“ Dr. B.: „Sëtt Der bestu'd?“ Ent.: „Nên, Här Dokter, ëch sin Jonggesell.“ Dr. B.: „Dann ass et gudd fir dës Ke'er, mir hâlen opp, 'soss gëtt Dir ze mitt . . . No âcht Dêg fu're mer virun . . . Här Sekretär, schrei'wt jidfi'rderèngem vun ons drei Vakatio'nen op . . . An ëch propose'eren elo bei de Nocké e Pättchen hu'len ze go'n.“ — No âcht Dêg komme mer 'rëm zesummen. Den Här Präsident stellt de'selwegt Fro'n: „Ewe' ass èren Numm?“ Ent.: „Mangel.“ Dr. B.: „A we' ass de Virnumm?“ Ent.: „Michel.“ Dr. B.: „Ewo' sitt Dir gebu'ren?“ Ent.: „Zu Hesperingen.“ Dr. B.: „A winni sët

Dir do gebu'ren?" Ent.: „Den 6. Abröl 1884.“ Dr. B.: „A wat schafft Dir?" Ent.: „Ech sin Scho'stergesell.“ Dr. B.: Bei wê'm sêtt Dir Scho'stergesell?" Ent.: „Beim Scho'ster Jang Schmit vu Kopstel.“ Dr. B.: „Sêtt Dir nê't verwandt mat dem Kutschegeschaft Mangeludig?" Ent.: „Nên, Här Dokter, êch sin nê't verwandt mat dem Kutschegeschaft Mangeludig.“ Dr. B.: „Mais, sôt emol, gudde Frënd, strêckt Dir lêch net hei an do èng klèng un?" Ent.: „Nên, Här Dokter, êch strêcke mir nie èng klèng un.“ Dr. B.: „Sêtt Der bestu'd?" Ent.: „Nên, Här Dokter, êch sin Jonggesell.“ Dr. B.: „Dann ass et gudd fir dês Ke'er, mir hâlen opp, 'soss gëtt Dir ze mitt . . . No âcht Dêg fu're mer virun . . . Här Sekretâr, schrei'wt jidfi'derèngem vun ons drei Vakatio'nen op . . . an êch propose'eren elo bei de Nocké e Pättchen hu'le ze go'n. — No âcht Dêg ko'me mer 'rêm zesummen. Den Här Präsident stellt de'selwegt Fro'en, oder besser, hié wêllt de'selwegt Fro'e stellen. Dr. B.: „Ewe' ass èren Numm?" Den Ugeklo'ten èntwert an èngem Zock, o'hni op-zehâlen, an o'hni op d'Fro'en vum Här Präsident ze wârden: „Ech hêsche Mangel, mei Virnumm ass Michel, êch si gebu'ren zu Hesperingen, den 6. Abröl 1884, êch sin Scho'stergesell, ech schaffen beim Scho'ster Jang Schmit vu Kopstel, êch sin nê't verwandt mam Kutschegeschaft Mangeludig, êch strêcke mir och nie èng klèng un, êch sin nê't bestu'd, êch sin nach Jonggesell. A nun, dir Hären, nu kënnt dir e Pättchen bei de Nocké hu'le go'n.“ — Den Här Burggraf war paff, den Här Baldauff lâcht ganz verschmitzt an sein ro'de Bart, êch man èngt dommt Gesi'cht, an o'hni emôl vum Här Präsident weider opgefu'dert ze gin — êch hât och schons èppes beigele'ert — schrei'wen êch jidfi'derèngem vun ons drei nei Vakatio'nen op. Den Dr. Burggraf sê't du: „Mais, êch fannen, dat dé Mann gêschteg ganz normal ass. Wat mêngt Dir, Här Kollég Baldauff?" „Ech mêngen dad och“, sê't den Här Baldauff. Ech go'w i'werhapt nê't gefrôt. Den Här Präsident sôt nê'mmen zu mir: „Här Sekretâr, da mâcht ère Rapport en conséquence.“ — Ech mêngen. hién hât mei Numm vergi'ss.

Op mër no der drëtter Sêtzong nach bei de Nocké gângen sin, dad wêss êch nê't me' sicher. Ech mêngen i'wer jo, ewell de Grâchen hât ons de' zwo' e'scht Ke'eren ze vill gudd geschmâcht.

Dad war de' gudd âl Zeit vu fre'er.

* * *

Fre'er, jo fre'er, ewe' ech nach vill me' jonk war, hun êch mêch gei'rgert, 'wann én nê't richtig gângen ass, oder 'wann én Dommhêten gemacht hu't. Ha'ut. ewo' êch 76 Jôr âl sin, i'rgeren êch mêch nê't me' do'ri'wer. Ha'ut kucken êch d'Welt mat ganz âneren A'en un ewe' fre'er. Dad ass, ewell êch ha'ut me' mênsschlech gi sên.

D'Neigong fir de Sitteri'chter an de klènge Krittikaster spillen ze wêllen, verschwe'nd am he'hem Alter. Am Alter gëtt é manner strèng, a virun allem me' mênsschlech, ewell am Alter verstinn mir

d'Mënschen besser, besonnesch wa mir an onsem Li'wen vill Em-
gang mat de Mënschen hâten.

Als klängt Kand ware mër jo all nëmme Mënsch, a neischt
ewe' Mënsch. Als 'âle Mann komme mir 'rëm zum Mënsch zrëck.
D'Kand an den âlen Petter bege'nen sëch an der Mënschlechkêt.
Hi'rt Li'wen ass virun allem, eso'wu'l bei dém èngem ewe' bei dém
âneren, èngt vegetatif Li'wen: den Ennerschêd ass nëmmen, dat de
Gëscht beim Kand lu's a lu's ëmmer me' gro'ss gëtt, a beim Petter
ëmmer lu's a lu's me' klëng.

'T ass besonnesch ons Tätëgkêt als Dokter, de' ons ëmmer
mënschlech erhält, an ons och ëmmer me' mënschlech mëcht.

'Wa mir an onsem Sprechzëmmer èng sche'n Madame am
Stippchen, oder e reichen Här am Läpp ènnersiche mussen, da ver-
schwënd de' sche'n Madame, an och de reichen Här, an et bleiwen
nëmmen zwê klëng, armse'lech Mënschekanner zrëck, de' wënschen,
dat mir hinnen nëmmen hellefen sollen, fir dat sie hi'r mënschlech
Schwächten i'werwanne ke'nten. — All Ke'er, wann den Dokter
dër sche'ner Madame an dem reichen Här hellefe muss, fir vun
hi'rem he'hem Stull erof ze k'ammen, den sie an der Gesellschaft
belu'gt hun, a fir 'rëm ganz Mënsch können ze gin, klëmmt den Dok-
ter och mat hinnen erof: hié könnt hinnen entge'nt, an hién le'sst
së nët am Stach. An e klëmmt eso' oft erof, eso' oft, dat hién am
Enn wënscht a begi'rt fir nëmmen ëmmer um Bu'dem, bei de Mën-
schen, bleiwen ze können, a fir nët me' eropp klammen ze missen.

Fre'er konnt e Soff, èng Lomp, e verho'erte Mënsch, oder èng
domm Lo'der mëch foxwëll mâchen. Ha'ut bedauern ëch së
nëmmen, ewell ëch mir so'n, dat sie nëmmen e Soff, èng Lomp, e
verkommend Subjekt, oder èng domm Lo'der gi sën, ewell eiser
Härgott et eso' gewollt hu't. D'Police oder de Paschto'er können
se wu'l èng Zeit lãng um Wë behãlen, dén sie fir richtig ugesin,
mais d'mënschlech Essenz kann nie ganz ènnerdrëckt gin: sie könnt
ëmmer 'ropp, 'so'bãl ewe' d'Police oder de Paschto'er de Rëck ge-
dre'nt hun.

Èngem agebildetem Maulert, èngem Fralettsgeck kann ëch ver-
zei'en: hir Ondugenden si mënschlech, ewell se hinnen ugebu'ren
sin. Mais wãt ëch nie verzei'e konnt, a wãt ëch och nach ha'ut
nie verzei'e kann, dad ass d'One'erlechkêt, virun allem d'One'er-
lechkêt a Geldsãchen, ewell d'One'erlechkêt ass nët ugebu'ren.
Als Doktor könne mir se nie verzei'en. Sie ass èng Folg vun
ènger falscher Erze'ong. Sie ass e Göfft, dad besonnescht an
ènger schlëcht gefe'erter Kannerstuff wi'sst. — Mir hu jo Fa-
mi'lgen, ewo' d'Mitgli'der vun dër Fami'lgen all gronde'erlech sin,
mais do sën och âner Fami'lgen, ewo' d'Mitgli'der all one'erlech
sin. Mir hun och ganz Völker, de' vun Haus aus ganz brav an
e'erlech sin, ewe' d'Finnen an d'Chine'sen. Schons virun 2500 Jôr
sën d'Chine'sen vum Confucius zur E'erlechkêt u'gehãle gin, an
ha'ut gin sëng Vi'rschrëften, bei de Chine'sen, nach ëmmer, vum
Papp op de Son, i'werdro'n. Mais do sën i'wer âner Völker,

ewe' d'Italiener, de' nëmmen drop aus sin, fir d'Fri'm bedre'en ze können, de' an hi'rt Land kommen. Den Deitschen war virum Hitler ëmmer als én e'erlechen Geschäftsmann bei ons ugesi gin: d'Belsch vun ha'ut ne cherchent qu'à nous rouler.

* * *

Zu méngem gre'sstem Schréck gesin ëch, dat ëch elo op e ganz falsche Wë gerôde sin. Ech war nëmmen wëllens fir eso' en passant, an ënger klënger Schrei'werei, verschidde Biller aus fre'erer Zeit vun onser klënger, lëtzeburgischer Dokterschaft festzehâlen, du sën ëch op ëmol an Ongedanken ganz pedantesch an domm gin, 'so' dat ëch zu gudder Lescht an e philosophescht Gebidd eragero'den sën, dad hëscht op e Bu'dem, ewo' ëch neischt, i'wer och gl'âd neischt, verlu'ren hât. Dir musst mer verzei'en, geschitt nët me'...

Ech hun elo' e'nescht vum Dr. Alesch geschwât. Dad erënnert mëch un ëng Episode, de' ëch am Examen erli'wt hun. Ewe' ëch mein doctorat en médecine gemâcht hun, hât de Martin Herriges sëch fir d'Kandidatur gestalt. Den âlen Dr. Feltgen stellt him an der Physiologie als Frô: „Die Defäkation.“ De Martin gëtt sëch drun, an e le'sst de sphincter ani obmarsche'eren, de levator ani, d'Bauchpresse, an eso'gu'r den transversus perinei. Dad Gedëssems ass dem Dr. Alesch nët gang, an op ëmol rifft hién aus: „Dajé, dajé, hâlt emol stëll: Da gëtt gesch...!“

Ewe' den Dr. Koepf den Examen passe'ert hu't, war am Schrëftlechem als Frô gestalt gin: „Die Befruchtung des menschlichen Eies.“ De Kandidat Koepf hât d'Frô zi'mlech humoristesch a burschikos behandelt, a we' hién se virgeli'st hu't, rifft op ëmol de Präsident, den Dr. Niederkorn: „Monsieur le candidat, vous vous moquez de nous?“ Den Dr. Koepf — hié war vu Munshausen — stët op, an e sët zum Här Präsident: „Monsieur le Président, croyez-vous que je veuille me donner la peine de descendre du haut des Ardennes. pour me moquer de vous?“ En ass doropper hin och durchgefäl.

Virum 1890 war den Dr. Niederkorn bâl all Jôr an der Examenskommissio'n fir d'Dokteren. Sein valet de chambre, Kutscher a Faktotum war de Po'l. De Po'l kru'ch vun den Examenskandidaten en Dâler, wann hién hinnen so'e konnt, 'wât fir e Boch den Här Dr. Niederkorn benotze gi'ef, fir sëch op den Examen vi'rzeberëten, an op wât fir ënger Seit d'Boch obgeschlo'e wor, ewe' den Här Dokter dran stude'ert hu't. De Po'l hu't mu'nechen Dâler agestach, mais op d'Kandidaten sëch ëmmer op séng Donne'en verlösse konnt, dad gi'w ëch bezwei'wle wëllen.

* * *

Am Krich 1914-18 hât den Dr. Schaefgen vun Esch den Här Lévy ze behandeln, dé virum Krich zu Lëtzeburg gewunt hât. Den Här Lévy hu't ëng Konsultatio'n mat ëngem ausländischem Professor gewënscht, wât jô während dem Krich praktesch unme'gleich ze errêche wor. Ewe' i'wer de Kranken dem Dr. Schaefgen këng Ro'h gelössen, an op sei Professor mordicus gehâlen hu't, le'sst den

Dr. Schaeftgen den Dr. Formann vu Lëtzeburg kommen, an e stellt dem Här Lévy den Dr. Formann als ausländische Professor vir. Ewe' den Här Lévy den Dr. Formann gesuch, du jeitzt hién: „Gott der Gerechte, död ist ja de Dokter Formann, dem ich immer abgekauft habe seine alten Hosen.“

Den Dr. Grechen hât och èng Ke'er èng reich Patientin va Woltz a Behandlong, de' en ausländische Professor verlangt hu't. Den Här Grechen le'sst doropperhin den Dr. Franz Baldauff kommen, dé mat séngem gro'ssem ro'udem Bart e richtige Professor durgestalt hu't. Virun der Konsultatio'n, sôt den Dr. Grechen zum Dr. Baldauff, hién sollt nêt mat der Patientin schwätzen, dad gi'w de' krank Madame zevill opre'gen: sie wir èppes nervös. Während der Konsultatio'n hu't den Här Grechen am Krankenzëmmer e ganz gele'erte, lánge Vortrag op Ho'deitsch gehâlen. Den Dr. Baldauff hu't alt de Kapp ganz verwonnert geréselt, mais en hu't neischt gesôt, ewell en hu't nêt di'rfen schwätzen. Ewe' du i'wer den Dr. Baldauff fort gung, bege'nt hién an der Trâp der Mutter vun der Klinik. E gêt op se lass, an hié sêt ganz opgerêgt zu hir: „Schwester, den Dr. Grechen ass verréckt, richtig verréckt; Dir musst hién aspäre lössen, ewell dad gëtt gefe'erlech mat him. Denkt emol un, hién hu't ëmmer mat mir Ho'deitsch geschwât bei ènger Madame va Woltz.“ — De gudden e'erlechen Baldauff konnt sêch nêt dénken, dat hién hu't missen, o'hni et ze wëssen, den deitschen Professor spielen.

* * *

Virun circa drësseg Jôr hu't d'Lëtzeburger Krankenkass den Dokter en Circulär zo'geschéckt, 'wo'ropper gesôt gu'f, d'Dokteren di'rften an Zo'konft nênnen ganz bëlleg Medikamenten opschreiwen, an, ewo' me'glech nênnen „Ersatzpräparaten“. Den Dr. Bricher, mein gudde Frënd, hu't du ènger Frächen op èngem Recept verschri'wen: „Für fünf Su Chamomillenblumentee-Ersatz.“ D'Frächen gêt mat dem Recept an 't Aptikt Kuborn, an sie i'werre'gt dem Provisor d'Recept. Dén hu't et geli'st, nach èng Ke'er geli'st, an de Kapp geréselt. Et gêt bei de Patron, den Här Kuborn, an e sêt zu h'im: „A wât soll êch eleimatt mâchen?“ Den Här Kuborn li'st d'Recept, rêselt och de Kapp, an e sêt zum Provisor: Sch hir an 't Tu'd.“

Am Krich 1914-18 waren preisesch Zaldoten um Ho'wald an 't Landhaus vum Här Aptikter Kuborn agebrach an sie hâten an séngem Gart Pi'ge gepléckt. Dad hu't den Här Kuborn gefoxt, an hién hu't mat ènger Pravaz-Sprêtz a jidder Pi'g èng ganz stark Le'song vun tartarus stibiatus gesprêzt. Doropper hin kru'chen 't preisesch Zaldoten 'so' de Schësser, an nach ewell de Bluddschësser, dat hir Militârdokteren festgestalt hun, um Ho'wald wi'r d'Dysenterie ausgebrach. Engt Extraspidol fir Dysenteriekranken go'f eso'gu'r ageri'cht.

Zu Rêmelengen ko'm en Arbechter an 't Aptikt Schroell mat èngem Recept. D'Fami'lge Schroell sutz um Môttesdësch, an sie

hâten grad de Lâffel am Monn. D'Madame Schroell gung an 't Ap-
tikt, kuckt sêch d'Recept un, an sie sêt zum Arbechter: „Kommt
i'wert èng Stonn 'rêm, 't muss nach gekacht gin.“ Sie hât nati'rlech
net gèren, dat hir Zopp sollt kâl gin. Du sêt den Arbechter: „T ass
gudd, èch kommen 'rêm, mais èch wosst jo nêt dat d'Bluddsôffer
missten gekacht gin.“

* * *

Eng kurio's Veterinârgeschicht hu't sêch zu Ettelbrêck zo'ge-
dro'n. Beim Burens Hary, èngem bekanntem Kaffi vun Ettelbrêck,
war festgestalt gin, dat èngt Fâss Be'er, dad grad opgestach gi wor,
kê gudde Geschmâch hât. D'hu't der Madame Bur i'wer lè'd ge-
dunn, fir d'ganz Fâss an de Kulang lâfen ze lÛssen, an sie sêt zu
hi'rem Mann, zum Hary, sie hât wëlles, d'Fâss Be'er de Schweinen
ze gin. „Jo gewëss“, sôt den Hary, „'t kann hinnen ëmmerhin
neischt schu'den.“ D'Schwein hun de Be'er mat Genoss gesoff, kèng
Drèpps ass i'wreg bli'wen. Mais sie sin ganz voll gin: richtig voll
ewe' e Schwein. Sie sèn do'rëmmer getrollt, hun sêch um Bu'dem
gewânzelt a gerullt, gequickt a gebrëllt. An èngem Wurt, sie hun
sêch opgef'e'ert ewe' Schwein. — Zo'fâllegerweiss ass du de Ve'dok-
ter Reckmann, dén an der Wi'rtsstuff sutz, an den Haff komm, do
ewo' d'Schwein hi'r Konsten gedri'wen hun. Hié kuckt dem Spill
ganz verwonnert no, an e riff: „Mais de' fâlen an 't Krânkt; dad
ass èng épilepsie collective. De' müssen gleich geblidd gin, 'soss
gin se kapott.“ D'Madame Bur hu't alt neischt gesôt: sie hu't sêch
gene'ert fir anzestog'n dat d'Schwein e Fâss Be'er gesoffen hâtten,
an sie hu't de Ve'dokter gewërde gelÛss. Den Här Reckmann hêlt
hu'rteg séng Instrumenten aus der Tâsch: Messer a Sche'er, an hié
schneit de Schwein all de Schwanz erof. D'Schwein hu gebi'relt vu
Péng, mais durech d'Operatio'n, an durech den zimlech gro'ssen
Bluddverlost sèn sie 'rêm ni'chter gin, an sie hun sêch zu gudder
Lescht an en Eck ganz ro'heg gekuschelt. Den Här Reckmann hu't
gestrâhlt vu Frêd. Eso' e sche'nen operativen Erfolg hât hién nach
nie gehât. A we' hién 'rêm an 't Wi'rtsstuff ko'm, an séng Instru-
menten sche'en ofgebotzt hât, sôt hién ganz stolz zo' de Gâscht,
de' dô su'tzen: „Gesitt Dir, Dir Hâren, gesitt Dir, eso' hêle mir
d'Épilepsie.“

Owends ass den Hecken Hary an de Kaffi komm, an hién kru'g
d'Geschicht vun dér wonnerbarer Hêlong vun ènger épilepsie col-
lective erzi'ht. „Em Gotteswëllen“, sôt den Hary, „wann se mir
nëmmen èngt klèngt Stêck vu mëngem Schwanz ofgeschni'den hât-
ten, all Ke'er wann èch èng un hât, dann hât èch schons lãng ké
me'.“

* * *

'T ass nun i'wer de' he'chst Zeit dat èch mat all dénen Flau-
tereien ophâlen, an dat mir ons 'rêm un 't Arbêcht gin. Den Tele-
phon hu't schons dreimol gerabbelt, fir ons an 't Neidurf an op
Pissingen ze ruffen.

Erlabt mer nëmmen dat èch léch nach hurteg erzi'len, ewe' et

dem Dokter Schaeftgen an ènger Fu'sendsnu'cht ergängen ass. An dann håle mer op. Jiddenfals fir ha'ut.

Den Dr. Schaeftgen gëtt an der Nu'cht bei e Kand geruff, dad un ènger Gehirnentzündong schwe'er erkrankt wor. Ewe' hién an 't Krankenzëmmer ukomm ass, fro't hién d'Madame, de' hién ruffen ass komm, ob sie d'Mamm wär. „Nèn, èch sin d'Nôpesch“, war d'Entwert. „An ewo' ass dann d'Mamm?“ „De' ass op de Fu'sendsbâl.“ „An ewo' ass de Papp?“ „D'Kand hu't ké Papp.“ — D'Kand gëtt zu gesengenen A'en èmmer me' schlecht. Den Dr. Schaeftgen mëcht him alt nach verschidde Aspätzongen, an e lét him èngt nâss Doch op de Kapp. 'T hu't alles neischt gehollefen. De Bolz sëtzt aus, d'Kand kritt Krämp am rechten Arem, verdre't d'A'en a sti'rw. Do'd war èt. Den Här Schaeftgen sôt du zur Nôpesch: „Lôsse mërr gleich d'Kand propper le'en a frësch undin. Wa mërr wården bis d'Leichestâr do ass, da mëcht dad sëch schlecht. Kommt, helleft mërr.“ Ewe' d'Kand sche'n gebo'ht war, sôt den Dokter zur Frâ: „Gitt Därr elo schlo'fen; èch blei'wen hei bis d'Mamm 'rëm-könnt.“ Den Dr. Schaeftgen sëtzt sëch nun ni'wend dem Bettchen, ewo' dad do'deg Kand lu'g, an hién sutz do zwo' Stonne lãng fir op d'Mamm ze wården. So' ge'nt halwer fënnef gët d'Hausdi'r op, an d'Mamm ko'm heran. Op der Trãp hu't se nach e lëschtgen Gassenhauer getrãllert: Ist denn kein Stuhl, Stuhl da, für meine Hulda, Hulda . . . Ewe' se am Pierrotskostüm an d'Zëmmer ko'm, gesuch sie den Dokter Schaeftgen beim Kannerbett sëtzen. „A wât mât Dir hei, Här Dokter?“ sôt se. — De Nêckel stët op, an e sét zur Madame: „Kommt, Madame, sëtzt léch op dëse Stull; èch hun léch èr Plãz versu'rgt.“

D'Hulda hát emol dës Ke'er sei Stull kritt.

'T ass ze hoffen, dat dé mëschleche Gësch, dén den Dr. Schaeftgen durzo' bru'cht hu't, fir dem Hulda sei Stull wãrem ze hålen, a fir èngem armem, verlössenem Kand, nach no séngem Do'd. mëschlech beizesto'n, 't ass ze hoffen, dat dëse Gësch kémols der Lëtzeburger Dokterschaft verlu're gët. Dad wënscht den ålen

Dr. Fr. Delvaux

Docteurs
POUR VOS IMPRIMÉS



IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

MAISON D'ÉDITION

40, Avenue de la Gare, Luxembourg · Tél. 28-70 et 56-94

SOLURIC

Le remède spécifique
pour la cure de toutes
les manifestations uricé-
miques (Rhumatisme,
arthritisme, goutte, gra-
velle, sciatique etc.)
chroniques ou aiguës.

 LA SINTETICA, A. G. CHIASSO

REPRÉSENTANT pour le
Gr.-Duché de Luxembourg :

PROPHAC
RUE BAUDOIN 25
LUXEMBOURG
Tél. 30 73

VERODIGEN

das rasch wirkende Digitalispräparat

(1 Tablette = 0,8 mg Verodigen — 0,1 g folia digitalis)

Verodigen - der Gitalinanteil der Folia digitalis - zeichnet sich vor allem durch zwei Eigenschaften aus:

- 1) durch einen überlegen raschen Wirkungseintritt,
- 2) durch ausgesprochene Wirkung auf das Reizleitungssystem unter Herabsetzung der Schlagfolge.

Mit niedrigen Dosen wird ein voller therapeutischer Erfolg erzielt, auch bei der Dauerbehandlung erfolgt nur geringe Kumulation, sodass sich Verodigen hervorragend zur Digitalis-Dauerbehandlung eignet.

Indikation: Herzinsuffizienz, besonders mit Arrhythmia perpetua; paroxysmale Tachykardie.

Dosierung: $\frac{1}{2}$ -1 Tablette 3 mal täglich.

Packungen: 12 Tabletten; 25 Tabletten.

C. F. BOEHRINGER & SÖHNE G. M. B. H.

MANNHEIM-WALDHOF

GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC · Baudouinstraße 25 · Luxemburg · Tel. 30-73

MYOKOMBIN

ZUR INTRAMUSCULÄREN STROPHANTHINTHERAPIE

In manchen Fällen stösst eine intravenöse Strophanthintherapie (mit Kombetin) oder eine orale Digitalistherapie (mit Verodigen) auf Hindernisse. Myokombin bietet dann die Möglichkeit, eine intramuskuläre Strophanthintherapie durchzuführen.

Die Wirkung der intramuskulären Injektion tritt etwas langsamer ein als die der intravenösen Kombetin-Injektion, ist dafür aber etwas anhaltender.

Zusammens.: 0,5 mg Kombetin (k-Strophanthin Boehringer)
+ 0,07 g Novocain (Bayer) in 1 ccm.

Indikation: Akute und chronische Herzschwäche, Tonisierung des Herzens vor Operationen.

Dosierung: Täglich 1 Ampulle intraglutäal; nach Eintritt deutlicher Wirkung erfolgt die Injektion in 2-4 tägigen Abständen.

Packungen: 5 Ampullen 10 Ampullen.

C. F. BOEHRINGER & SÖHNE G. M. B. H.

MANNHEIM-WALDHOF

GENERAL-VERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC · Baudouinstraße 25 · Luxemburg · Tel. 30 73

La Peste au pays de Luxembourg

par Jean Harpes

(Suite)

La catastrophale année de 1636

Après un court retour offensif de la Peste à Luxembourg, en 1634, qui, d'après un manuscrit conservé à la Bibliothèque Municipale, fut conjurée: „parce que les bourgeois de la Ville avaient fait une procession en l'honneur de Dieu, et des Saints Martyrs Adrien et Sébastien, et de plus, envoyé un coeur d'or à Grammont, par l'office de deux pères Franciscains; qu'à la suite de ces dévotions, la maladie coupa court.“, la douloureuse année de 1636 fut une année de guerre, de famine et de désolation pour le duché. Du dépeuplement causé par l'ensemble de ces fléaux, et dont nous aurons l'occasion de parler plus longuement, le pays ne se remit que deux siècles plus tard.

Année de guerre dans toute l'Europe, l'année de 1636 n'épargna point le Luxembourg. Après que les troupes impériales eurent dévasté toute la France, et avaient même pénétré jusqu'aux portes de Paris, elles furent repoussées, et, à cette occasion, passant par le Luxembourg, elles dévastèrent le pays d'une façon effroyable, commettant les pires exactions, pillant, incendiant les villages pour suivant les campagnards; les Impériaux avaient l'ennemi à leurs trousses. Il en résulta une situation terrible pour le pays; Richelieu envoyait quatre mille hommes, qui ravagèrent en particulier le quartier français et wallon du duché; en 1636, de la part de nos protecteurs, nous recûmes huit mille Croates, Styriens, Polonais, etc., que le peuple ne comprenait pas et qui ne comprenaient point le peuple, et qui, une fois en deçà de la Moselle, pillaient et saccageaient tout, pis que les corps francs des Suédois et des Sarrasins. Enfin, après la ruine du pays, venaient la famine et la peste...

Elle sévissait déjà en 1635, en Alsace: à Strasbourg, une mortalité épouvantable décima la population; près de trente mille étrangers s'y étaient réfugiés et sauvés des périls de la guerre, y furent assaillis par la peste. Pour la Lorraine, c'en était de même, selon Dom Calmet: „on ne vit jamais rien de pareil d'affreuses désolations et de cruelles famines, endurées dans les villes assié-

gées. On était heureux de trouver des herbes, des racines pour se nourrir, on mangeait même des animaux dont on a naturellement horreur, et même de la chair humaine; la mortalité était si terrible qu'elle dépeupla les villes et les villages." Et le journal de Jean Bouchez: „La peste était si éclatante, et l'air si infect dans Metz et le pays des autres lieux, qu'on faisait compte que le quart des gens de ce pays y laissèrent la vie; c'était la plus grande pitié en Lorraine. Plus encore qu'ailleurs, parce qu'il n'y avait pas de gens pour mettre en terre l'un l'autre." De même, dans la Province rhénane, en France, la peste sévissait pareillement, et ce n'était pas étonnant qu'elle se propageât concentriquement sur le territoire du Duché, par différentes portes d'irruption.

Le peuple s'était sauvé dans les bois, pour fuir les hordes belliqueuses. Un manuscrit de Blanchard, gardé à la bibliothèque de la Section Historique de l'Institut, à Luxembourg, nous relate ces détails: „Tous les grains et vivres dudit pays en laditte année 1636 (qui avait été très fertile et abondante) furent tellement ruinés par les Crauattes et Lorrains, et les pauvres subjects réfugiés dans les bois et forêts, pour éviter la fureur des barbares, ne pouvant seulement aller au moulin sans exposer leur vie ou du moins être pillés et détroussés, furent réduits à une si grande disette, misère et famine, que la peste s'en suivit, qui acheva de désoler et dépeupler la plus grande partie du pays." Et encore Pierret, à ce même sujet: „La province de Luxembourg fut une des premières qui fut sacrifiée, car le mois de janvier 1636, l'armée de l'Empereur, composée de 8000 hommes, sous la conduite du général Collorédo, vinrent en ce pays pour le défendre et pour faire une course en France; mais ils furent si mal conduits qu'après avoir passé la Moselle, croyant que c'était la Meurthe, et être en pays ennemi, ils commencèrent à exercer des actes d'hostilité, brûlant tous les villages, de leur route, pillant, chassant et tuant les sujets d'une manière barbare et des plus cruelles..."

Pour préserver la capitale de la peste, qui, en des endroits les plus divers du duché, avait fait sa réapparition, le Conseil Provincial promulgua une ordonnance, à la date du 20 mai 1636, adressée aux Justicier et Echevins de la Ville de Luxembourg:

Primo: „De rejeter hors des murs de la ville tous les mendians et vagabonds, qui, de porte en porte, ont l'habitude de demander l'aumône, ou de voler, et qui seraient capables de charrier une contagion éventuelle; et de faire hospitaliser les malades qui se trouvent un peu partout: „uff den Strassen und Misten oder sonst in Scheuern, Stallung, Kellern, und Heussern liegende frembde Kranken ausser der Statt führen thun, diejenigen aber, so nicht gehen können, in das Hospital tragen lassen" (probablement encore l'hospice St. Jean, au faubourg du Grund, qui devint ainsi le foyer de la contagion, le point de départ du mal, qui se propageant dans les faubourgs, remonta de nouveau dans la ville haute)."

Secundo: „Défense de faire courir les porcs ouvertement et

librement dans la rue et ordre de les faire transporter hors de la ville; dans le cas où un de ces animaux sera découvert dans les rues, ou même dans les écuries, il sera confisqué."

Tertio: „Recommandation impérieuse de veiller à la propreté des rues; . . . den grossen Wust, Misten und andere Unfletigkeiten aus den Heussern, und von den Gassen zu verschaffen, sollet ihr dur Gebuer thun, dass jemand bestellet werde, welche derogleichen uff den gemeinen Platzen und bey der Buerger Heusser liegenden Misten und grossen Wust allssgleich hinweg führe und dehero Bezahlung allssgleich uff denjenigen so gebuert sind solches zu thun, durch wirkliche Execution einzutreiben."

Quarto: „Letztlich weil, auch nunmehr etzliche Heusser allbereits infektieret, solt Ihr dieselben, wie auch dieselben, so noch hernachmals infektieret werden, mogten allssgleich zu schliessen thun, den Ihnwohnern gepieten, entweder auszuzeihn, insonderheit da sie kein Vermögen hetten, sich zu unterhalten oder aber in den Heussern sich ein und von aller Kommunikation und Gemeinschaft mit den Leuthen, bis uff sechs Wochen ab, die Thüre und Fenster zugeschlossen zu halten, und darneben einen Todtengräber jemandt zu bestellen, so diejenige, welche also ausgezogen seyndt, es seye bey dem Baumbusch oder uff Peters bey St. Greyn, und nicht zu leben haben, die Notturft zu tragen, so man durch eine Colлект oder sonst uff andere Mittel und Wege bringen sollte . . . Welches alles fleissig und mit Hintansetzung aller anderen Sachen also versehen und ausrichten sollet, bey Peen, nach Sachen Beschaffenheit dessfalls angesehen zu werden, Gott befohlen."

Lützburg, ahm 20. Tag des Monats May 1636.

Ahn Richter und Schöffen der Statt Lützburg.

(Original aux Archives de la Ville de Luxembourg, Rég. 137)

Le Magistrat de la Ville, devant ces recommandations pressantes du Conseil Provincial, et également devant les progrès rapides que faisait le mal, décida de se réunir, et prit une série d'importantes mesures sanitaires:

Ordonnance du 28 juillet 1636: un médecin est chargé de visiter les malades, et de signaler les cas de suspicion pesteuse, ainsi que de faire rapport. Résolution des mesures prises contre l'épidémie. Installation de Croque-Morts supplémentaires. Surveillance des maisons infectées. Institution de la Procession en l'honneur de St. Adrien et Nathalie (dont nous aurons l'occasion de parler encore plus longuement). (Régistre 137, Archives de la Ville, Folios 6, 7.)

30 Juillet: — Les Treize Maîtres sont convoqués; comme ils n'étaient pas tous venus, ils sont à nouveau convoqués pour le lendemain, sous peine d'amende en cas d'absence (Fol. 7) „mit Ordnung und Befehl, dass dieselben Amtmeister wied rumb alle uff eine Peen von drei Goldgulden ipso facto gegen dieselbe Zeyt

beygebotten werden sollen.“ Le lendemain, comme les maîtres étaient à peu près tous présents, ils se déclarèrent d'accord, en ce qui concernait l'institution de la Procession, mais: „sunsten die Beschiessung der infektierten Heusser anlangend, darin findt sich die Bürgschafft merklich beschwert, weil jetzige Zeit verschiedene Krankheiten in dieser Statt regieren und bis anhero mit Beständigkeit nicht d i s t i n g u i r t werden könne, wer mit Contagion aller abschewlichsten Krankheit der Pest abgestorben.“ Donc, la fermeture des maisons suspectées provoque une certaine objection et attitude hostile parmi la population: ce sont les maîtres qui s'en font les interprètes auprès du Magistrat; celui-ci n'ose plus insister . . .

Mais toutes les mesures prises se montrèrent inefficaces, le fléau se propage de maison en maison, demande des victimes en nombre toujours croissant.

1636. 1er août. Résolution de la Procession qui aura lieu en l'honneur de Dieu, des Saints Martyrs St. Adrien, St. Sébastien, et Confesseur Roch, et rédaction du „Votum Solemne“ de la Ville de Luxembourg: „Gelübt der Statt und Inwohner zu Lützburg, welches sie ahm 3. des Monats Augusti 1636 in forma solemnii in der Hern Jesuitter Kirchen wirklich geleistet: Allmächtiger Ewiger Gott. Wir Richter und Schöffen der Statt Lützburg, und sambtliche Inwohner deroselben, wie woll deines götlichsten Ahngesichts allerdings die Unwürdigste, jedoch aus Vertrauen zu deiner Guete und grundlosen Barmherzigkeit, auch durch die Wuthe der pestilenzischen Seucht, daunder wir uns durch unsere Verdienste hefftig ahngetriben befinden, geloben vor der allerheyligsten Jungfrau Maria und deinem gantzen himmlischen Heer, deiner götllichen Majestät bevorab, wie dann auche den heyligen Martyrern St. Adrien und St. Sebastian, und zugleich dem heyligen Beichtiger Rochus, hinfüro auf ewige Zeiten sie deyne Heyligen vor unsere Patronen und Schirmherren wieder die böse Sucht zu erkennen, jährlings eine Prozession und allgemeine Umbgangk Ihnen sambtlich zu Ehren, ahm neunten tag Herbstmonats ahnzustellen, und selbigen Tag zu feyren. Bitten derothalben deine unermessene guete und Miltigkeit, durch das Blut JESU Christi, und durch die Verdinste dieser deiner Heyligen, démütiglich, es wolle dir sambt ihnen gelieben, dies unser Gelübde aus deiner grundlosen Barmherzigkeit allergnädigst auffzunehmen, undt wie wir ihnen leib und leben aus Hertzen befehlen, also wollest auch durch ihre Fürbitt von jetzt regirender boesser Kranckheit uns befreyen. Amen.“

Aus befele. Richter und Scheffe, J. Simoni.

Cette procession, que, dans un élan de dévotion, le Magistrat et la population malheureuse avaient vouée, eut lieu le 3 août. De l'église paroissiale St. Nicolas, elle prit son itinéraire: „langst Ihrer Excellenz Stallungen die Gass hinunter“ jusqu'à l'église de Franciscains. Tout le Magistrat, justicier et échevins, y prirent

part en tenue solennelle, de même que des détachements des confréries conduits par les maîtres; enfin toute la population valide.

La raison pourquoi la Procession fut différée au 9 septembre, date à laquelle elle est encore célébrée aujourd'hui, nous est fournie par la Chronique de Wiltheim: „die verlobte Prozession und Umbgank ist folgens bis anhero mit dieser Ordnungk gehalten worden, jährlichs am 9. September, anderentags nach unseren lieben frauen Geburtstag, nemlich den 8. Septembris, ahn welchem des heyligen Adriani Leib von Constantinopel nach Rom gebracht und sein Fest selbigen Tage gehalten . . .“

Donc, aujourd'hui cette procession est encore célébrée, à la date du premier dimanche tombant après la fête: on y porte les statues de St. Adrien, et de sa femme, Ste Nathalie, de l'église Notre-Dame jusqu'à l'église St. Michel, où la procession prend son départ, en parcourant les faubourgs de la ville.

Mais revenons aux délibérations laborieuses du Magistrat, en 1636.

6 Août 1636. — Le Conseil mande le Magistrat pour délibérer des mesures à prendre contre la contagion (fol. 11) „qu'il faudrait, après imploration de la clémence divine, également de l'aide humaine pour se débarrasser de ce fléau“; le Conseil insiste derechef sur la fermeture des maisons infectées, et défend d'aller rendre visite aux malades; nécessité de l'enterrement rapide des cas de décès. Le Magistrat se défendait de ne pas appliquer des mesures sévères, mais signala la difficulté de fermer les maisons suspectes, puisqu'il y avait d'autres maladies également, en dehors de la peste, et que les cas de véritable peste étaient difficiles à identifier; de plus, il signala la pénurie des fossoyeurs et croquemorts, et de barbiers-chirurgiens capables . . .

Les Ordonnances suivantes démontrent toute la bonne volonté évidente du Justicier et des échevins, à faire tout ce qui est dans leur pouvoir, pour enrayer le mal, sans que pour cela la contagion cessât. 7 août. Le Magistrat décide à nouveau de convoquer les 13 Maîtres pour le lendemain . . . puis le 13 août, après réunion avec les Maîtres il leur est communiqué que le Conseil exige de mieux prendre possession de la garde de la ville; . . . les deux maisons près de la Fontaine, au Grund, sont déclarées suspectes . . .

22 Août . . . L'échevin Schütz rapporte que le Conseil a ordonné que la maison Colme est à fermer . . . De même, le „Grabenknecht“ (genre d'inspecteur des fossés subalterne, à vagues attributions de Police) est chargé de l'exécution . . . La soeur malade d'un certain bourgeois Knaf est à sortir de la ville . . . le gouvernement exige de nouveau une meilleure garde, et des soins à prendre aux approvisionnements . . . Ce qui précède est communiqué aux treize maîtres, afin qu'ils en confèrent avec la bourgeoisie . . . Sur rapport du Baumaître (receveur des comptes de la ville) des mesures sont prises pour de nettoyage des rues . . . en outre, celui-ci réfère sur

diverses infractions commises par une femme Schaff Elise, de même. Hans Rommerscheid, dont la famille était atteinte d'infection, n'a pas fermé sa maison, et est frappé d'amende... etc. etc.

9 Décembre 1636... Un docteur de St. Hubert est chargé de visiter les malades et les morts, moyennant rétribution, le Dr. Channoy (?) de St. Hubert est officiellement commis par la ville de Luxembourg; celle-ci, en effet, aux prises avec les difficultés d'identification de la malade pesteuse, avec la mauvaise foi manifeste de la population, en ce qui concerne la fermeture des maisons suspectées ou contaminées et devant l'attitude presque hostile de ce qui représentait le corps médical de la ville (Maître Bernard, chirurgien-barbier juré, s'était recusé et avait résilié ses charges) avait donc dû faire venir un homme de l'art du dehors... „Dr. Channoy (?) aus St. Hubert tractieret worden, er mag so woll den Leib der Verdächtigen Infizierten sehen, als auch Abgestorbene besichtigen, die Krankheiten diszerniren, und bey guedem Glaubem den Rapport geben...

Tout ceci démontre que la période en question était considérablement troublée, que le Magistrat se trouvait chaque jour devant de nouvelles difficultés; et malgré l'intervention incessante du Conseil Provincial, et la bonne volonté manifeste du Magistrat, la Peste augmenta et fit des victimes de plus en plus nombreuses.

Les habitants du plat pays, fuyant les exactions guerrières, continuaient à affluer dans la ville, malgré les mesures énergiques prises pour défendre l'accès du foyer pesteux; ils tombèrent de Scylla en Charybde: dépourvus de logements et de gîtes, il s'installaient n'importe où, et allaient mendier de quoi vivre de porte en porte...

Le Comte d'Emden, gouverneur, fut-lui même une victime de la peste, le 19 mars 1636; la mort du gouverneur du Luxembourg était une perte sensible pour la population.

La mortalité devint si grande que les cimetières ne suffisaient plus pour enterrer les morts; on se vit obligé de choisir un terrain sur les remparts, derrière l'Abbaye de Muenster, où l'on creusa de grandes fosses, pour y jeter, sans cérémonie, la multitude des pestiférés qui mouraient jour et nuit; un témoin oculaire raconte qu'il vit des gens pauvres porter eux-mêmes leurs défunts au cimetière, et les inhumer dans les fosses que les riches s'étaient fait réserver pour leurs propres morts.

Après le décès du comte d'Emden, Philippe Diederich, comte de Manderscheid, et Blankenheim, seigneur de Kayl, fut nommé gouverneur du Duché de Luxembourg, et comté de Chiny; il habitait d'abord l'Hôtel du Gouvernement, mais après la rapide extension de l'épidémie, il alla demeurer au château Mansfeld, à Clausen; comme le fléau allait se propager surtout dans cette partie de la banlieue de la ville, et par surcroît lui enleva son fils, qui périt de la peste, le 11 septembre 1636, il quitta cette demeure, et se retira au château de Berbourg, puis dans son domaine de Kayl. Ce

n'est qu'avec répugnance qu'il se rendait à Luxembourg, si ses devoirs l'y appelaient. Mais en automne de l'année 1636, les troupes impériales quittèrent le pays, et le gouverneur rentra à Luxembourg pour s'occuper de ses fonctions.

Il existe, aux Archives Gouvernementales, à Luxembourg, une Chronique manuscrite, datant de cette période, et touchante par sa naïveté: „Abschrift und Kopey, der durch königl., kaiserl. und fürst. Privilegien, Ordnungen und Placeten so dem Wüllenweber-ambt zu Lützburg gnädiglich erteilt, sambt verschiedene Urtheilen, die bemeltem Ambt zu guttem ausgelassen worden, beneben anderen schönen Dokumenten, so ich, Johann M o t z, bürger, Wüllenweber, und Sechser bemeltes Ampts allhier zu meiner und meiner Erben und nachkommen Nachrichten ausser den originalen und authentisierten Copeyen beschrieben... A. 1661.

Annotation mercklicher Geschichten (je ne relèverai que les faits se rapportant à notre sujet, la peste)... A, 1587 hat zu Lutzburg die böß Pestilenzische Kranckheit hefftig regiret, und eine grosse Teurung allda gewesen... A, 1626 ist abermals eine grosse contagion oder Pest zu Luxzburg gewesen... A, 1635 in novembris und decembris seyn unsaglich viell Kriegsvolcker in Landt gewesen, welche grosse Kosten dem Landtvolck gemacht; darauf seyn kommen am end des monats decembris die Polacken, Croatten und andere dergleichen frembde Nationen unter dem commando Iselanno (sic.), welche von gen. Zeyt biss in den hewmonat 1636 erbarmlich im landt mit den Menschen umbgegangen, also das niemand ihrer erwarten wollen, und seyn also das Landtvolck zu den stedten mit viehe und alles gewichen, und ist also ein unsagliches sterben unter viehe und menschen gerathen, dass etliche Menschen lange Zeiten unbegraben gelegen sein...

Mais la capitale ne fut point la seule place, où la peste faisait des ravages; partout dans l'étendue du duché de Luxembourg, la mortalité fut grande: Blanchart, dans le manuscrit que nous avons déjà cité, note: „les habitants de plusieurs villages se sont trouvés entièrement morts, et les lieux déserts et abandonnés, dont aucuns sont restés jusqu'à présent. Dans le village de Habaye-la-Neuve, par exemple, consistant en 124 maisons, et mesnages, il ne fut retrouvé l'année immédiatement suivante, 1637, que 4 plains mesnages. L'air fut tellement infecté de la contagion que les anciens, qui ont vécu pour lors, ont assuré qu'on voyait mesme les oyseaux tomber par terre estant atteints de la peste (!) — Elle a fait un ravage si général et si terrible dans la province, qu'on prétend qu'il est mort selon les supputations qui en doivent avoir été faites, onze cent mille âmes. — Quoique Berthollet indiquât des chiffres à peu près pareils, il faut considérer ce nombre, uniquement pour le duché de Luxembourg, comme une grossière exagération du fantaisiste Blanchard.

A Arlon, la mortalité ne fut pas moins grande; de vingt à vingt-cinq personnes mouraient en moyenne par jour. — A Virton,

de 210 bourgeois, il en restait en vie encore 49, et le total des décès était de deux mille cinq cents personnes, pour la ville et les alentours, puisque ici encore, la peur des troupes impériales fit chercher un refuge dans la ville à la population campagnarde.

Une autre chronique contemporaine de ces désolations, déterrée par le Professeur van Werveke dans les archives de Differdange, et traduite de l'allemand par notre chroniqueur Blanchard du Châtelet, a été notée par Oswald, mayor de Nobressart: „... le trois février (1636) le Général Isolani décampe de Nobressart et villages voisins avec son armée de Croates... mais plusieurs régiments de Polonais s'en viennent attaquer Nobressart, affligeant la population des traitements les plus cruels... Ils ont tellement rempli les uns... d'eau de fumier qu'ils en ont crevé; ils en ont attaché d'autres aux queues de leurs chevaux, et traînés après eux si longtemps qu'ils en sont morts... en ont pendus d'autres aux poutres des maisons et les ont grillés avec des torches allumées...

„Cette persécution tyrannique des Polonais et des Croates a été suivie d'une mortalité si affreuse dans cette province de Luxembourg, et notamment dans les cantons à l'entour de Nobressart en suite qu'aujourd'hui il n'y a pas resté dix personnes en vie; n'y ayant même pas resté une âme en vie dans les villages de Schadecken, d'Obercolpach, de Wolflange, Villers-Tortru, et autres, car en ladite année Wolflange a été brûlée dans le pillage, et généralement tous les habitants morts de la peste...“

D'autres chroniques rapportent encore: des enfants en bas âge, qui avaient perdu leurs parents, où qui en étaient abandonnés, erraient sans surveillance dans les campagnes, et menaient une vie misérable et vagabonde... Le Conseil provincial s'émut de cette jeunesse abandonnée, prit soin des orphelins, et donna instruction et ordre aux tribunaux régionaux de constituer des tuteurs, et de faire l'inventaire de leurs biens...

D'étranges mésalliances furent conclues; des jeunes épousaient des vieux; de riches propriétaires convolaient avec de simples paysannes; on appela cette année, qui avait connu de tels bouleversements des traditions et des moeurs, la „Folle Année“, puisque toute réflexion et raison semblait avoir quitté les hommes...

La contagion sévissait dans de nombreuses autres villes et villages du Duché; les registres paroissiaux, dans les anciennes paroisses du pays, en donnent souvent d'émouvants témoignages. A Vianden, par exemple, placé alors sous le bénéfice du comte de Mansfeld, décédé en 1604, la peste semble déjà avoir exercé ses ravages, dès 1632: dans son mémorial de famille, Gaspard Veyder, alors lieutenant-oberamtman du comté de Vianden, écrit positivement que la contagion empirait au mois d'août de cette année, et lui avait enlevé plusieurs de ses parents; que dès lors, il avait crû prudent de quitter sa maison en ville, au mois de septembre, et de se retirer au château, lui, sa famille et ses enfants.

Que plus tard, comme le danger augmentait de jour en jour, il s'était retiré à Diekirch. (Dr. Neyen, Histoire de la Ville de Vianden, et de ses comtes.)

Aujourd'hui encore, la tradition populaire rapporte que lors de cette épidémie, toute la population de cette bourgade florissante fut enlevée, sauf sept ou huit personnes qui avaient réussi à se cacher et à éviter tout contact avec les contagieux, à proximité de la ville, dans une grotte ou genre d'abri sous roche, situé environ en face de l'actuelle Eglise St. Roch, et qu'on aime encore à montrer aux touristes; et, continue la tradition populaire, en manière d'actions de grâces pour leur vie si heureusement préservée, ils auraient fait vœu d'ériger une chapelle en l'honneur de St. Roch; le bourg de Vianden, par sa vie artisanale et ses nombreuses corporations, avait une population importante et était assez florissant... Les sept survivants étaient, de ce fait, les seuls héritiers, et étaient à même de supporter les frais de leur vœu; c'est ainsi que le rapporte la légende... „la place où il y a eu d'ancienneté une forge à fer et puis une scierie à planches, joignant la rivière de l'oure au dessus du moulin de Vianden, a été accordée par feu son Altesse Sér.me Infante de très haute mémoire et des seigneurs de finance de sa majesté à la bourgeoisie de Vianden pour la convertir en un cimetière et y b a s t i r e u n e c h a p e l l e à l'honneur des Sts. Martyrs Sébastien et Roch, avec quelques maisonnettes pour y loger les pestiférés en temps de contagion. et d'enterrer les morts sur laditte cimetière...“ (Ibid.)

Il y aurait lieu de citer des rapports semblables en nombre, puisqu'il n'y a eu, dans le territoire du Duché, pas une ville, un village, ou un humble bourg, qui n'ait payé son tribut aux malheurs de la guerre, de la famine, et de la maladie.

De nombreux villages ont été tellement éprouvés, abandonnés par la population, ou rendus déserts par la mortalité, qu'ils ont disparu complètement, et que souvent, on a oublié leur existence aujourd'hui. Dans son intéressante étude sur „Quelques localités luxembourgeoises, disparues par des épidémies“ publié dans les Mémoires de la Société Historique, de 1868, M. Würth-Paquet a fait un relevé d'ensemble de ces villages abandonnés et disparus; il traite des épidémies de peste et autres catastrophes en général, sans se borner strictement à celles du 17^e siècle.

Je me vois forcé de faire de larges emprunts à cette étude d'ensemble: „Le dépeuplement de Balzingen, comme aussi de toutes les autres localités du Luxembourg, avait été la conséquence de la guerre, de la famine, de la peste, qui ravagèrent le pays en 1635 et années suivantes, ainsi que cela ressort des rapports officiels du temps; dans celui du 23 septembre 1637, le Conseil Provincial de Luxembourg dit: le peuple de cette province en est diminué de deux tiers, puis... le peuple est pauvre, plus que l'on ne peut croire, il est réduit en petit nombre dès l'année 1636, qui y apporta une désolation presque jusqu'à l'extermination, puis...“

il y mourut misérablement des personnes par cent et cent mille. et il n'y reste plus la dixième âme vivante. — Les registres, dits protocoles de l'Abbaye de Münster, déposés aux Archives du Gouvernement, rapportent que l'Abbaye perdit les deux tiers de ses conventuels. — Dans le rapport du Procureur-Général, Scouville, du 16 février 1655, on lit: le crédit manque au peuple, lequel, pour la plus grande partie, est engagé dix fois au delà de la portée de ses biens... Plus de cent villages sont abandonnés dans les désordres de ce quartier d'yver... le peuple est réduit aux extrémités, qui, en bonne partie, s'est déjà retiré en provinces étrangères, en Allemagne, à Liège, ou autres, où la paix et la possession les appelle..."

Dans une représentation des États du Luxembourg, au Gouvernement général, de la fin de l'année 1639, on lit que la famine a été telle que les mères ont mangé leurs enfants (1), et que les vivants ont déterrés les morts, pour assouvir leur faim. Le peuple s'en va journellement par troupes, quitte les maisons, les lieux de résidence, et s'en va hors de la province...

Ainsi la guerre, l'indiscipline des soldats, la famine, et la peste et l'émigration rendirent le pays presque désert.

Parmi les localités entièrement disparues, je citerai: Huchling, ou Heuchling, sur Sûre, entre Bettendorff et Moesdorff, qui s'éteignit complètement, par la Peste, selon un document authentique... de même Riessingen ou Russange, près de Reckange, sur Mess. La tradition porte qu'il y avait, près de cette église, existant encore en 1855, un village, que la peste avait régné dans le pays, tous les habitants périrent, à l'exception de deux, qui allèrent s'établir à Russange, près d'Esch-sur-Alzette, en France, localité à laquelle ils donnèrent le nom... de même Stabach, délaissé par suite de la peste et des guerres... et Wampach cité, selon Kalbersch: „Man erzählt, zwischen Hoscheid und Merscheid, etwas höher nach Hosingen, hätte ein Dorf gestanden, mit Namen Wampach, zur Pestzeit wäre es ausgestorben, und die Güter sofort an den Herrn von Bourscheid anheimgefallen. Bourscheid hätte die verfallenen Güter unter die Bauern von Hoscheid verteilt... de même Weidingen, ou Wüding, à l'ouest de Rindschleiden, exterminé par la peste... etc. etc.

Le thème de la peste de 1636 a même inspiré nos littérateurs: un auteur luxembourgeois, vivant aux Etats-Unis, M. H. A. Reuland, a publié un récit: die Pest in den Öslinger Bergen, oder der Untergang von Remmelscheid; ouvrage publié aux Etats-Unis, chez Gonner, à Dubuque (Iowa) en 1888.

L'historien a eu, en ce qui concerne le dépeuplement du duché de Luxembourg, un remarquable apport par le Recensement général des feux (ou ménages, le ménage étant compté en moyenne pour cinq têtes) mis en oeuvre par Ordonnance du Conseil Général, le 1er août 1656. Ce recensement avait été ordonné pour réaliser une répartition plus équitable des impôts, puisque les rôles ne tenaient

compte que de la situation avant 1624; il ne comprend donc pas les non-contribuables, seigneurs, clergé, et autres hauts fonctionnaires, ainsi que leur famille.

Le Professeur Schœtter a publié, toujours dans les mémoires de la Section historique, source inépuisable de faits concernant notre histoire nationale, dans le Tome XXX, 1875, un compte-rendu de l'histoire du duché de Luxembourg, pendant la guerre de Trente ans; je m'empresserai de citer in extenso le chapitre: Dépeuplement du Pays de Luxembourg:

„La terrible épidémie de 1636, les dépravations commises par les régiments... les exactions et extorsions de toute nature, auxquelles se livraient, depuis le traité de Westphalie (1648) tant étrangers qu'indigènes, avaient fini par dépeupler le pays, et par le ruiner complètement. Bien des villages étaient abandonnés et déserts. Il existe, aux Archives du Gouvernement, un document précieux qui nous met à même pour ainsi dire de mesurer toute l'étendue des pertes que le pays a éprouvées... C'est le dénombrement de feux... Ce document présente un intérêt tout particulier en ce qu'il donne en même temps le nombre des ménages qui existaient dans les différentes localités du Duché de Luxembourg, et comté de Chiny, avant les calamités de 1636.“

Nous nous contenterons de citer quelques chiffres qui, pris au hasard, prouveront que les rapports des Etats du Pays et du Conseil Provincial, portant la diminution de la population aux deux tiers ou même trois quarts, ne sont nullement exagérés; ensuite nous nous permettrons de faire grâce au lecteur des fractions de chiffres, contenus dans le document original:

	1636:	49 ménages	1656:	31 ménages
Mersch				
Esch-sur-Alzette	90	..	40	..
Bettembourg	90	..	10	..
Bascharage	49	..	12	..
Clémency	48	..	8	..
Sprinckange	19	..	2	..
Puttlange	40	..	12	..
Schifflange	42	..	11	..
Pont-Pierre	21	..	1	..
Wintrange	50	..	9	..
Wellenstein	43	..	9	..
Schwebsingen	24	..	3	..
Bech-Kleinmacher	60	..	21	..
Waldbredimus	30	..	11	..
Remerschen	75	..	23	..
Greiveldange	22	..	3	..
Stadbredimus	25	..	3	..
Grevenmacher	125	..	78	..
Kanach	34	..	8	..

On voit, par les chiffres qui précèdent, la mortalité énorme du quartier mosellan, et l'abandon en masse; Oberdonven et Nie-

derdonven, ayant eu respectivement 9 et 24 ménages, abandonnés et déserts.

	1636:	8 ménages	1656:	9 ménages
Beyren	37	..	7	..
Goestingen	66	..	25	..
Wormeldingen	52	..	20	..
Ehnen	24	..	0	..
Lenningen	77	..	9	..
Seigneurie de Wincherange	66	..	19	..
Viltingen	57	..	16	..
La prévôté d'Echternach, sans la ville	1636: 300	ménages	1656: 100	ménages
Wasserbillig	42	..	10	..
Mertert	28	..	12	..
Sélange	52	..	11	..
Marnach	15	..	2	..
Messancy	42	..	12	..
Halancy	34	..	8	..
Meix-le-Tige	34	..	8	..
Mussy	80	..	17	..
Seigneurie d'Autel	107	..	35	..
Seigneurie de Guirsch	100	..	27	..
Rule avec Marbehan	80	..	8	..
Habaye la Vieille	80	..	10	..
Habaye la Neuve	105	..	23	..

Ces chiffres tristement éloquents jettent une lumière lugubre sur l'état du Pays de Luxembourg, et du Comté de Chiny. De quelque côté que l'on porte ses regards, on ne voit partout que la misère et la solitude, la désolation et la mort.

Le dénombrement des feux nous fait voir toutes les profondeurs de la misère dans laquelle le pays était plongé; la décadence était telle qu'on s'effraie, qu'on recule d'horreur, en comparant les chiffres de cette opération au résultat de dénombrement de 1624. La Ville de Luxembourg comptait en 1624: 95 feux, en 1659: 48
La Prévôté de Luxembourg 376 .. 111

26 villages et censes avaient été abandonnés: Holrich, Fetz, Arrenstroff, (Clemency) Esingen, Elingen, la cense de Daunsdorf, Ersingen et Hagen (Justicerie de Puttlange) Burmeringen et Halingen, Garnich, Noertzange, Bergem, le moulin de Lannerscheid, Fenningen, Wickringen, Niederanven, Syren, Otringen, Hamm, la cense de Brouchholtz, avec le moulin, Rammeldingen, la cense de Engelshof, Bouren et Bouffnermühl, la Seigneurie de Münster comptait en 1624: 50 feux, en 1659: 11. Etaient abandonnées: Waldbredimus, la cense de Kockelscheuer, Hohenhof, la cense de Burel, Encheringen, Entringen dans la prévôté de Thionville.

La Seigneurie du Mont St. Jean 1624: 27 feux 1659: 10 feux
La Seigneurie de Soleuvre 84 .. 30 ..

Etaient abandonnées les censes de Osterborn, Ernshoff, Kahler, Waltzingen et Beckerich.

Seigneurie de Bertrange	1624: 15	1659: 6
Mersch	50	19

Etaient abandonnés: Schadecken, la Chapelle, Altzingen et Roeser.

Seigneurie de Pittange	31	10
Seigneurie de Fischbach	9	1
Seigneurie de Linster	20	2

Abandonnés et déserts: Junglinster, la cense de Bellen, Bleidweiler, Crauthem et Berchem.

La Seigneurie de Larochette	34	7
La Seigneurie de Beaufort	28	4
La Seigneurie de Berbourg	52	14
La Seigneurie de Rodemack	83	29
Le Comté de Russy	57	7

Emeringen, Bourg, Ruthigh et Bourst abandonnés.

Seigneurie de Russy	15	2
Ville de Grevenmacher et bourgs forains	25	10
Justicerie de Machern le Comte	106	34

Etaient abandonnées: Niderdonven, Fellerich, Laschar-la-Montagne, Lenningen, la cense de Scheins, Buren, Relingen et Oberdorf.

Seigneurie de Wincheringen	18	3
Seigneurie de Wiltingen	16	7
Seigneurie d'Useldange	43	23
Seigneurie d'Everlange	17	1

Etaient abandonnés: Schandel, Platen, Reichlingen, Landen, Folscheid.

Seigneurie de Hollenfels	17	4
Seigneurie de Koerich	19	12
Seigneurie d'Autel	18	9
Seigneurie de Meysenbourg	21	5
Ville d'Echternach	38	12
Prévôté d'Echternach	47	12

Etaient complètement abandonnés les censes de Fell, Frauenberg, Roswinkel, Mellin, Felckbach (aujourd'hui on ignore même jusqu'à l'emplacement et le nom de ces localités!)

Seigneurie de Rosport	17	2
Seigneurie de Remich	28	7
Mayrie de Remich	129	21

Etaient abandonnés: Wachern, Stadtbredimus, Weiler-la-Croix, Tutlingen et Wies.

La ville d'Arlon, avec les bourgeois forains	50	35
Prévôté d'Arlon	38	7

Etaient encore complètement abandonnés: Turbingen, Gerlingen, Herverdingen.

Le Ban de Stockem comptait en	1624: 10	1659: 1
Stockem et Martelange étaient abandonnés.		
La mayrie de Martelange	14	2
Le Ban de Rodt	10	1
Abandonnés: Oberholpach, Redlingen et Grendel.		
Ban de Boulaide	23	3
Ban de Rambrouch	15	2
Rambrouch même et Pratz abandonnés.		
Ban de Schweich	8	1
Rédange abandonné.		
La Mayrie d'Attert	12	1
Ban de Pratz	10	0
Tous les villages formant ce ban étaient abandonnés: Pratz, Platen, Reymerich, Buschroodt et Echet.		
La Justicerie de Beckerich	26	3
Abandonnés: Nordlingen, Eyschen, Frassen, Aldenhoven, Reudlingen, Wolkerrath, les censes de Burel, Schoppesch et Altscheuer.		
Le quartier wallon de la Prévôté d'Arlon	64	16
Seigneurie de Guirsch	24	3
Seigneurie de Septfontaines	33	8
Enderly, Kapweiler, Nerenhausen, Rédange, abandonnés.		
La terre de St. Vith en	1624: 176	1659: 47
6 villages entièrement abandonnés.		
La cour de Thommen	40	7
Seigneurie de Reuland	27	10
Seigneurie de Clervaux	67	31
Seigneurie de Wiltz	66	17
Seigneurie d'Esch sur Sûre	60	4
Abandonnés: Kuborn, Merscheid, Heiderscheid, Goesdorf, Tader, Brattert, Lultzhausen, Ober- et Niederfeulen, Ober- et Niedermertzig.		
Ville de Diekirch	22	3
Prévôté de Diekirch	50	18
Seigneurie de Bourscheid	23	3
Comté de Vianden (sans la ville)	90	8
11 villages du comté de Vianden étaient entièrement abandonnés.		
Seigneurie de Dasbourg (avec la franchise)	61	10
Seigneurie de Neuerburg (sans la franchise)	53	22
Prévôté de Bitbourg	125	22
La Seigneurie de Ham (formé de Ham, Hermesdorf, Fentéhausen et Wiesdorf, comptant en 1624 5 feux, fut entièrement abandonnée.		
Seigneurie de Malberg	7	0
Seigneurie de Scharffbillig	15	1

Prévôté de Bastogne	266	96
Prévôté de Marche	45	8
Prévôté de Durbuy	218	79
Comté de Salm	79	49
Terre de Houffalize	67	32
Ville de Virton	45	10
Prévôté de Virton	55	11
Prévôté de Saint-Mard	59	7
Terre et Seigneurie de Neufchâteau	86	21
Prévôté d'Orchimont	85	13
Seigneurie de Mirwart	165	30

Ces longues colonnes de chiffres que nous venons de citer, ce qu'elles recèlent de tragédies humaines, de désespoir et de catastrophes matérielles et morales! Elles nous montrent que le dépeuplement du duché de Luxembourg avait été extraordinaire et que le peuple avait été réduit à la plus extrême misère. D'après les indications officielles du dénombrement provisionnel, des feux, trois cent quatre-vingts villages et censes étaient abandonnés et entièrement déserts. Les rares habitants qui se trouvaient encore dans les villages, étaient criblés de dettes, sans fortune, et traînaient une misérable existence. L'abaissement du pays fut tel qu'il lui a fallu presque deux siècles pour se relever!

Les mœurs avaient subi une grave décadence, la discipline, même l'entrain de cultiver les champs, n'existaient plus. Le brigandage et le meurtre étaient à l'ordre du jour. La population des campagnes, disposée à la superstition, voyait partout des actes de sorcellerie, et les grands procès de sorcellerie, qui déshonorent toute cette période firent leur apparition. Le professeur van Werveke est d'avis que pendant les quinzième, seizième et dix-septième siècles, mais surtout pendant ce dernier, environ trente mille procès de sorcellerie ont été instruits, dont les deux tiers se terminèrent par la mise à mort, de l'accusé ou, plus souvent, de l'accusée.

Le Conseil Provincial prit, dans le début de l'ère qui nous intéresse, nettement position contre ce procédé barbare, de même le clergé. Mais ce n'est qu'à la fin du dix-septième siècle que toute cette mise en scène brutale et mensongère disparut de nos contrées, et s'évanouit comme un cauchemar...

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-Anelgeticum der Urogenitalsphäre, des Magen-
Darmtraktes und der Gallenwege. Optimale Wirkung bei
maximaler Verträglichkeit.
(Packungen zu 10 und 15 Suppositorien.)

PNEUMODON Tabletten und Suppositorien
Synergetische Spasmolytica zur zuverlässigen Anfall Kupie-
rung 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

BAUDOUINSTR. 25, LUXEMBURG - TEL. 30-73

Médecins !

Pour les documents douaniers et itinéraires
de vos voyages adressez-vous à

l'Automobile-Club

du Grand-Duché de Luxembourg

A. C. L.

seul membre du pays de la Fédération
Internationale de l'Automobile

Profitez de tous les avantages de l'A. C. L.

AUTOMOBILE-CLUB

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

11, avenue de la Porte-Neuve - Tél. 59-75

Antitussol	Sirop pectoral pour enfants à base d'Ipeca cp. Baume de Tolu et Aconit.
Bromothym	Sirop pectoral à base de Bromures, Codéine et Extrait de Thym.
Codobrom	Sirop pectoral à base de Codéine, Bromoforme et Aconit.
Creosulf	Sirop pectoral à base de Sulfogaiacolate de K, Creosote et Lactophosphates.
Ephedion	Sirop pectoral à base d'Ephedrine.
Rheumacalm	Antirhumatismal externe très efficace.
Scabiola	Scabiès, Affections de la peau, boutons, eczémas, démangeaisons.
Sapoformyl	Antiseptique, désinfectant à base de formol, très efficace non irritant. Lavages, désinfections de linge etc.

Produits du

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

SOCIÉTÉ ANONYME
LUXEMBOURG

23, rue Mercier

LIVRES REÇUS

Modern Trends in Diagnostic Radiology. Edited by J. W. McLaren. Ce livre a paru à Londres, chez Butterworth & Co. Publishers, Ltd. Bell Yard, Temple Bar, 1948. (Représentants exclusifs pour la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg: Meulenhoff & Co. N. V. à Bruxelles, 78—84, rue St. Lazare.)

Dans cet ouvrage une trentaine d'auteurs exposent les tendances et les acquisitions modernes en matière de diagnostic radiologique.

Parmi eux nous avons le plaisir de relever le nom de notre compatriote F. BACLESSE, de la Fondation Curie, qui publie une étude poussée du diagnostic radiographique des tumeurs du pharynx et du larynx, synthèse de ses travaux parus sur cette question depuis 1938.

Dans sa préface M. Baclesse dit que l'examen radiographique de ces régions devient un complément de plus en plus important de l'examen clinique. La radiographie permet de déterminer exactement le siège et l'extension des néoplasmes de cette région. Ce qui est d'une importance majeure pour le radiothérapeute.

Le travail de M. Baclesse est accompagné d'une soixantaine d'illustrations (radiographies et schémas) de tout premier ordre.

Voilà d'ailleurs une caractéristique de ce livre, qui mérite d'être relevée: sa présentation très soignée, qui égale celle des livres d'avant-guerre. A l'impression impeccable s'ajoutent la splendeur des 380 reproductions et l'étendue des références bibliographiques.

Il est impossible de relever ici tous les sujets traités, qui comprennent la totalité des domaines accessibles au diagnostic radiologique. Notons toutefois les chapitres concernant les maladies pulmonaires d'origine professionnelle, les tumeurs primaires du poumon et les complications pulmonaires post-opératoires. L'apport de la radiologie dans ces maladies est considérable et souvent décisif.

Notons aussi les études sur la kymographie cardiaque et générale, la radiologie de la vésicule biliaire, la radiologie des disques vertébraux, les anomalies de la colonne vertébrale, et enfin sur la ventriculographie, l'encéphalographie et l'angiographie cérébrale, leurs indications et leur importance pour le diagnostic des tumeurs intracrâniennes et des abcès du cerveau.

Quelle est l'impression générale qui se dégage de la lecture de cet ouvrage?

Avant tout il s'agit d'un recueil de travaux sérieux, bien documentés, concis et clairs, qui n'ont pas été faits à la hâte et qui sont le fruit d'une longue expérience personnelle des différents auteurs.

Quelle est la valeur de ce recueil?

Le médecin-radiologiste sera enchanté d'y trouver une foule de détails techniques, des conceptions et des données nouvelles, des illustrations parfaites, et des références bibliographiques importantes.

Quant au médecin-praticien, il y trouvera une synthèse, et je dois dire qu'elle est captivante, de toutes les possibilités de la radiologie moderne. Inutile de dire, combien la connaissance de ces possibilités est importante au point de vue pratique.

Modern Trends in Psychological Medicine. Edited by Noel Harris.
(Butterworth & Co. London.)

Conçu d'après le même plan que le livre cité plus haut, les „Modern Trends in Psychological Medicine“ donnent une large revue des tendances actuelles en psychiatrie, ou plutôt en médecine psychologique, car le cadre de la psychiatrie s'est singulièrement élargi par ses applications aux différents secteurs de la vie humaine, p. ex. à l'éducation, la vie familiale, la sélection professionnelle, la prévention des troubles mentaux. Le champ d'activité du médecin-psychologiste dépasse de loin celui du classique médecin de maison de santé.

L'ouvrage débute par une étude de Noel Harris sur la médecine psycho-somatique, qui nous vient, ou revient, des pays anglo-saxons. Certes les faits, sur lesquels s'appuie la conception psychosomatique de beaucoup de maladies, sont connus depuis longtemps en Europe et la médecine continentale en a toujours tenu compte, mais il faut bien reconnaître que l'étude systématique des relations entre les facteurs psychiques et les troubles somatiques, telle qu'elle est faite depuis des années dans les pays anglo-saxons, est riche de nouveaux aspects et elle est capable d'influencer nos déductions thérapeutiques. D'après un rapport de la British Medical Association, publié en 1941, 30% de toutes les maladies dites somatiques seraient d'origine purement psychique.

Après cet article introductif, une vingtaine de chapitres sont consacrés aux différents aspects de la médecine psychologique. Citons entre autres: la physiologie des émotions, l'importance des facteurs constitutionnels, l'étude des différents facteurs étiologiques dans les troubles mentaux, le diagnostic psychiatrique moderne, les tendances actuelles en psychothérapie, les techniques récentes du traitement physique des maladies mentales (narco-analyse, leucotomie, narcose continue, choc etc.).

Les chapitres qui ont trait aux applications de la médecine psychologique à la vie familiale, au mariage et à l'éducation, sont particulièrement importants. On ne cesse de réclamer la collaboration entre parents, éducateurs et médecins, mais nous sommes encore loin du temps des réalisations. Du moins chez nous.

Relevons aussi un chapitre de T. F. Rodger sur la „personnel selection“, ou l'auteur, en partant des expériences faites à l'armée, pendant la guerre, montre l'importance de la sélection en temps de paix et ses modes d'application.

Un dernier groupe d'études est consacré aux principes de l'hygiène mentale, à l'hygiène mentale dans l'industrie et à la réadaptation, la „réhabilitation“ des névropathes.

C'est surtout l'étude de R. F. Tredgold sur l'hygiène mentale dans l'industrie qui m'a frappé. Que savons-nous de la fréquence et de la gravité des troubles mentaux engendrés par les conditions actuelles du travail industriel, impersonnel, taylorisé et ennuyeux? Et qu'est-ce qu'on a fait dans nos usines en matière d'hygiène mentale?

La médecine psychologique s'intéresse à tout et le livre édité par Noel Harris se termine par une investigation de J. H. Masserman de Chicago sur la „Psychological Medicine and World Affairs“. L'analyse des troubles dont souffre notre pauvre monde est fort ingénieuse et bien étayée de données de la psychologie et de la psychologie expérimentale, mais les conclusions thérapeutiques sont plutôt décourageantes.

Nous nous en doutions.

Nous voilà loin de la psychiatrie classique. Les „Modern Trends in Psychological Medicine“ ont le mérite d'être un livre complet, progressiste et vivant, qui ne manquera pas d'intéresser les médecins.

R. K.

Mondorf-les-Bains

(Grand-Duché de Luxembourg)

FOIE - VÉSICULE BILIAIRE

RHUMATISME

ESTOMAC - INTESTIN - NUTRITION

MALADIES TROPICALES - PALUDISME

Ouvert: du 1^{er} mars au 1^{er} novembre

Un nouveau sucre nutritif!

ADMIS AUX CAISSES-MALADIE

LE SUCRE ALETE

d'après la formule de Dr. Malyoth

C'est une composition de dextrine et de maltose d'une constitution particulière, semblable à celle que l'on obtient par la décomposition de l'amidon, par un ferment analogue à celui du pancréas.

On peut donc l'appeler sucre « **physiologique** ».

Indication: L'adjonction du sucre ALETE est justifiée dans toute alimentation qui doit être enrichie en hydrates de carbone. Il est particulièrement recommandé pour l'alimentation des enfants chétifs, dont la croissance laisse à désirer, des dyspeptiques, des Dystrophiques.

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES

STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg :

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

Échantillon et littérature sur demande

ANTIDIARRHÉIQUE NATUREL

(Poudre de fruits riche en pectine, additionnée de sucre nutritif Alete)

(1 % sur la dissolution)

Indications :

Dyspepsie aiguë et chronique

Dystrophie et décomposition avec selles liquides

Intoxications
(alimentaires et infectieuses)

Entérite, Colite et Dysenterie

Maladie de Herter (insuffisances digestives graves et chroniques des enfants)

Diarex

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES

STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg :

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

Échantillon et littérature sur demande



LOTERIE NATIONALE



*L'oeuvre sociale par
excellence*

AMINO-COMPLEXE

SANDERS

Hydrolysat enzymatique aromatisé de

CASEINE ET LEVURE

Contenant les Acides Aminés Essentiels
et le Complexe B Naturel

HYPOPROTÉINÉMIE - ANÉMIE
CIRRHOSE HÉPATIQUE - CONVALESCENCE

Teneur élevée en Protéines Prédigérées

50 % garantis d'Azote aminé

ADMINISTRATION PER-ORALE - 100 % ASSIMILABLE

ANC. MAISON LOUIS **SANDERS**, S. A., BRUXELLES

47/51, rue Henri Wafelaerts

SANDERS

CHRONIQUE

par Pierre Felten

Aperçu sur l'activité de la Société des Sciences Médicales depuis le 1^{er} mars jusqu'au 15 novembre 1948

- Le 19. 4. 1948. Séance de projections de films Davis et Geck présentés par les soins des Etablissements Couvreur de Bruxelles. Il s'agissait des films suivants: goître intrathoracique, extirpation du ganglion sympathique lombaire, résection transthoracique de l'oesophage pour cancer, pneumectomie droite pour cancer.
- Le 24. 4. 1948. Réunion consultative avec le Syndicat Médical en vue des élections pour le Collège Médical.
- Le 30. 5. 1948. Participation d'une importante délégation de notre société à la Journée Médicale de Nancy. Sujets traités: les méthodes modernes de traitement des brûlés, les traitements actuels de la syphilis récente.
- Le 1. 6. 1948. La Société Internationale d'Hydrologie et la Société des Sciences Médicales avaient organisé ce jour-là une séance commune à Mondorf-les-Bains. Des communications remarquables et intéressantes furent faites par le docteur H. P. Klotz de Paris sur la spasmodophilie; par le docteur E. Franck de Mondorf sur le thermalisme social au Grand-Duché de Luxembourg; par le docteur Baron de Paris sur la pathogénie de la colibacillose; par le docteur J. Berger de Mondorf sur une réparation intéressante d'un puits foré en 1841.
- Le 24. 6. 1948. Plusieurs membres de notre société prirent part à la deuxième Conférence Scientifique Internationale d'Aix-les-Bains. Sujet traité: le rhumatisme chronique dégénératif.
- Le 26. 6. 1948. Séance de projections des films Davis et Geck suivants: reconstruction du nez; greffe en cas de maladie de Dupuytren; opération d'après Montgomery-Stimpson pour rétroversion de l'utérus; prostatectomie par voie périnéale; transplantation de l'urètre et cystectomie pour tumeur maligne de la vessie; extirpation du sein en utilisant un morceau de la région axillaire.

- Le 18. 9. 1948. Répondant à une invitation du Conseil d'Administration de la Fondation Emile Mayrisch, la Société Médicale fait une visite au magnifique établissement de cures de convalescence à Colpach.
- Le 26. 9. 1948. Excursion annuelle de la Société à Diekirch. Le programme était le suivant: le matin: visite de la Brasserie de Diekirch; réception par la Municipalité de la Ville; déjeuner à l'hôtel de l'Europe; l'après-midi: visite du Sanatorium de Vianden sous la direction du confrère Th. Backes. Cette excursion eut un grand succès: l'éclat en fut réhaussé par la présence de beaucoup de dames de confrères.
- Le 30. 9. 1948. Première séance de communications pour la saison 1948/49. Ces séances de communications ont lieu dorénavant à la Bibliothèque Nationale, Roulevard Royal à Luxembourg, où une salle spéciale est réservée à cette fin à notre Société.
- Nous avons écouté les communications suivantes:
- Dr. Albert KONGS: Un cas d'épithélioma spino-cellulaire greffé sur une glossite scléro-gommeuse. L'auteur se demande s'il s'agissait vraiment dès le début d'une lésion tertiaire spécifique, sur laquelle s'est greffé un épithélioma, ou si cette infiltration scléro-gommeuse du début était déjà un épithélioma commençant.
- Dr. Pierre FELTEN: Ostéo-fibrome de la mâchoire inférieure chez un homme de 19 ans.
- Dr. Fréd. HIPPERT: Deux cas de méningite tuberculeuse traités par la streptomycine.
- M. J. P. WEIS: Une nouvelle intoxication par le mercure chez les coiffeuses.
- Dr. Jean HARPES: Fréquence croissante de la tuberculose pulmonaire dans l'industrie alimentaire.
- Dr. Henri LOUTSCH: Présentation de la pièce opératoire d'une lobectomie pour double kyste congénital infecté du lobe pulmonaire inférieur gauche.
- Le 2. 10. 1948. Conférence du Docteur Louis CAUSSADE, professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Nancy. Sujet: le syndrome neuro-toxique des nourrissons.
- Le 16. 10. 1948. Réunion organisée par la direction des Produits Roche de Bruxelles avec le programme suivant: conférence du docteur W. de WEERDT, maître de conférences à l'Université de Louvain, sur „le curare, complément de l'anesthésie moderne"; projection des films: narcose intraveineuse pour chirurgie intestinale; traite-

ment de la myasthénie grave par la prostigmine; la vitamine C.

Un souper a réuni les assistants après la séance.

Le 28. 10. 1948. Deuxième séance de communications avec projection d'un film en technicolor sur le Gelfoam, éponge stérile pour l'hémestase en chirurgie.

Le Dr. H. LOUTSCH présente la pièce opératoire d'une lobectomie supérieure droite.

Le 7. 11. 1948. Nombre de confrères ont assisté à une deuxième Journée Médicale de Nancy consacrée entièrement à l'étude de la Streptomycine.

Collège Médical

A la suite des élections prévues par la loi du 6 juillet 1901 et par arrêté Grand-Ducal du 28 mai 1948. ont été nommés membres du Collège médical:

Membres effectifs:

- le Dr. Adolphe Faber, médecin à Luxembourg.
- le Dr. Henri Loutsch, médecin à Luxembourg.
- le Dr. Nicolas Huberty, médecin à Ettelbruck.
- le Dr. René Koltz, médecin à Junglinster.
- le Dr. Nicolas Schaeftgen, médecin à Esch-sur-Alzette.
- M. Jean Knaff, pharmacien à Luxembourg.
- M. Auguste Hippert, pharmacien à Luxembourg.

Membres suppléants:

- le Dr. Eugène Kuborn, médecin à Luxembourg.
- le Dr. Alphonse Zoller, médecin à Rédange-sur-Attert.
- le Dr. Guillaume Speck, médecin à Echternach.
- le Dr. Emile Colling, médecin à Esch-sur-Alzette.
- M. Théodore Weinacht, médecin-dentiste à Luxembourg.
- M. Robert Hoffmann, pharmacien à Dudelange.
- M. Guillaume Thilmany, pharmacien à Luxembourg.

Membres adjoints:

- M. le Président du Tribunal d'Arrondissement à Luxembourg.
- M. le Directeur du Laboratoire bactériologique de l'Etat.
- M. Hubert Schumacher, architecte de l'Etat à Luxembourg.
- M. François Simon, ingénieur en chef à Luxembourg.
- M. Henri Krombach, ingénieur-chimiste à Luxembourg.

Lors de l'assemblée plénière du 21 juin 1948 les membres effectifs et suppléants du Collège médical ont procédé à la proposition

des candidats pour les charges de président, de vice-président et de secrétaire du Collège médical. M. le Ministre de la Santé publique a tenu à assister à cette réunion et dans son allocution il a insisté sur la nécessité de la réforme de notre organisation sanitaire et sur la nécessité de la collaboration étroite du Corps médical, représenté par le Collège médical, avec le Ministère de la Santé publique.

Voici la composition du bureau du Collège médical:

Président: Le Dr. Nic. Schaefgen, Esch-sur-Alzette.

Vice-Président: Le Dr. Henri Loutsch, Luxembourg.

Secrétaire: Le Dr. René Koltz, Junglinster.

A. R. P. A.

(Association pour les Recherches sur les Parodontopathies)

Le Comité de la section belgo-luxembourgeoise de l'A.R.P.A. a été constitué comme suit: Président: Dr. Watry (Bruxelles); vice-président: Dr. H. Brabant (Liège); secrétaire: Dr. Klees (Luxembourg); secrétaire-adjoint: Dr. Philippart (Luxembourg); trésorier: L. Pacque, L.S.D. (Liège); commissaire: A. Vermeersch, L.S.D. (Louvain).

Tous les confrères qui s'intéressent aux questions de parodontologie sont invités à prendre contact par lettre avec le secrétaire de la section, 36, avenue de la Porte-Neuve, Luxembourg.

Nouvelles diverses

Le 26 mai 1948 notre confrère Feltgen Ernest, Luxembourg-Limpertsberg, a fêté en pleine santé son quatre-vingt-deuxième anniversaire.

Nos bien vives félicitations!

Nécrologie

Depuis le mois de mars 1948, notre Société a eu à déplorer le décès des membres suivants:

le Dr. HUMMER Armand, Luxembourg, né le 1. 12. 1900, décédé le 26. 4. 1948.

le Dr. KETTER Emile, Differdange, né le 15. 3. 1885, décédé le 30. 6. 1948.

le médecin-dentiste RECKINGER Adolphe, Luxembourg, né le 8. 6. 1893, décédé le 13. 11. 1948.

Nous exprimons aux familles des défunts nos très sincères condoléances.

Dans son numéro 25 du 20 juin 1948, le secrétaire de rédaction de BRUXELLES-MEDICAL, notre excellent confrère et ami, le général médecin Charles SILLEVAERTS a publié l'article suivant:

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Nous venons de recevoir, daté de mai 1948, le premier bulletin d'après guerre de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg. Dans son avantpropos notre excellent ami Henri LOUTSCH écrit: „La publication d'un bulletin de notre société est un devoir que nous devons à notre pays. Nous sommes fiers de notre indépendance et nous y tenons. Ne pensez-vous 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.“

Ce bulletin, en lecture à la Bibliothèque de Bruxelles Médical, est un beau volume de 100 pages, comprenant une bonne douzaine d'articles, notes et communications.

Bruxelles Médical est tout particulièrement heureux de souhaiter longue vie et prospérité à son excellent confrère et ami et le félicite bien cordialement de cette brillante résurrection.

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 du rédacteur

Nous prions les confrères qui veulent collaborer au fascicule 1/1949 de notre bulletin, d'envoyer leurs articles avant le 1er avril 1949 au Dr. René Koltz, Junglinster, chargé de la rédaction du bulletin de la Société des Sciences Médicales.

LAIT ALBUMINEUX

en poudre

fabriqué par le procédé de la
Société Laitière des Alpes Bernoises à
Stalden, Emmental

Marque «Ursa» non écrémé



**Aliment curatif des diarrhées
infantiles et des nourrissons**

Indications: Les mêmes que pour le
lait albumineux frais:

**Dyspepsie aiguë, subaiguë et chro-
nique.** Dystrophie avec selles liquides.
Intoxications, passé le premier stade de
toxicité. Entérite et colite. Insuffisances
digestives infantiles graves (maladie de
Herter).

Marque «Ursa 2» 2/3 écrémé

Indications:

**Combiné au lait maternel dans l'al-
laitement mixte,** en particulier pour
prématurés et enfants qui, quoique nourris
au sein, sont dyspeptiques ou enclins à
la diarrhée. Spasmes pyloriques. Eczéma,
croûte de lait.

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES
STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand Duché de Luxembourg:

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

Echantillons médicaux et littérature détaillée à disposition.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

H. P. Klotz	Les Composantes Etiologiques de la Spasmophilie de l'Adulte	7
Henti Loutsch	A propos du Diagnostic précoce du Cancer primitif du poumon	15
Simon Hertz	Les Hépatites dues au sérum humain	21
Léon Delvaux	Considérations sur la Symptomatologie de l'Anévrysme Disséquant de l'Aorte	35
Fréd. Héppert	Cirrhose hépatique hypertrophique pigmentaire simple	45
Joseph Thoma	Corps étrangers flottant dans la vessie	49
Louis Klees et Robert Philipart	L'infection focale odontogène	53
Ernest Stumper	Congrès international de la Santé mentale, août 1948, Londres	65
J.-P. Weis	Neuere Arbeitsmethoden im klinischen Laboratorium	71
Norbert Bisdorf	Importance de la prophylaxie dentaire	77
Fréd. Héppert	La Pratique de l'Inspection médicale au moulin à scories (m. à sc.) de Dudelange	83
Fr. Delvaux	'T ass en älen Dokter, dén elei schwätzt	87
Jean Harpes	La Peste au pays de Luxembourg	105
René Koltz	Livres reçus	123
Pierre Felten	Chronique	129

Tablettes Ulcéro- Stomacales



Sont le médicament désigné contre :

Ulcère gastrique

Gastrite aiguë et chronique

Dyspepsie

Hyperchlorhydrie

Les comprimés ulcéro-stomacaux ROTER protègent la muqueuse de l'estomac. Ils dépriment la sécrétion excessive d'acide et font disparaître les spasmes et les douleurs de l'estomac, ainsi que les autres manifestations fâcheuses qui accompagnent l'hyperacidité.

★

Une thérapeutique facile qui parvient vite à combattre les troubles. L'inaptitude au travail est sensiblement réduite.

★

*Pharmaceutische
Fabriek „ROTER”, Hilversum*

La Hollande

*Représentants pour la Belgique et le Luxembourg :
Haco's Handelmaatschappij, Lanaeken (Limbourg)*

Handwritten mark or signature at the top left corner.