

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Juin 1949

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.

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

Rédacteur : Dr. René Koltz, Junglinster

Chronique de l'Association : Dr. Pierre Felten, Luxembourg

Publicité : Dr. P. Goerens, 5, rue Jean Origer, Luxembourg

Les dystonies biliaires

par Pierre Mallet-Guy

Professeur à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux de Lyon *

J'avais écrit, il y a 22 ans, avec mes Maîtres L. Bérard et P. Savy, un petit mémoire sur le mécanisme de la douleur dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques. L'exploration radiologique des voies biliaires pratiquée chez quatre opérés de cholécystectomie nous avait donné 2 types d'images: images de stase vésiculaire atonique, images de vésicule hyperkinétique, „intolérante“, avec sténose relative du sphincter d'Oddi.

Ces quelques documents nous permettaient d'affirmer „qu'il n'existait pas un syndrome vésiculaire pseudo-lithiasique, mais plusieurs types physiologiquement définis et physiologiquement opposés dont les manifestations cliniques sont comparables“. — Ce n'était certes que des précisions fort rudimentaires, mais qui venaient jeter quelques clartés sur la question encore si obscure des „vésicules de stase“, de ces vésicules apparemment saines, que découvrait, non sans quelque dépit, le chirurgien, car il savait que, quoi qu'il fasse — cholécystectomie, cholécystogastrostomie, cholécystostomie, — il s'exposerait à un échec dans une proportion d'au moins 50 p. c., et il n'avait aucun moyen de choisir entre ces diverses techniques, tour à tour proposées et successivement rejetées.

Chiray avait, en 1925, décrit avec Pavel, sur données cliniques et cholécystographiques, un syndrome de cholécystatonie. Il devait, avec Lomon, retrouver, en 1930, les vésicules intolérantes.

Rovsing, Rost, Kappis, Fulda, Westphall, Zander, Liek, Oelecker avaient déjà soulevé l'hypothèse de troubles fonctionnels du sphincter d'Oddi et Del Valle et Donovan avaient, en 1926, publié une première observation de cholédoco-oddite rétractile chronique.

En 1929, Schoendube opposa à son tour, les dyskinésies hypertoniques aux dyskinésies hypotoniques.

Le problème des dystonies biliaires ne pouvait utilement progresser avec l'aide des seules données cholécystographiques ou cholangiographiques post-opératoires.

*) Conférence faite le 12. 2. 49 à la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Et une impulsion nouvelle fut donnée par Mirizzi, qui, en 1930, s'engage dans la voie féconde des explorations radiologiques per-opératoires et publie en 1939 un magnifique Traité de Physiopathologie de l'hépto-cholédoque. Il devient alors possible, pour le chirurgien, de diagnostiquer en temps utile les divers types de dystonie biliaire.

Mais il fallait se borner à l'examen des clichés, la pratique de la radioscopie étant inopportune à la salle d'opération, — clichés souvent d'interprétation difficile.

Aussi, lorsque j'ai pu, après quelques essais isolés, organiser en 1942, dans la salle d'opération de mon service de l'Hôpital Edouard Herriot, un dispositif radiologique régulier, ai-je envisagé de combiner au contrôle radiographique un contrôle manométrique des voies biliaires, qui inscrirait sur une courbe les données visuelles d'une radioscopie.

Mac Gowan, Kipp, Doubilet et Colp avaient déjà inauguré, en 1936-37, la manométrie biliaire post-opératoire, chez des sujets porteurs d'un drainage et Caroli avait décrit, en 1941, son appareillage radiomanométrique utilisable de même dans les suites opératoires.

Tout récemment, après en avoir contesté longtemps l'intérêt, il s'est rallié à l'idée d'un contrôle per-opératoire, mais le dispositif, dont Porcher a donné la description à l'Académie de Chirurgie l'année dernière, me paraît infiniment complexe et je reste fidèle à la technique très simple, compliquant au minimum l'acte opératoire qu'elle prolonge d'une dizaine de minutes, partout réalisable, que j'ai progressivement mise au point avec Liou Tchung Tché, R. Jean-jean et P. Marion.

Elle est faite:

1) d'un enregistrement manométrique, après injection sous pression contrôlée dans les voies biliaires,

2) de la prise de deux clichés dans des conditions toujours semblables à 3 minutes d'intervalle, après injection d'un produit de contraste.

La comparaison de la courbe des pressions et des deux radiographies, — documents provenant de deux explorations indépendantes et se contrôlant mutuellement, — permet de faire un inventaire physio-pathologique suffisant de l'arbre biliaire, de déceler les calculs oubliés ou les obstacles méconnus, de dépister également les dystonies biliaires, de diagnostiquer leur modalité précise et ainsi de poser une indication thérapeutique immédiate.

Peu à peu s'est imposée à mes collaborateurs et à moi-même, la notion de la très grande place que tenaient, dans la pathologie chirurgicale des voies biliaires, les états dystoniques. Mon élève et ami, R. Guillet, aujourd'hui Professeur de la Faculté de Saïgon, l'a parfaitement indiqué dans le Rapport qu'il a présenté avec Poilleux au Congrès de Chirurgie en 1947. Je suis certain que tous les chirurgiens, qui entreprennent actuellement de faire systématique-

ment au cours de leurs interventions biliaires un contrôle manométrique et radiologique auront à leur tour une même conviction.

L'on peut objecter, comme l'a fait Caroli, que l'anesthésie générale et même la seule laparotomie adultèrent les réponses du contrôle manométrique et radiographique. Il a même pu dire que systématiquement l'on observait alors, en l'absence cependant de toute prémédication, des réactions d'hypotonie des voies biliaires.

A cette affirmation, qui n'est étayée sur aucun argument valable, je puis opposer des données statistiques, qui la contredisent formellement.

Dans une pratique portant, au 8 janvier 1949, sur 888 interventions ainsi contrôlées, je note, en effet, 379 dystonies biliaires, isolées ou associées à une lithiase.

1) Hypotonies:

Hypotonie de la vésicule	15
Hypotonie de la voie biliaire principale	116
Hypotonies généralisées	<u>71</u>
Total	202

2) Hypertonies:

Hypertonie du cystique	52
Hypertonies du sphincter d'Oddi	108
Hypertonies généralisées	<u>5</u>
Total	165

3) Dystonies Complexes:

Hypotonie vésiculaire + hypertonie du sphincter d'Oddi	10
Hypertonie vésiculaire + hypotonie du sphincter d'Oddi	<u>2</u>
	12

Il ne s'agit pas seulement de diagnostics abstraits. Chacun d'eux a reçu sa sanction thérapeutique et les résultats fonctionnels obtenus constituent, à mon sens, la meilleure confirmation de leur exactitude.

Je puis même faire état de quelques faits précis plus directement démonstratifs: ainsi, une hypertonie du sphincter d'Oddi ramenée à la normale, comme le confirme un nouveau contrôle manométrique et radiographique, par une infiltration vagale qui a gardé son efficacité malgré l'anesthésie générale.

Par contre, les réponses des contrôles post-opératoires effectués sur voies biliaires drainées à l'extérieur paraissent beaucoup moins assurées de leur authenticité: elles peuvent être troublées par la mise au repos des voies biliaires (effet thérapeutique), par un facteur d'irritation mécanique, du fait du corps étranger que représente le drain vésiculaire ou cholédocien, enfin et surtout, dans le cas d'un drainage prolongé, par un facteur infectieux dont la réalité n'est pas discutable: le drainage à l'extérieur d'une vésicule ou d'une voie principale normales expose à leur infection et j'ai observé des cas

précis de cholécystite suppurée et d'angiocholite dans les suites de telles cholécystostomies ou cholédocotomies.

Les dystonies biliaires sont de deux types, avons-nous dit: hyper- et hypotonie. Elles peuvent porter sur la vésicule et le sphincter cystique, sur la voie principale et le sphincter d'Oddi ou bien encore être généralisées à l'ensemble de l'arbre biliaire.

Elles peuvent être essentielles, répondant à l'ancien chapitre des vésicules de stase, ou compliquer une affection précise des voies biliaires, en pratique la lithiase, et se manifester sous la forme d'une récurrence après cholécystectomie.

* * *

Les dystonies essentielles

Parfois le malade se présente avec des signes cliniques assez particuliers, qui permettent de supposer l'existence d'un trouble fonctionnel des voies biliaires — mais non sa modalité précise:

- troubles dyspeptiques rebelles,
- douleur sous-hépatique tenace,
- céphalées résistant également aux thérapeutiques médicales,
- image cholécystographique de vésicule de stase, grande vésicule mal imprégnée s'évacuant mal ou pas du tout après repas d'épreuve.

D'autres fois, ce sont des crises douloureuses vésiculaires plus ou moins violentes, qui font poser l'indication opératoire, et d'autant plus aisément que la cholécystographie peut ne pas donner d'image d'imprégnation vésiculaire.

Ou bien, la traduction clinique de la dystonie biliaire est un syndrome cholédocien plus ou moins typique, qui fait porter le diagnostic de lithiase de la voie principale et poser, sans retard, l'indication opératoire.

Opératoirement, l'exploration est négative, à cela près que la vésicule est plus grosse, souvent plus tendue que normalement. La ponction de la vésicule donne une bile, peut-être trop foncée, que l'examen bactériologique extemporanée montre stérile.

C'est à ce moment que se placent les épreuves d'exploration fonctionnelle, qui vont permettre, en assurant un diagnostic, d'éviter une irrémédiable erreur thérapeutique.

La manométrie d'abord — étant entendu qu'aucune médication susceptible d'influencer le tonus des voies biliaires n'a été administrée.

L'appareil enregistreur ayant été mis à zéro et le dispositif des raccords ayant été vérifié, il est poussé lentement dans la vésicule une certaine quantité d'eau tiède. L'opérateur a les yeux fixés sur le cylindre enregistreur et, sans se préoccuper de la quantité précise de liquide qu'il injecte, s'efforce seulement de dessiner un petit clocher d'hyperpression, dont il va suivre la descente.

Il est habituellement nécessaire de prendre plusieurs courbes successives jusqu'à stabilisation d'un niveau de la pression.

Normalement, le chiffre de stabilisation est aux environs de 18 cm d'eau, pouvant varier, sans qu'il en soit tenu compte, de

quelques centimètres. Il est permis ainsi de rectifier un diagnostic et de refuser aux voies biliaires toute responsabilité pathologique.

Les hypotonies des voies biliaires sont caractérisées au contraire par l'impossibilité d'obtenir un niveau de stabilisation supérieur à quelques centimètres d'eau et, parfois même, par l'inscription de pressions négatives.

Dans le cas d'hypertonie du cystique ou du sphincter d'Oddi, le niveau de stabilisation s'élève à chaque tour de cylindre, courbes de blocage, tout à fait caractéristiques, blocage relatif, car à un certain moment la pression se stabilise à un niveau qui mesurera la résistance du sphincter: 25—30—38—40 d'eau.

Le dessin des courbes est également différent dans les hypo- et les hypertonies: courbes s'affaissant de suite, en pente raide, dans les premières, — courbes plates, descendant progressivement, souvent en ligne droite dans les secondes, sans marquer, comme à l'état normal, de chute initiale.

Ces données manométriques sont plus expressives que les clichés radiographiques, qui montrent, en effet, dans les deux cas, une grosse vésicule se vidant mal. Des nuances peuvent sans doute orienter un diagnostic, mais l'interprétation des radios n'est faite avec certitude qu'en tenant compte du dessin des courbes et de leur niveau de stabilisation.

Il est cependant nécessaire de faire systématiquement les deux clichés, qui seuls, en effet, pourront renseigner sur l'état de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi, dépisteront éventuellement des dystonies associées, en principe de même sens, mais quelquefois de sens contraire.

Quel que soit le sens de la dystonie, la voie biliaire principale apparaîtra sur les clichés peu ou prou dilatée et l'on pourra noter une inondation des voies intra-hépatiques et souvent un reflux anormal dans le canal de Wirsung. Les radiographies préciseront par contre si l'évacuation par le sphincter d'Oddi se fait brutalement ou si elle est retardée.

Une décision thérapeutique pourra ainsi être prise, sans que rien n'ait été laissé dans l'ombre.

a) **Le syndrome d'atonie des voies biliaires:**

Rarement localisé à la seule vésicule, il comporte habituellement la participation de l'hépto-cholédoque et du sphincter d'Oddi. Le syndrome d'atonie de la voie principale, qui semble avoir échappé à Mirizzi (opérant sous rachianesthésie, donc sous blocage des splanchniques) me paraît tenir une place très importante dans la pathologie biliaire et aussi dans la pathologie pancréatique, — associé à une dystonie parallèle du canal de Wirsung.

Il peut se traduire par un syndrome angiocholitique, ce qui est conforme aux données expérimentales, qui chez le chien affirment une ascension microbienne après section totale du sphincter d'Oddi. Il peut se compliquer d'une atteinte du parenchyme hépatique et me semble jouer un rôle de premier plan dans la pathogénie des cirrhoses biliaires.

Souvent, il s'accompagnera d'une réaction d'inflammation chronique de la tête du pancréas, que la cholangiographie montrera d'ailleurs ne pas entraîner de compression cholédocienne.

Cliniquement le diagnostic des hypotonies des voies biliaires est difficile à affirmer. Cependant l'intensité des céphalées, la co-existence d'une mégacolon ou d'une ptose gastrique peuvent être d'utiles arguments à retenir. L'image cholécystographique révèle une vésicule manifestement flasque et atonique; elle est parfois trompeuse car de telles images peuvent aussi traduire la fatigue de l'organe en amont d'un obstacle.

b) Les hypertonies essentielles des voies biliaires.

Le diagnostic des hypertonies du cystique peut cependant être facilité par les données cholécystographiques — vésicule de stase, ne se vidant pas ou se vidant très peu après le repas d'épreuve, mais nettement tonique — si la dystonie n'est trop ancienne et n'a pas entraîné une atonie secondaire du cholécyste.

Les hypertonies essentielles du sphincter d'Oddi peuvent fréquemment ne se manifester par aucun signe caractéristique, ne donner aucun symptôme susceptible de faire supposer même une perturbation cholédocienne, mais seulement se traduire par des signes apparemment vésiculaires. Leur découverte au cours du contrôle manométrique et radiographique per-opératoire est un des meilleurs arguments en faveur de l'application systématique de la méthode et il me semblerait aujourd'hui bien téméraire de vouloir mettre en oeuvre un traitement quelconque sur le vu d'une cholécystographie, ou, même après ponction de la vésicule, d'une image radiographique ne donnant pas le dessin de la voie principale.

Sans doute, parfois, les hypertonies du sphincter d'Oddi se traduisent-elles par des signes strictement cholédociens et il n'est pas exceptionnel, opérant avec le diagnostic de calcul de la voie principale, établi sur la notion d'un syndrome typique de Villard, de découvrir seulement une telle perturbation fonctionnelle.

L'explication du syndrome cholédocien est alors aisée. Il s'agit d'un obstacle, au même titre que dans la lithiase: obstacle fonctionnel, spasme entretenu, puis peu à peu obstacle anatomique, maladie du sphincter, tout à fait comparable du point de vue histologique à la maladie du col vésical. L'obstacle peut d'ailleurs être tel qu'il entraîne l'évolution d'un ictère chronique.

Il est des hypertonies labiles, que réduiront complètement les médications antispasmodiques ou encore les infiltrations ou sections vagales.

Il est aussi des hypertonies fixes, irréductibles de la sorte, fixées par l'évolution des lésions secondaires, qui caractérisent la maladie du cystique, du sphincter d'Oddi et dont les premiers exemples ont été publiés en 1926 par Del Valle et Donovan. Ces lésions sphinctériennes qu'a pu étudier sur de nombreuses biopsies mon ami J. Féroldi, sont tout à fait comparables à celles qui caractérisent la maladie du col vésical.

La place des dystonies dans la pathologie chirurgicale des voies biliaires

Le domaine des dystonies biliaires dépasse largement le cadre des „syndromes pseudo-lithiasiques des voies biliaires“. Les perturbations fonctionnelles des voies biliaires s'intriquent étroitement avec les états lésionnels, qui constituent le fond de la pratique chirurgicale courante, avec la lithiase biliaire notamment.

En d'autres termes, les résultats de la cholécystectomie nous semblent dépendre pour une large part de l'état fonctionnel de la voie biliaire principale.

La détermination en sera faite, au cours de l'ablation de la vésicule, par exploration directe, grâce à une intubation du cystique ou exceptionnellement la mise en place d'un drain cholédocien.

Il est bien rare que le cystique ne puisse être cathétérisé et que le trocart spécial, trocart mousse, deux fois coudé, d'un diamètre intérieur suffisant pour éviter toute erreur dans l'évaluation des pressions, ne puisse être engagé par son intermédiaire dans le cholédoque.

Le chiffre normal de stabilisation de la pression cholédocienne, est compris dans des limites très strictes: 10 à 12 cm d'eau. En deçà et au delà, il est permis de parler de dystonie sphinctérienne, mais il est évident que l'on ne tiendra compte du point de vue thérapeutique, que des perturbations importantes.

— pression inférieure à 6 ou 7 cm d'eau, parfois pression nulle ou même négative, dans les hypotonies du sphincter d'Oddi.

— pression supérieure à 15, souvent dépassant 20 cm d'eau, avec courbes de blocage successives, dans les hypertonies.

Et, là encore, le dessin des courbes est très souvent aussi caractéristique.

Mais aucun diagnostic ne pourra être cependant posé avec certitude avant examen des deux clichés, le premier pris de suite après injection de 10 cc de lipiodol, le second 3 minutes plus tard et après réinjection.

A l'état normal le cholédoque n'est pas dilaté et il n'existe pas de reflux dans les branches intra-hépatiques. D'autre part, les deux clichés sont semblables, montrant l'un et l'autre un passage duodénal non pas massif, mais à travers un trajet sphinctérien visible, sans image de reflux dans le canal de Wirsung.

Quel que soit le type de la dystonie, au contraire, la voie principale est dilatée, le lipiodol reflue dans l'arbre hépatique et souvent aussi dans le Wirsung

Le diagnostic d'hypotonie du sphincter d'Oddi est assuré par l'image d'une évacuation massive à travers un sphincter béant, manifestement atone, de même que la voie principale, sur laquelle ne se dessine aucune encoche de contraction pariétale.

L'hypertonie du sphincter d'Oddi se caractérisera par l'existence d'ondes péristaltiques sur l'hépto-cholédoque, par l'absence, le plus

souvent, de passage sphinctérien sur le premier cliché, tandis que le second montrera une distension plus accentuée, en même temps qu'un minime passage dans le défilé musculaire manifestement réduit. Le cholédoque se termine en pointe, nettement dessiné, ce qui permet le diagnostic entre hypertonie sphinctérienne et obstacle par calcul enclavé de l'ampoule ou tumeur vaticienne. Il est toujours possible d'ailleurs, dans les cas douteux, de refaire, au prix d'un délai supplémentaire de quelques minutes, de nouveaux clichés plus démonstratifs.

Une dernière modalité des dystonies biliaires, assez exceptionnelles, est représentée enfin par l'hypertonie diffuse de la voie principale: pression anormalement élevée et aspect très spécial de l'hépto-cholédoque, spasme dans son ensemble.

a) Les dystonies de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi, facteurs de récurrence après cholécystectomie.

Il n'est pas rare de retrouver les perturbations fonctionnelles du sphincter d'Oddi à l'origine des récurrences douloureuses ou ictériques, qui s'observent avec une fréquence indiscutable après cholécystectomie.

Je suis ainsi réintervenu chez 41 malades, 33 cholécystectomies faites par d'autres chirurgiens, 8 par moi-même (4 avant que je ne pratique systématiquement un contrôle manométrique et radiographique per-opératoire, 4 enfin, dont les observations, déjà anciennes, traduisent des erreurs de technique ou d'interprétation.)

Cette statistique témoigne de l'importance des dystonies méconnues du sphincter d'Oddi comme facteur de récurrence post-opératoire. Elle montre, en effet:

— 8 fois, un obstacle anatomique seul en cause (calcul, pancréatite chronique, tumeur ou rétrécissement),

— 21 fois, un état dystonique isolé (8 hypertonies et 13 hypotonies du sphincter d'Oddi),

— 9 fois, l'association d'un obstacle et d'une dystonie: calcul pancréatite ou rétrécissement + hypertonie sphinctérienne, 5 cas, — pancréatite chronique + hypotonie, 4 cas,

— enfin, 3 fois, le contrôle per-opératoire a conclu à l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la voie biliaire principale.

Ainsi une dystonie sphinctérienne a pu être décelée à l'origine des troubles dans 51 % des cas à l'état isolé et, dans 22 % des cas, en combinaison avec une lésion précise.

Cette notion me semble devoir être retenue. Elle donne la raison des nombreuses réinterventions blanches, ne trouvant rien pour expliquer la récurrence des troubles et se terminant, sans avantage pour le patient, par un inutile drainage biliaire.

Elle incitera à poser plus souvent l'indication de réintervenir.

Enfin, elle met l'accent sur l'opportunité de mettre systématiquement en oeuvre, au cours de toute cholécystectomie, les techniques de contrôle manométrique et radiologique de la voie biliaire principale, car je ne crois plus à la fréquence, à la constance même

pour certains, des perturbations sphinctériennes, dont a été dite responsable l'ablation de la vésicule biliaire.

b) Les dystonies de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi au cours de l'évolution de la lithiase.

D'assez nombreux exemples de dystonie du sphincter d'Oddi ont été recueillis par intubation systématique du cystique au cours de cholécystectomies entreprises pour lithiase vésiculaire, compliquée ou non de cholécystite.

Ils l'ont été très habituellement chez des malades dont l'interrogatoire révélait seulement des signes d'ordre très banal et chez lesquels rien ne permettait de soupçonner une perturbation de la voie biliaire principale.

Outre l'autorisation que donne le contrôle manométrique et radiologique systématique de supprimer le drainage après cholécystectomies, lorsque le cholédoque se montre libre de tout obstacle anatomique ou fonctionnel, il permet encore d'assurer extemporanément le traitement d'une dystonie sphinctérienne et coup sûr d'éviter, avec une récurrence éventuelle des troubles, l'indication d'une réintervention.

Il m'a été donné ainsi de découvrir au cours de cholécystectomies banales:

32 cas d'hypertonie,

92 cas d'hypotonie du sphincter d'Oddi,

justiciables d'une thérapeutique précise.

L'exploration manométrique et radiologique de la voie principale après cholédocotomie pour lithiase ne donne pas seulement une assurance contre l'oubli possible d'un calcul, elle permet aussi de dépister d'assez fréquentes dystonies sphinctériennes concomitantes.

Un état hypotonique du sphincter d'Oddi représente alors une éventualité assez favorable assurant une sécurité supplémentaire à une suture du cholédoque

La notion d'une hypertonie impose une indication thérapeutique précise, si l'on veut éviter, dans les suites d'un drainage cholédocien une cholerragie persistante.

* * *

Le traitement chirurgical des dystonies biliaires

a) Traitement chirurgical des hypotonies biliaires.

Les hypotonies des voies biliaires, quelle que soit leur localisation, vésiculaire ou cholédocienne, sont également justiciables, à défaut de thérapeutique médicale élective, d'une intervention, la splanchnicectomie droite, dont une pratique, remontant déjà à 1941, me permet d'affirmer l'efficacité.

La base physiologique a été donnée par les recherches expérimentales de R. Guillet, dont nous avons pu conclure formellement à l'effet inhibiteur du splanchnique sur l'ensemble des voies biliaires, vésicule, voie principale et sphincter.

Techniquement, je me suis borné à la splanchnicectomie sous-diaphragmatique, opération moins complexe et moins grave que la sympathectomie radicale thoraco-lombaire à la Smithwick. Les résultats éloignés que j'ai observés m'incitent à rester fidèle à cette intervention fort simple, qui peut être faite dans le même temps opératoire, après fermeture de la laparotomie sous-costale droite.

Une statistique récente que j'ai publiée avec M. Jaubert de Beaujeu donne, en effet, portant sur 92 cas suivis, certains depuis 7 ans, des résultats favorables, le plus souvent remarquables, dans 90 % des cas.

L'efficacité de la splanchnicectomie droite est particulièrement sensible dans les récidives après cholécystectomie, à l'origine desquelles a pu être dépistée une hypotonie sphinctérienne: disparition des crises douloureuses, transformation radicale de l'état fonctionnel et souvent moral des malades, reprise remarquable de poids.

Indiquée formellement, à notre sens, dans le cas de syndrome hépato-biliaire pseudo-lithiasique, elle l'est aussi, à titre complémentaire, à la suite d'une cholécystectomie banale, toutes les fois que l'inventaire fonctionnel de la voie principale aura révélé un état de grande hypotonie sphinctérienne.

b) Traitement chirurgical des hypertonies biliaires:

Sur le même plan, il est permis, dans certains cas d'hypertonie biliaire, d'escompter un heureux résultat de la vagotomie, mais le problème est assez différent.

— la vagotomie double est en effet une intervention mutilante, qui peut laisser à sa suite des perturbations digestives gênantes. Toutefois, il n'est pas indispensable, pour agir sur le tonus des voies biliaires, de faire une vagotomie haute, sus- ou sous-diaphragmatique, il suffit de sectionner, en regard de l'angulus, toutes les fibres nerveuses du petit épiploon, ce qui dans une large mesure répond à cette objection liminaire.

— d'autre part, la vagotomie n'est pas toujours efficace et les limites de son efficacité sont données par la constitution progressive des lésions de sclérose sphinctérienne, qui se voient et dans les hypertonies du cystique et dans celles du sphincter d'Oddi. Aussi bien, la vagotomie devra-t-elle toujours être précédée d'une infiltration novocaïnique d'épreuve de la partie moyenne du petit épiploon, un nouvel enregistrement manométrique devant juger de l'effet obtenu.

Je ne puis faire état de résultats suffisamment nombreux ni suffisamment éloignés pour juger de la valeur de cette méthode et je ne puis que vous donner une impression favorable. Mais, le plus souvent, les opérations directes sur les voies biliaires sont imposées par l'état lésionnel du sphincter spasmodique, après échec des thérapeutiques médicales (trinitrine, phénédrine...).

— cholécystectomie, dans le cas de maladie du cystique, dont les résultats semblent régulièrement bons, — correspondant au pourcentage favorable que donnait la cholécystectomie faite à l'aveugle

dans les „vésicules de stase“. Sur 127 cas de cet ordre opérés sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire, que j'avais retrouvés, en 1947, avec R. Koppes, il avait été fait 28 fois seulement une cholécystectomie sans drainage, soit dans 23 % des cas.

— sphinctérotomie trans-duodénale, s'il s'agit d'une maladie du sphincter d'Oddi, — sphinctérotomie limitée à la section de l'anneau musculaire inférieur et respectant le sphincter cholédocien propre —, dont les résultats fonctionnels sont, dans la règle, d'excellente qualité.

Je pense par contre que la cholédocoduodénostomie ne doit plus garder d'indication dans la maladie du sphincter d'Oddi, ayant dû réopérer deux malades, dont les troubles avaient récidivé, soit par oblitération de la bouche anastomotique, soit en raison des phénomènes de stase survenus dans le cholédoque sous-anastomotique.

Il semble nettement préférable, puisque, aussi bien cela est possible, d'agir directement sur le sphincter lui-même, dont les courbes manométriques et les clichés per-opératoires ont démontré l'altération.

NOTRE PRODUCTION

est encore restreinte

Perthymine	Baume Dermý (anct. Rapid)
Pertustol	Cure-Goutte Hooker
Perossine	Tisane Diuretique du Dr. Klein
Thermofluide	Pepsal
Enaline	Pedal
Malvine	

. . . . mais

NOTRE DEVISE

s'applique sans restrictions:

QUALITÉ D'ABORD!



LABORATOIRES

PROPHARMA

LUXEMBOURG

Aspects actuels de la thérapeutique diététique des cirrhoses

par J. Stahl, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg
et Ch. Maurer

La thérapeutique diététique classique des cirrhoses, se basant essentiellement sur la notion de fragilité du parenchyme hépatique, visait avant tout à ménager le foie, par la suppression de la cause toxique, la réduction des protides et des graisses. La réduction des protides d'une part, peut-être moins catégoriquement exigée que celle des graisses, reposait essentiellement sur les expériences de Bollmann et Mann (17), qui avaient montré la nocivité de l'alimentation carnée chez l'animal partiellement hépatectomisé ou atteint de cirrhose expérimentale. La dégénérescence graisseuse, si fréquemment rencontrée dans les processus cirrhotiques, paraissait suffisamment justifier, d'autre part, la réduction des lipides, en fait souvent mal tolérés par les hépatiques.

L'administration aux hépatiques de régimes riches en hydrates de carbone, par contre, était entrée depuis longtemps dans les habitudes thérapeutiques, à la suite des études d'Opie, d'Althausen et de Roger: celles-ci avaient montré que la résistance de la cellule hépatique, surchargée en glycogène, était accrue vis-à-vis des toxiques du foie.

La thérapeutique symptomatique, dirigée essentiellement contre l'ascite et les oedèmes, comprend le régime déchloruré simple, ou associé aux diurétiques mercuriels, aux sels acides (chlorures de Calcium et d'Ammonium), au cyanure de mercure, et les ponctions d'ascite; les cholagogues trouvent leur indication au cours des poussées ictériques, la Vitamine K. dans les états hémorragiques, le glucose i. v. dans la menace de coma; le repos général prolongé a été depuis longtemps établi comme règle de traitement fondamentale chez les cirrhotiques (N. Fiessinger).

Voilà comment se présentait schématiquement le traitement classique des cirrhoses.

*) Conférence faite à la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, le 22 janvier 1949.

En 1941 Patek et Post (1), se basant sur une expérience de quatre ans, proposent une modification de ce traitement. Alors que les procédés de la thérapeutique symptomatique sont maintenus, le traitement nouveau concerne essentiellement la partie diététique: il consiste en l'administration d'un régime riche en calories, surtout riche en protides, pas nécessairement pauvre en graisses, riche en Vitamines du complexe B 2.

Après avoir exposé brièvement le genèse de cette conception thérapeutique nouvelle, nous examinerons ses résultats, en nous basant sur quelques-uns des documents rapportés dans la littérature ainsi que sur des faits tirés de notre expérience personnelle. Chemin faisant, il nous sera possible de jeter un regard sur certains aspects actuels de la pathologie générale des cirrhoses, susceptibles d'éclairer le problème thérapeutique.

* * *

Nous emploierons le terme de cirrhose dans le sens très général d'un processus d'hépatite chronique, à évolution plus ou moins longue, comportant une atteinte parenchymateuse accompagnée d'une réaction mésenchymateuse d'intensité variable; la phase parenchymateuse, faite de lésions dégénératives et inflammatoires, se caractérise histologiquement par de la stéatose, de la nécrose cellulaire, de l'infiltration lymphocytaire. L'évolution se fait par poussées successives pour aboutir à la cirrhose biveineuse hypertrophique ou atrophique, telle que nous la voyons à son stade terminal.

Entre les débuts de cette hépatite à évolution progressive et l'état terminal de la cirrhose, se situe tout un spectre d'états intermédiaires dont la notion, du point de vue thérapeutique, est primordiale. En effet, à condition d'être saisis précocément, bon nombre de ces états seront réversibles sous l'influence du traitement. C'est là une notion dont l'importance et la nouveauté méritent d'être fortement soulignées.

* * *

Voici, à titre d'exemple, le régime indiqué par Patek (1) dans ses deux formes, l'une dite semi-liquide (2.500 Cal.) pour les cas d'intolérance digestive, l'autre dite solide (3.500 Cal.).

(voir tableaux I et II, pages 21 et 22)

Cette façon d'envisager la diététique des cirrhotiques, ne tarda pas à soulever un très grand intérêt. Le régime de Patek a déjà été appliqué par de nombreux auteurs; certains l'ont élargi, d'autres lui ont adjoint encore des substances dites lipotropiques, dont la découverte est due à Best et ses collaborateurs: Choline-Méthionine (2,3). Les résultats de l'étude expérimentale de ces facteurs lipotropiques venaient étayer la proposition de Patek en ce sens, que le régime riche en protides assure en même temps un apport de ces substances indispensables au fonctionnement et à la structure normale de la cellule hépatique.

Tableau I.
REGIME SEMI-LIQUIDE

		Protides	Graisses	Hydrates de Carbone
7 h. Lait	200 cc	6	8	10
8 h. Riz. flocons	100 gr	2	1	11
Sucre	12 gr			12
Oeufs	2	13	10	
9 h. Jus de fruit	200 cc			18
10 h. Lait	150 cc	4.5	6	7.5
Oeuf	1	6.5	6	
Sucre	10 gr			10
Levure de bière	25 gr	12.5	0.5	8.5
11 h. Potage crème	200 cc	6	14	15
Purée de pom. de terre	100 gr	2	6	15
Beurre	10 gr		8.5	
Purée de légumes	100 gr			9
Jus de fruit	200 cc			18
14 h. Lait	150 cc	4.5	6	7.5
Oeuf	1	6.5	6	
Sucre	10 gr			10
15 h. Jus d'orange	200 cc			18
16 h. Flocons	100 gr	2	1	11
Sucre	12 gr			12
17 h. Jus d'orange	200 cc			18
18 h. Lait	150 cc	4.5	6	7.5
Oeuf	1	6.5	6	
Sucre	10 gr			10
Levure de bière	25 gr.	12.5	0.5	8.5
19 h. Lait	150 cc	4.5	6	7.5
Oeuf	1	6.5	6	
Sucre	10 gr			10
	Total:	100	97.5	254

CALORIES 2903

Tableau II.
REGIME SOLIDE

		Protides	Graisses	Hydrates de Carbone
Petit Déjeuner				
fruits	1 portion			18
flocons, riz	230 gr	4	2	20
sucré	12 gr		10	12
oeufs	2	13	8	
lait	200 cc	6	1	10
toast	60 gr	4	17	30
beurre	20 gr		6	
café, crème, sucre		1		13
9 heures				
levure de bière	25 gr	12.5	0.5	8.5
lait	150 cc	4.5	6	7.5
sucré	12 gr			12
Déjeuner midi				
viande moyennement grasse	100 gr	17	20	
légumes	300 gr	6		32
pain	30 gr	2		15
beurre	20 gr		17	
dessert (cake, pudding)	1 portion	5	8	25
lait	200 cc	6	8	10
café, crème, sucre		1	6	13
14 heures				
levure de bière	25 gr	12.5	0.5	8.5
lait	150 cc	4.5	6	7.5
sucré	12 gr			12
15 heures				
jus d'oranges	200 cc			18
Dîner				
potage julienne	200 cc	4		4
viande moyennement grasse	100 gr	17	20	
salade	100 gr	1		4
légumes	100 gr	3		19
pain	30 gr	2		15
beurre	20 gr		17	
lait	200 cc	6	8	10
fruits	100 gr			18
thé, crème, sucre		1	6	13
19 heures				
lait	200 cc	6	8	10
Total:		139	175	365

L'idée de Patek était-elle absolument nouvelle? En fait, on relève depuis longtemps dans la littérature des propositions semblables, diversement motivées (16); en particulier dans la littérature française du début du siècle, nous retrouvons un certain nombre de publications qui renferment déjà ces idées. Mais jamais un plan thérapeutique de ce genre n'avait été étudié d'une façon aussi méthodique que ne le fit Patek, sur ses malades hospitalisés pendant de longs mois au Welfare Hospital de New-York.

L'opothérapie hépatique, dont on sait maintenant qu'elle représente un apport en Vitamines B 2 est un procédé également déjà ancien. Gilbert et Carnot en 1896 (4) la conseillent, Villaret (5) la reprend au moment de l'avènement des extraits hépatiques actifs dans l'anémie pernicieuse, et signale, comme ses précurseurs, d'heureux effets sur l'évolution des cirrhoses.

* * *

Quelles sont les raisons qui ont conduit à ces nouvelles directives thérapeutiques dans les cirrhoses? Elles résultent de notions et d'observations qui proviennent de différents domaines: de la clinique, de la pathologie comparée, de l'expérimentation. Voici l'essentiel de ces études.

Considérations étiologiques:

Dans l'étiologie des cirrhoses, l'alcoolisme joue un rôle indiscutable, du moins dans nos régions; quant à son mécanisme d'action, il a soulevé bien des controverses. Le rôle de l'action nocive directe de l'alcool sur la cellule hépatique n'est plus guère admis à l'heure actuelle.

Ne connaissons-nous pas tous, même dans nos régions, des cas isolés de cirrhotiques typiques, chez qui l'abus d'alcool ne saurait être incriminé. Sur le grand nombre d'alcooliques, seule une proportion réduite présente de la cirrhose. Boles et Clark (6) sur 228 alcooliques avérés trouvent 24 p. cent de cirrhotiques, 13 p. cent de cas de stéatose; 63 p. cent des cas examinés ne présentent aucun signe d'atteinte hépatique.

Mais l'alcoolique chronique est un sujet qui souvent s'alimente mal ou utilise mal son alimentation; il présente fréquemment, des signes de carence (polynévrite, glossite, altérations cutanées). La cellule hépatique réagit à cette carence par des altérations dégénératives bien mises en évidence expérimentalement; elle devient ainsi plus vulnérable à l'action de l'alcool, qui contribuerait ainsi d'une manière indirecte aux processus d'hépatite chronique qui nous occupent.

Il est bien évident qu'une telle façon de voir n'est nullement destinée à minimiser le rôle de l'alcool dans la pathogénie des cirrhoses; elle essaie simplement d'en préciser le mécanisme d'action.

Pathologie comparée :

Les études écologiques de leur côté ont apporté à la compréhension étiologique des processus cirrhotiques une contribution des plus importantes. Dans certains pays, les Indes Néerlandaises, certaines régions de Chine, les côtes de l'Afrique Equatoriale, la cirrhose est une maladie des plus répandues, alors que dans ces mêmes régions la consommation d'alcool est inexistante. Ces cirrhoses coïncident fréquemment avec des épidémies de Beri-Beri et de Pellagre.

L'alimentation hypoprotidique telle qu'elle est habituelle dans ces régions semble jouer un rôle essentiel, qui apparaît mieux encore dans les guérisons étonnantes obtenues simplement par l'institution d'une alimentation plus variée et carnée. La cirrhose infantile en particulier, dans certains pays tropicaux, se trouve limitée aux régions où l'alimentation carnée est fortement réduite.

Le rôle du paludisme et de la dysenterie, longtemps incriminés dans la genèse de ces cirrhoses, semble devoir céder le pas aux facteurs de carence alimentaire.

Etudes Expérimentales :

L'expérimentation enfin est venue fournir à la théorie carenentielle de la cirrhose des éléments très convaincants. Par des régimes pauvres en protides et en choline, plus ou moins riches en graisses, il est possible de produire des altérations hépatiques, allant de la dégénérescence graisseuse à la cirrhose biveineuse. La carence en cystine, d'autre part, entraîne l'apparition de lésions nécrotiques qui finissent par aboutir au même résultat. (7)

Le fait essentiel, du point de vue qui nous intéresse, est la réversibilité de certaines lésions parenchymateuses, par l'institution d'un régime normal, ou par l'administration des substances lipotropiques qui assurent un transport de graisse de la cellule hépatique vers les tissus. La production de cirrhoses par l'alcool seul en présence d'un régime alimentaire normalement équilibré, rencontre les plus grandes difficultés. Par contre un régime riche en graisses, pauvre en protides, permet la production de cirrhoses par l'alcool dans un grand pourcentage des cas. (8) Alors que les lésions parenchymateuses peuvent être réversibles, la fibrose elle, persiste malgré l'équilibration du régime alimentaire. Les substances lipotropiques enfin, permettent de protéger le foie contre l'action de toxiques cirrhogènes, tels que le Chloroforme et le Tétrachlorure de Carbone.

* * *

Toutes ces considérations justifiaient, en conséquence, la tentative thérapeutique de Patek, basée sur la conception de la cirrhose: maladie par carence — réversible aux stades précoces de son évolution. L'action de la diététique s'exerce, semble-t-il, directement sur la cellule hépatique dont elle assure la régénération et la récupération fonctionnelle. Le terme d'hépatopoïèse, tel que

Fiessinger (9) l'avait utilisé, paraît très bien convenir pour illustrer l'action de cette thérapeutique.

Il est en effet permis de penser que le régime de Patek agit par un apport de substances lipotropiques indispensables à cette hépatopoïèse, ces substances étant contenues dans les albumines alimentaires. L'apport isolé ou supplémentaire de choline et de méthionine, ne semble d'ailleurs pas avoir donné de résultats supérieurs au régime hyperprotidique. (10). Parmi les lésions hépatiques constatées, aussi bien dans la cirrhose expérimentale, que dans les premiers stades de la maladie cirrhotique, la dégénérescence graisseuse occupe une place très importante par sa constance et aussi par sa précocité. Il n'est pas impossible que cette lésion, considérée longtemps comme assez banale, soit la première en date dans le processus cirrhotique, qu'elle soit une lésion véritablement précirrhotique, qui alors rend le foie plus vulnérable à l'action nocive, soit de l'alcool, soit d'autres toxiques, soit d'infections chroniques. C'est elle aussi qui paraît réagir le plus nettement à l'action du régime hyperprotidique. (2)

La thérapeutique diététique des cirrhoses nous apparaît dès lors comme une thérapeutique de suralimentation, assurant l'apport de substances indispensables à la vitalité de la cellule hépatique; il faudra savoir réaliser cet apport avec un maximum de minutie et de ténacité. L'administration de ces substances indispensables, par la voie digestive, ne sera pas toujours une tâche aisée, chez des malades anorexiques et nauséux. Le plan de Patek ne pourra pas toujours être mis en pratique d'emblée. Il faudra recourir à des expédients dans certains cas, administrer les protides indispensables sous des formes diverses: protéolysats, lait sec, caséine; au besoin il faudra savoir recourir au gavage par la sonde, là où l'anorexie est totale.

La mise en oeuvre du traitement de Patek sera souvent rendue difficile par le psychisme particulier des cirrhotiques (et de leur entourage); il faudra savoir imposer le régime hypercalorique, en particulier lors de la menace de coma hépatique, et au moment des poussées évolutives, sans oublier le glucose par la voie parentérale, dont l'efficacité est reconnue depuis longtemps. (10)

La ponction d'ascite entraînera souvent une reprise de l'appétit, de laquelle dépendra l'avenir de ces malades.

Nous ne ferons que mentionner l'utilisation par voie intra-veineuse d'extraits hépatiques qui, entre les mains de Labby, Shank et Hoagland (11) auraient donné des résultats extrêmement encourageants, surtout dans les états d'insuffisance hépatique grave.

* * *

Dans une affection telle que la cirrhose, il n'est pas aisé de juger de l'efficacité d'une thérapeutique, quelle qu'elle soit; il importe de faire preuve d'un esprit critique sévère, il faudra savoir attendre le recul nécessaire. Les critères devront être soigneusement choisis. La multiplicité des agents mis en oeuvre vient encore compliquer le problème de l'interprétation de l'action thérapeutique.

Le Critère de survie

Un tel critère essentiellement statistique, consistera dans la comparaison entre la survie observée avec le traitement classique et celle observée avec le traitement nouveau. Afin d'évaluer la survie dans une affection dont les débuts sont souvent difficiles à préciser, il importera de choisir un repère précis. L'apparition de l'ascite représente un tel repère.

La littérature nous fournit un certain nombre d'indications intéressantes concernant la survie dans les cirrhoses après l'apparition de l'ascite.

Chapman-Patterson-Snell l'estiment à 3 à 6 mois

Rolleston et Mc Nee à 3 à 4 mois

Hendrikson à 12 mois

Eppinger n'a jamais vu guérir un cirrhotique ponctionné.

Nos propres constatations à la Clinique Médicale B nous ont amené à admettre une survie allant de deux mois à deux ans.

L'étude de Bas (12) portant sur 20 cas de cirrhoses observés à l'Hôpital Pasteur de Colmar entre 1935 et 1947 conclut à une survie moyenne de 8 mois après l'apparition de l'ascite.

Patek et Post (1) examinent le pronostic chez 230 cirrhotiques avérés, traités par les moyens classiques; six mois après le début de l'ascite, 55% des malades survivent, après deux ans ce chiffre s'abaisse à 20%. Tous ces chiffres démontrent bien la gravité du pronostic de la cirrhose avec ascite.

A ces chiffres, Patek oppose ceux des cirrhotiques traités par le régime hyperprotidique; le pourcentage de survie est de 72% après 6 mois, et de 45% après 2 ans, chiffres nettement plus élevés que ceux cités précédemment, et qui illustrent bien l'amélioration du pronostic, chez les malades traités selon les principes proposés par les auteurs américains.

Une 2ème statistique de Patek est non moins éloquente:

	124 cas avec ascite	200 cas avec ascite
	Régime classique	Régime nouveau
Survie après 1 an	40%	65%
2 ans	20%	50%
3 ans	7%	30%

Résultats de Morrison: (13)

Cirrhose avec ascite	1938-1940	1943-1945
Nombre de cas	12	9
Décédés	9	1
Dispar. des Symptômes	0	4
Amélioration des tests	1	5
Activité normale	1	4

Critères fournis par l'état clinique:

L'action symptomatique sur l'ascite et les oedèmes, la disparition de l'ictère et de l'asthénie, le retour de l'appétit, sont des critères cliniques qui s'observent chaque fois que le traitement amène une rémission dans l'évolution de la cirrhose, de même que

s'améliorent les tests de floculation et les tests d'élimination. Le taux des protéines sanguines, ainsi que le rapport des albumines et des globulines, sont susceptibles de refléter dans la grande majorité des cas une évolution favorable. Le relèvement du taux des albumines s'effectue souvent parallèlement à la disparation des oedèmes et de l'ascite, bien qu'un parallélisme absolu entre le taux des albumines et la tendance aux oedèmes soit loin d'être absolu. Soulignons, en passant, que la pathogénie des oedèmes chez les cirrhotiques offre encore bien des obscurités; elle relève sans doute de plusieurs facteurs, l'hypertension portale, la chute de la pression osmotique des albumines, la perméabilité capillaire, et certains facteurs endocriniens encore à l'étude.

Critère histologique:

Parmi les critères qui semblent devoir présenter le caractère le plus objectif, la biopsie en série du foie occupe une place dont l'importance ne cesse de s'affirmer; les résultats qu'elle a déjà donnés sont des plus encourageants. Bien que les résultats de la biopsie ne soient que difficilement superposables à un état fonctionnel donné, l'observation histologique nous permet de suivre l'évolution du processus pathologique, soit dans le sens de l'aggravation, soit dans le sens de la réparation.

C. Jones et Volwiler (10) ont publié une série de cas traités et suivis histologiquement. A titre d'exemple nous reproduisons une de leurs observations, qu'ils ont bien voulu nous permettre de faire figurer ici:

Femme de 41 ans (Cas No 2), entrée à l'hôpital pour une polynévrite alcoolique sans oedèmes, ni ascite, avec une hépatosplénomégalie, du subictère et de nombreux angiomes stellaires.

Une Biopsie du foie, une semaine après l'admission montre des cellules hépatiques gonflées et granuleuses. Infiltration polynucléaire, dégénérescence graisseuse très étendue, avec un certain degré de sclérose. Cirrhose alcoolique aiguë. (Fig. 1.)

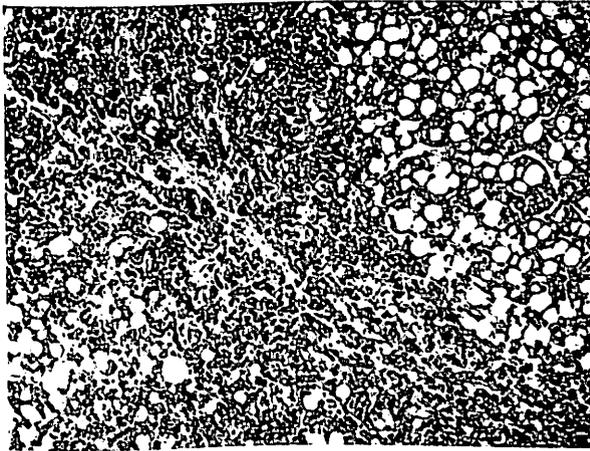


Fig. 1 (Cas 2 Dr. C. Jones) Biopsie de la première hospitalisation

Traitée pendant 7 semaines par le repos au lit, un régime de 2800 Calories, riche en hydrates de Carbone et protides, pauvre en graisse, par des extraits de foie, des vitamines, de la levure de bière, de l'inositol et de la choline. Amélioration clinique. Deuxième Biopsie, 7 semaines après la précédente: quelques amas de polynucléaires dans le parenchyme, mais la plupart des cellules hépatiques ont un aspect normal. La dégénérescence graisseuse a considérablement diminué. La sclérose a légèrement augmenté. (Fig. 2.)

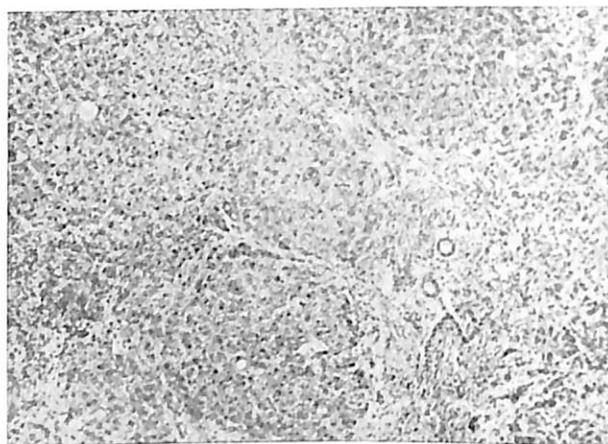


Fig. 2 (Cas 2 Dr. C. Jones) Biopsie quatre semaines après celle de la Fig. 1

Après sa sortie de l'hôpital la malade se remet à un régime plus riche en graisses et pauvre en protides; elle prend toutefois de la choline et des vitamines. Elle se remet à absorber de l'alcool en grande quantité durant les cinq mois qui précèdent sa réadmission.

Biopsie du Foie (Fig. 3): La sclérose a beaucoup augmenté. Importante dégénérescence graisseuse.

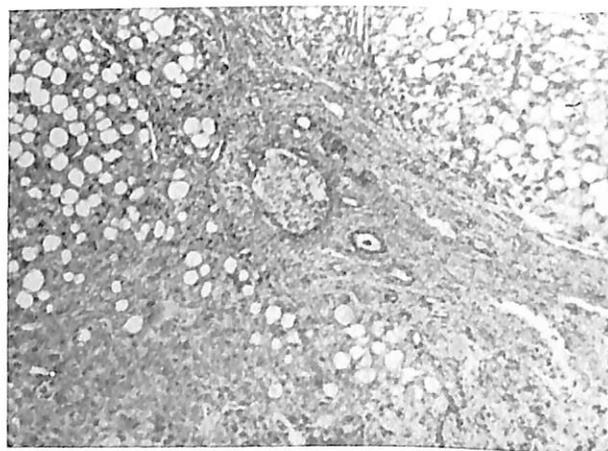


Fig. 3 (Cas 2 Dr. C. Jones) Biopsie de la seconde hospitalisation

Traitement par 2400 Cal., régime hyperprotidique, pauvre en graisses, sans suppléments de facteurs lipotropiques ou de vitamines.

Biopsie du Foie après 4 semaines de ce traitement:

Disparition de la dégénérescence graisseuse et de l'infiltration polynucléaire. Le degré de sclérose n'a pas changé.



Fig. 4 (Cas 2 Dr. C. Jones) Biopsie sept semaines après celle de la Fig. 3

Les auteurs ajoutent à cette remarquable observation, qui montre si bien la réversibilité des lésions parenchymateuses, l'intéressant commentaire suivant: „L'administration régulière de vitamines et d'agents lipotropiques, n'a pas empêché la dégénérescence graisseuse inflammatoire causée par un régime carencé et l'alcoolisme. La réparation histologique était la même avec le régime seul, qu'avec le régime additionné de vitamines et d'agents lipotropiques.“

Dans ce même travail Jones et Volwiler rapportent toute une série d'autres clichés qui illustrent, d'une façon analogue, les résultats du traitement riche en calories et en protides.

* * *

L'ensemble des critères, qui viennent ainsi d'être examinés, indique donc nettement les heureux effets que l'on peut espérer d'un traitement de la cirrhose selon les principes proposés par Patek.

* * *

Nous ne saurions pas encore, à l'heure actuelle, faire état d'une grande série de cas personnels traités de la même manière. Qu'il nous suffise d'illustrer par trois observations les effets favorables que nous avons pu noter:

Observation I. Madame M. J. Salle 220 A. Obs. N° 648, 1948.

Cette malade, âgée de 50 ans, débitante de boissons, entre au service le 31 mars 1948 pour une cirrhose alcoolique, avec ictère. Début mars, elle est frappée par un gonflement de son abdomen. Mi-mars, son médecin ponctionne une ascite et retire 8 litres de liquide. Vers le 20 mars, apparaît un ictère qui motive l'admission en Clinique.

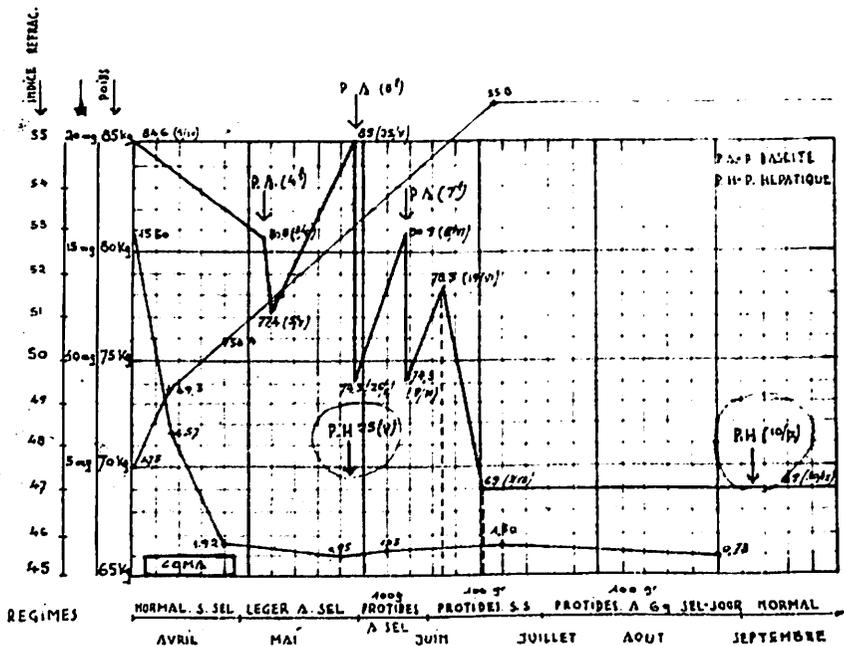
On constate un ventre de batracien avec circulation collatérale; le foie est hypertrophié, la rate n'est pas palpable. Dans le flanc droit on note une infiltration oedémateuse du tissu cellulaire. Léger

oedème malléolaire. La radioscopie du thorax révèle un épanchement pleural droit. Pas de varices œsophagiennes à l'examen radiologique. Urines: Albumine 0, Sucre 0, Volume: 500 à 800 cm³ par 24 heures. Les téguments sont lisses et ictériques; nombreuses varicosités au niveau du nez et des joues. Dépilation axillaire et pubienne. Ecchymoses aux genoux et aux plis du coude. Signe du lacet positif. Psychisme: Euphorie et prolixité. Cœur cliniquement normal. T.A. 150/80 RR. Electro: T isoélectrique dans les 3 dérivi-
 vations. Température hectique oscillant entre 36,8 et 38,6°.

Examens du sang:

Hgb. 79 ⁰ / ₀	Temps de coagulation 0'51"
Glob. r. 3.680.000	Temps de saignement 3'53"
Glob. bl. 16.800	Urée 0,48 ⁰ / ₀₀
Poly n. segm. 22 ⁰ / ₀	Cl. 2,88 ⁰ / ₀₀
Poly segm. 65 ⁰ / ₀	Indice 47,5
Lympho 10 ⁰ / ₀	Glycémie 0,98 ⁰ / ₀₀
Mono 3 ⁰ / ₀	Bilirubine 15,60 mgr. ⁰ / ₀
	Vit. de Séd. 95/125

Dans les jours qui suivent l'admission, la malade devient agitée, l'ictère fonce davantage; le 5 avril elle est subcomateuse; le 7 avril inconscience totale, mais, fait à souligner, on arrive à lui faire absorber régulièrement sa nourriture.



En plus d'injections de sérum glucosé, on administre des vitamines C, PP, B2, des extraits hépatiques ainsi que 800.000 U de Pénicilline par jour. L'urée passe à 0,80⁰/₀₀, la bilirubinémie est de 6,75 mgr.⁰/₀.

Vers le 20 avril, l'état s'améliore et le 22 avril la malade est de nouveau lucide avec une urée de 0,20⁰/₀₀, une bilirubinémie de 1,92⁰/₀. Son état comateux a donc duré 15 jours.

Vient alors une période pendant laquelle on ponctionne régulièrement l'ascite. L'ictère va en s'améliorant.

Le 25. 5. (1 mois après la fin du coma), une biopsie du foie par trocart montre des lésions de cirrhose évolutive, probablement annulaire: sclérose assez dense, d'abondance moyenne, légèrement inflammatoire. Lésions nettes des cellules. Stéatose assez importante. (Dr. Fruhling.)

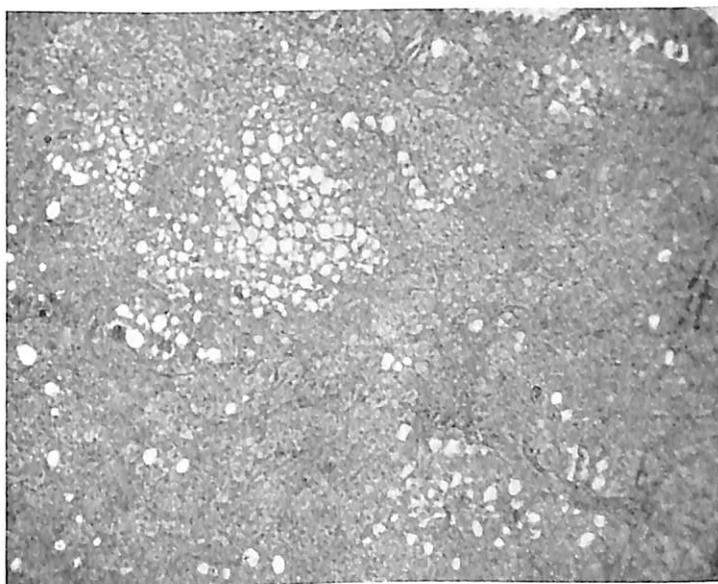


Fig. 5 Cas Obs. I Madame M. J. Biopsie du 25. 5. 1948

Le 29. 5. Régime avec 90 à 100 gr de Protides.

Le 17. 6. Vu la persistance des oedèmes et de l'ascite la malade est mise au régime sans sel. Brusquement dans la nuit du 18. 6. au 19. 6. la diurèse devient très abondante. En 15 jours la malade vide ses épanchements pleureux, son ascite et ses oedèmes.

22. 6. Protéines totales 6,15⁰/₀ Alb. 3,40⁰/₀ Globul. 2,75⁰/₀

5. 7. Protéines totales 7,1 ⁰/₀ Alb. 3,65⁰/₀ Globul. 3,45⁰/₀

26. 8. Protéines totales 7,7 % Alb. 3,75⁰/o Globul. 3,95⁰/o
Hanger test + + + après 6 heures
+ + + + après 24 heures

10. 9. 4 mois après le début du coma nouvelle ponction-biopsie du foie.

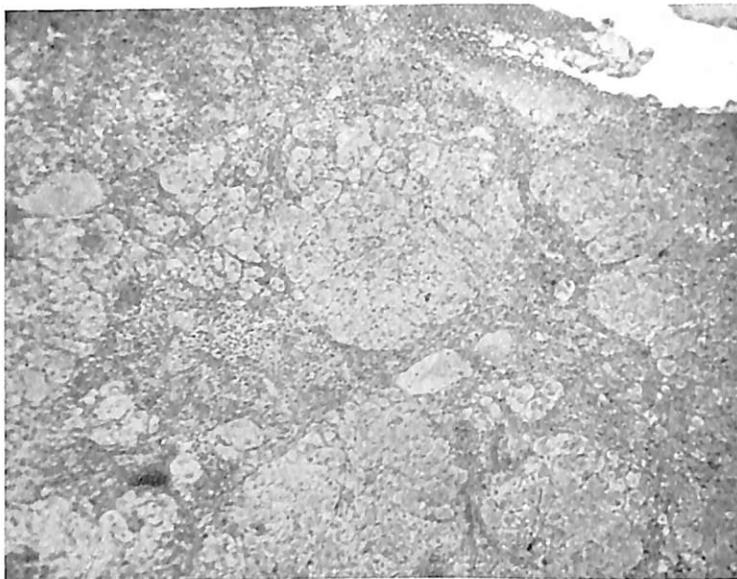


Fig. 6 Obs. I Madame M. J. Biopsie du 4. 9. 1948
14 semaines après Biopsie de la Fig 5

On retrouve la même cirrhose évolutive, par endroits nettement annulaire. La sclérose persiste, paraissant même plus dense, relativement peu inflammatoire. Mais il existe une différence importante par rapport à la première biopsie: les cellules hépatiques paraissent nettement moins altérées, la stéatose est devenue discrète.

La malade quitte le service le 30 septembre avec les recommandations de régime qui s'imposent. Nous l'avons revue tout récemment en excellent état; la malade affirme n'avoir plus fait d'abus d'alcool; elle s'alimente convenablement avec des quantités suffisantes de protides.

Nous avons l'impression que c'est grâce à une alimentation jamais interrompue, riche en protides, dès que cela a été possible, complétée par des vitamines, des extraits hépatiques et du glucose, que cette malade a pu sortir du coma et régénérer une cellule hépatique gravement lésée. La biopsie révèle la réversibilité du processus pathologique. Le rôle de la Pénicilline, sur lequel Chabrol (14) a tout récemment insisté, mérite évidemment d'être pris en considération, notamment dans la première phase de la présente observation.

Observation II. Madame Zi. 51 ans, hospitalisée du 19. 4. 46 au 6. 12. 47. Observat. N° 1808, 1946.

A l'âge de 34 ans et de 49 ans la malade avait souffert de coliques hépatiques. Depuis 1945 la malade se nourrissait très mal, n'absorbant que rarement de la viande le dimanche! Pas d'Ethylisme.

Le 19. 4. 46 Douleurs subites à l'hémithorax dr. — vertiges — puis hématémèse importante.

Examen: Etat général mauvais, pâle, Hgb 36⁰/₀, Poids 53,3 kgs, Vit. de Séd. 40/78, Gaïac+, Abdomen souple — Foie et Rate non augmentés. On songe à un ulcère gastrique. Varices oesophagiennes?

le 8. 5. 46 Examen radiologique du tube digestif: Oesophage, estomac intestins: sp., mais présence de nombreux calculs biliaires.

le 14. 5. 46 Hgb 57⁰/₀ Vit de Séd. 45/86, T.S. l'— T.C. 3' Gaïac Ø.

le 18. 5. 46 Bilirubinémie 0,45 mgr. ⁰/₀ — Takata Ara Ø, quelques douleurs dans l'hypocondre droit.

le 4. 6. 46 Toujours anémique: Hgb 52⁰/₀ Vit. de Séd. 60/101. Transit: résultat identique au précédent. Après 5 transfusions de 200-250 cm³ son Hgb a monté

le 5. 8. 46 à 75⁰/₀ — Poids 52 kgs 8.

le 10. 8. 46 on décide d'intervenir pour la lithiase biliaire. On découvre à l'intervention, en dehors de la lithiase, un foie cirrhotique. Cholécystectomie. Dix jours après l'opération, syndrome subocclusif et formation d'une ascite pour laquelle elle est réadmise au service le 30. 9. 46.

Etat général mauvais, Vit. de Séd. 19/50, Hgb 61⁰/₀, Bilirubine 0,69 mgr⁰/₀, Poids 52 kgs 1. Ascite importante avec circulation collatérale. Epanchement pleural gauche (3 travers de doigts); celui-ci doit être ponctionné le 9 et le 14 octobre 1946: liquide hémorragique qui ne se reproduit plus par la suite.

le 27. 10. 46 hématémèse importante nécessitant plusieurs petites transfusions. L'Hémoglobine tombée à 44⁰/₀ ne remonte que lentement à 62⁰/₀ le 19. 12. 46 et 78⁰/₀ le 1. 1. 1947.

le 12. 11. 46 Bronchopneumonie de la base droite réagissant bien à la Pénicilline, température normale après 8 jours.

Le liquide d'ascite se reproduit périodiquement et nécessite de fréquentes ponctions.

Caractère du liquide d'ascite:

citrin

Rivalta Ø

Densité 1006—1015

Alb. à l'Esbach 10 gr ⁰/₀₀

Formule panachée avec 60% de Lymphocytes
 Culture stérile
 Culture sur Loewenstein: stérile.

Après les ponctions évacuatrices, on palpe un gros foie dur et irrégulier; la rate n'est nettement palpable qu'à partir du 2. 5. 46. On pratique du 18. 10. 46 au 28. 8. 47 34 ponctions de 3 à 9 l (en moyenne une ponction tous les 10 jours).

Quelques injections de Neptal i. m. ou i. péritonéales donnent chaque fois une diurèse variant entre 1500 et 4000 cm³. Après les petites, comme après les grandes ponctions, le liquide se reforme également vite.

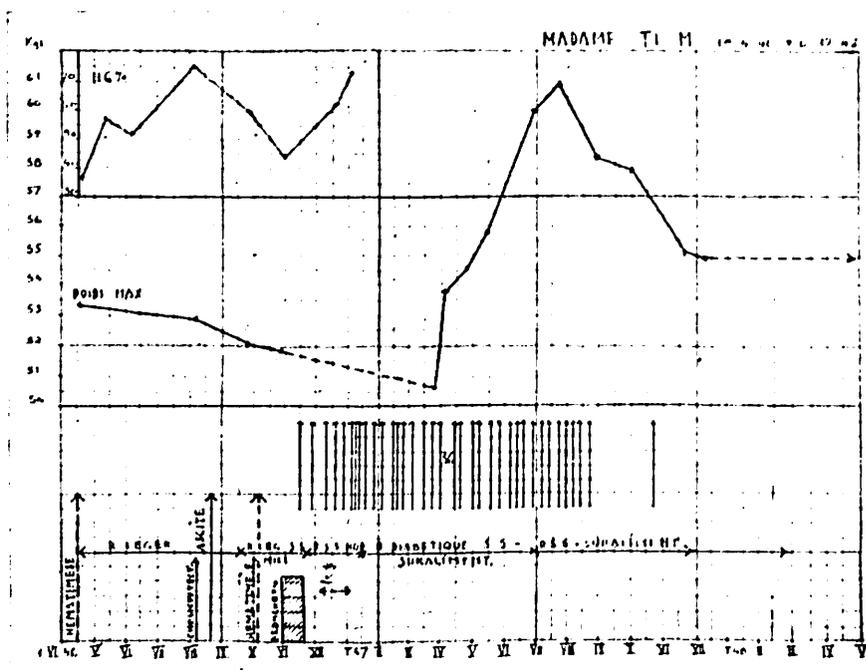


Tableau 4. — Obs. II Madame Zi 1808. 1946

Outre les ponctions et le Neptal on lui fait durant son séjour: 50 cm³ sérum glucosé à 30% — Vit. K. Tous les jours: 4 comprimés de Vitamine B2. Trois fois par semaine: extrait hépatique du 24. 2. au 11. 9. 47, puis 1 amp. d'extrait hépatique et de Choline sont données alternativement depuis le 11. 9. jusqu'au 6. 12. 47. Depuis le 3. 10: 4 comprimés d'acide ascorbique par jour. 12 injections de cyanure de mercure de 1/2 ctgr du 5. au 17. 12. 46 sont sans effet sur la diurèse.

Régime sans sel, léger + miel du 30. 9. 46 au 20. 11. 46
 Régime sans sel, normal du 21. 11. 46 au 15. 1. 47

Régime „diabét.“ sans sel du 16. 1. 47 au 3. 7. 47

Régime sans sel + suraliment. du 4. 7. 47 au 6. 12. 47

Evolution: Alors que l'ascite se reformait en moyenne en 10 jours, le poids de 58 kgs 100 n'est atteint qu'en 16 jours, à partir d'une ponction de 5.000 pratiquée le 28. 8. 1947. La malade perd du poids (59,2—56,7) jusqu'au 20. 10. 47. Elle réclame alors une ponction qui ramène 71500 faisant baisser le poids à 49 kgs. Le liquide ne se reforme alors que très lentement, et partiellement. Le poids passe à 54 kgs 500 en 32 jours, pour rester à ce niveau jusqu'au départ de la malade le 6. 12. 1947.

Le 16. 3. 1949, donc après environ 15 mois, elle est revue en excellent état, sans ascite, capable de vaquer à ses occupations. La malade continue à suivre consciencieusement le régime hyperprotidique qui lui a été prescrit à sa sortie de l'hôpital.

Observation III. Mme Chr. 53 ans, hospitalisée du 21. 5. au 17. 10. 1947. Salle 217 A, Observ. N° 907, 1947. 1943 Ictère installé sans douleurs.

Début 1945 Ictère avec pesanteur abdominale, vomissements, prurit. En avril 1945 l'ictère reprend avec les mêmes pesanteurs, pas de vomissements, ictère variable dans son intensité. Depuis lors elle se nourrit presque uniquement de pommes de terre, de pâtes, de flocons d'avoine, de légumes et de fruits. Son régime ne comporte ni viande, ni oeufs, ni graisses. L'éthylisme ne peut pas être écarté de façon certaine.

Maladie actuelle: depuis 3 semaines ictère variable avec selles colorées. Examen: Bon état général, subictère. Abdomen: ballonné. Ascite libre dans les deux flancs, foie augmenté de volume, donnant un signe du glaçon. Petits épanchements dans les sinus costo-diaphragm. B. W. négatif, Vit. de Séd. 25/48, Bilirubine 3,08 mg⁰/o. T.S. 2' T.C. 12'.

27/5 Transit: sp. outre signes d'ascite.

Oesophage: pas de varices visibles.

30/5 Foriod: pas de remplissage net, pas de calculs.

Conclusion: Cholécystite.

5/6 Lavement opaque: sp. Bilirubine 2,52 mg⁰/o

11/6 I. R. = 59,8 „ 1,98 mg⁰/o

Augmentation de l'ascite, oedèmes des membres inférieurs. Du 18. 6. au 19. 8. on pratique 7 ponctions, en moyenne une tous les 10 jours. Caractère du liquide:

formule panachée avec 60⁰/o Lymphocytes

stérile à la culture

Rivalta négatif

Densité 1004

2. 7. quelques râles aux deux bases

11. 8. I. R. 51,3

16. 8. Ascite, oedèmes des membres inférieurs, purpura de la jambe droite.

26. 8. Après une ponction, le liquide continue à couler durant 5 jours (21. au 26. 8.) par le pertuis créé par le trocart.
 Depuis lors amélioration: les oedèmes et les épanchements disparaissent; quelques râles aux bases.
1. 9. a repris du poids, ascite et oedèmes augmentent; quelques épistaxis.

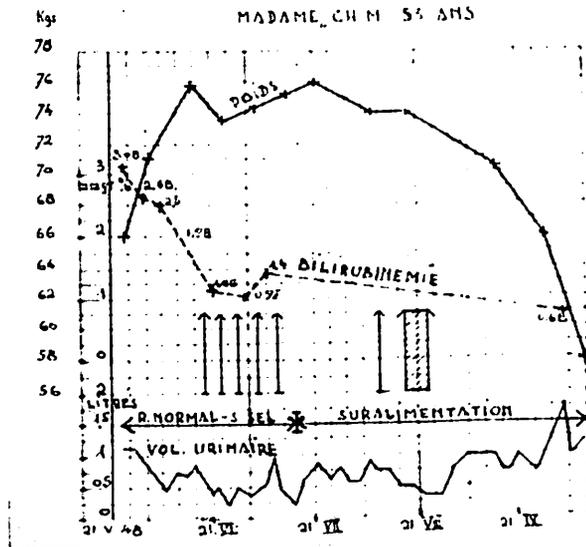


Tableau 5 - Obs. III. Madame Chr. 907 1947

11. 10. l'ascite disparaît à nouveau, le foie déborde de 1-2 travers de doigts, il n'est pas très dur.
16. 10. Elle quitte le service, va bien.
 gros foie. Bilirubine 0.64 mgr⁰/₀
 ascite
 oedèmes } absents
 ictère }

Traitement:

Régime normal jusqu'au 12. 7.
 Suralimentation à partir du 12. 7. 47.
 D'emblée la malade a reçu: des injections de glucose en solut. hypertonique, du Ficarmone + Bécozyme, Vit.K et C, Biocholine à partir du 12. 8. 18 ctgr de cyanure de mercure du 17. 7. au 4. 8. 47 sans effet appréciable.
 La malade après 18 mois est toujours en vie et vaque normalement à ses occupations.

Si, dans l'ensemble, le pronostic de la cirrhose reste des plus graves, ces quelques observations montrent cependant, avec un

recul déjà appréciable, que nous pouvons dans certains cas arrêter une évolution qui paraissait devoir être fatale.

Elles montrent aussi, que les poussées ictéro-ascitiques et hémorragico-ascitiques, dont le pronostic est souvent si sombre, peuvent être enrayées. Ajoutons, et c'est là l'impression qui se dégage également de la thèse de Bas, que la cirrhose hypertrophique en général est celle, qui est la plus apte à réagir favorablement.

De tels résultats, il faut bien le dire, on les connaissait depuis longtemps; mais il s'agissait d'observations isolées. Depuis longtemps, le problème de la curabilité des cirrhoses du point de vue doctrinal a préoccupé les médecins. Elle a été observée surtout dans la cirrhose hypertrophique. (9, 14) En 1852 Monneret signale un cas de guérison de cirrhose, d'autres publications analogues suivent sporadiquement; mais Chauffard et ses élèves soulignent la persistance de la cirrhose malgré l'assèchement de l'ascite. Guérison de l'ascite ou guérison de la cirrhose? C'est là le point qui restait en discussion; la cause de ces guérisons ou rémissions échappait. On parlait parfois de rémissions spontanées; terme impropre, car en réalité toute rémission a une cause, mais la nature souvent nous échappe. Ne faut-il pas chercher la cause de ces rémissions dans une mise en oeuvre inconsciente ou instinctive d'un régime de Patek, qui alors arrêta une cirrhose dans son évolution et la mettait cliniquement en veilleuse. Ne peut-on pas expliquer ainsi ces cirrhoses latentes, surprises d'autopsie ou de laparatomie?

* * *

Parmi nos malades, nous en avons retrouvé un certain nombre, dans l'histoire desquels on retrouve plusieurs poussées d'ascite, entrecoupées de longues rémissions.

En voici un exemple:

Monieur B. 63 ans, observé à plusieurs reprises à la Clinique Médicale B, est dépositaire de bière, grand buveur de vin et de fortes liqueurs.

1er séjour en 1941 à la suite d'une hématémèse; on note une ascite légère, du subictère et un foie augmenté de volume. Rate: Normale.

2ème séjour en 1945 — le malade revient pour un amaigrissement notable, 30 kgs en 3 mois. On constate une ascite avec circulation collatérale, des oedèmes malléolaires, un gros foie.

3ème séjour en mars 1948. Admission pour une ascite, déjà ponctionnée trois fois par le médecin traitant, qui se révèle être hémorragique.

4ème séjour en avril 1948: L'ascite persiste malgré une diurèse meilleure. 3 semaines après son départ de la Clinique, le malade meurt dans des circonstances que nous n'avons pas pu préciser.

L'évolution clinique de cette cirrhose s'étale donc sur 7 ans, avec de longues rémissions, caractérisées par la disparition de l'ascite et l'amélioration de l'état général.

L'enquête nous a appris que les poussées ascitiques chez ce grand alcoolique ont toujours été précédées par des périodes d'anorexie, alors qu'entre temps B. était un grand mangeur de viande. On peut se demander si ce n'est pas là la cause d'une évolution aussi particulière.

La façon dont s'alimentent les malades devra toujours être soigneusement considérée dans l'interrogatoire des cirrhotiques. Les alcooliques eux-mêmes, depuis longtemps, nous avaient appris les méfaits commis chez eux par une alimentation insuffisante avec cette explication qui sonne comme une excuse: „Ce n'est pas que j'aie trop bu; je n'ai pas assez mangé!"

* * *

La cirrhose n'est pas réversible à tous ses stades: plus la thérapeutique interviendra précocement, plus elle aura de chances d'agir sur les altérations hépatiques. Dès lors le problème, qui devra nous préoccuper au premier chef, est celui du diagnostic précoce de ces états que l'on peut appeler précirrhotiques ou préascitiques, en entendant par là l'ensemble des états hépatiques qui précèdent l'éclosion de signes manifestes de décompensation.

La précirrhose, ainsi comprise, représente un domaine encore peu connu, qui mériterait d'être étudié de très près par la clinique, les explorations fonctionnelles et surtout la biopsie du foie.

Les symptômes cliniques de l'état précirrhotique comportent une atteinte de l'état général, des troubles digestifs vagues, avec ballonnements, des troubles psychiques relevant d'une imprégnation alcoolique chronique, du subictère des conjonctives, de la polyneurite et un certain nombre de petits signes, qui nous paraissent avoir une grande valeur diagnostique: ce sont les angiomes stellaires des joues et de la face antérieure du thorax; des troubles endocriniens tels que la gynécomastie, la dépilation des jambes, du pubis et des aisselles, et un caractère très particulier du tégument qui devient lisse, indiquant une véritable féminisation de la peau.

Ces symptômes tirent leur signification de la précocité avec laquelle ils apparaissent, pouvant ainsi orienter un diagnostic hésitant, vers un processus cirrhotique au début. Les examens complémentaires permettront parfois d'asseoir le diagnostic plus solidement: par un test de Hanger positif, la constatation d'une achylie gastrique, une élévation de la bilirubinémie, l'élimination de l'urobilinogène dans les urines, la constatation de varices oesophagiennes.

La biopsie du foie, à ce stade, montrera souvent des altérations déjà très étendues, bien qu'entre les lésions observées et la clinique, comme nous l'avons dit, il soit souvent difficile d'établir un parallélisme.

L'observation de Monsieur D. à ce point de vue est des plus instructives:

Il s'agit d'un grand éthylique de 43 ans, qui depuis quelques semaines présente une anorexie marquée, et qui entre à la Clinique

pour des manifestations de délirium tremens. L'état général de ce sujet est excellent; le foie est légèrement agrandi, la peau lisse; pas d'ascite, pas d'œdème, les masses musculaires sont sensibles à la pression, les réflexes tendineux sont conservés. Test de Hanger négatif. Bilirubinémie: 1 milligr. pr. cent. Protéines totales: 7,55⁰/₀ Alb. 4.77 Glob. 2.30 B.W.: négatif. Urée 0,49⁰/₀₀.

Après quelques jours de séjour à la Clinique le malade se calme. La Biopsie du foie montre, malgré des signes cliniques et biologiques relativement discrets, une stéatose très étendue, sans sclérose appréciable.

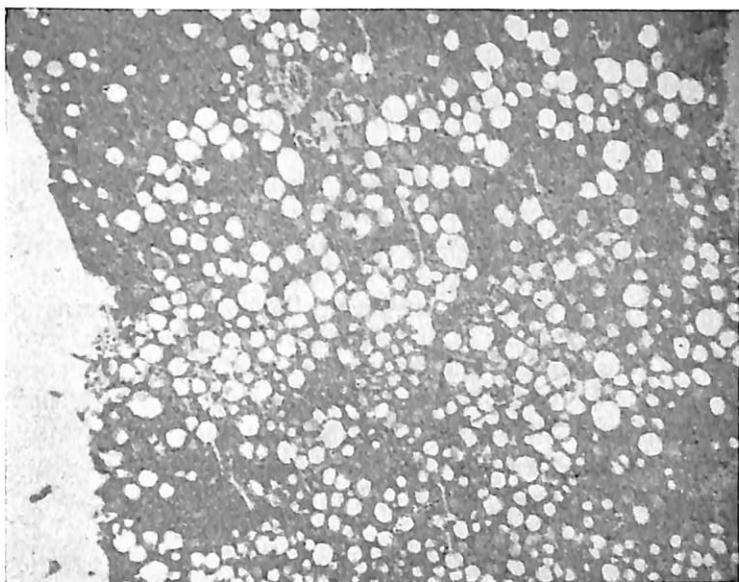


Fig. 7. Obs. Monsieur H.

De telles lésions doivent pouvoir être réparées plus ou moins complètement, ou pour le moins être arrêtées dans leur évolution par un régime, qui ne devra pas être un régime de restriction, bien au contraire.

Après avoir forcé, dans ce cas particulier, le malade à s'alimenter, l'appétit est progressivement redevenu normal. Bien entendu l'abstention d'alcool et le repos, ont été des facteurs non négligeables dans cette reprise de l'appétit. Malheureusement une biopsie de contrôle n'a pas pu être pratiquée chez le malade D., qui nous a quittés avec un état général sensiblement amélioré.

Si bon nombre de cirrhotiques, par l'application du régime de Patek, s'améliorent au point de vue parenchymateux, il n'en est pas de même pour la sclérose qui elle, fait à souligner, est même susceptible de progresser, malgré l'amélioration du parenchyme. Notre observ. I de Mme M. rapportée plus haut, illustre bien ce fait.



Dans certains cas l'ascite continuera à se reproduire, comme manifestation apparemment isolée. Dans d'autres cas les hématuries à répétition, par rupture de varices oesophagiennes, seront la note dominante.

C'est là qu'il y aura lieu d'envisager les opérations d'anastomose entre les systèmes porte et cave inférieure (veine rénale et veine splénique), telles que les ont préconisées Whipple et Blake-more. (15)

Sans vouloir nous écarter de notre sujet, nous ne voudrions pas manquer de dire un mot du traitement des ictères par hépatite, et du rôle que peut jouer dans ces cas le régime de Patek; il semble que l'application de principes thérapeutiques analogues à ceux décrits plus haut soit autorisée. Là, comme dans la cirrhose, la cellule hépatique est plus ou moins gravement compromise dans sa vitalité; comme dans la cirrhose nous agissons sur sa valeur fonctionnelle.

Néanmoins le pronostic de la cirrhose reste grave; mais une voie thérapeutique prometteuse nous est indiquée, un champ considérable vient de s'ouvrir à l'investigation clinique et biologique.

Nous pouvons dès lors envisager l'avenir de certains de nos cirrhotiques avec l'espoir non seulement d'arrêter une évolution progressive, mais encore de voir régresser des états considérés jusque là comme irréversibles. Toutefois seul un recul supplémentaire de plusieurs années permettra de porter un jugement définitif sur la valeur de la thérapeutique qui vient d'être étudiée.

Bibliographie.

- 1) PATEK A. J. jr and POST J. — Treatment of cirrhosis of the liver by a nutritious diet and supplements rich in Vitamin B complex. *J. of Clin. Invest.* 1941 Vol. XX p. 481-505.
- 2) BEST C. H. — Diabetes and Insulin and the lipotropic factors. *American Lecture Series 21 Monograph.* Charles Thomas publ. 1948.
- 3) SELLERS E. A., LUCAS M. A. and BEST C. H. — Lipotropic factors in experimental Cirrhosis. *Br. Med. Journ.* June 1948, p. 1061.
- 4) GILBERT et CARNOT dans „Bibliothèque de Thérapeutique“ J. B. Baillière et Fils, Paris 1911, Tome Opothérapie, p. 236 et suiv.
- 5) VILLARET, JUSTIN L., BESANÇON et DESOILLE H. — Etude Clinique sur l'opothérapie hépatique en dehors des anémies. *J. Médic. franç.* 1934 T. 3. N° 5.
- 6) BOLES and CLARK — Role of alcohol in cirrhosis of the liver. *Clinical and pathological study based on 4000 autopsies* *J. of Am. Med. Ass.* 107, 1200, 1936.
- 7) HIMSWORTH H. P. — Lectures on the liver and its diseases. *Harvard Univ. Press* 1947.

- 8) CONNOR — Fatty infiltration of liver and the development of cirrhosis in diabetes and chronic alcoholism.
Am. J. of Pathology 1938 Vol. 14 p. 347.
- 9) FIESSINGER N. — Le Problème de la curabilité des ascites dans les cirrhoses alcooliques.
Annales de Médecine 1926 p. 426.
- 10) JONES C. M. and VOLWILER W. — Therapeutic considerations in subacute and chronic Hepatitis.
The Medical Clinics of North America, 1947 p. 1059.
- 11) LABBY D. H., SHANK R. E., HOAGLAND C. L. — Intravenous therapy of cirrhosis of the liver and hepatic insufficiency.
J. of Am. Med. Ass. 1947 Vol. 133, p. 1181.
- 12) BAS H. — A propos du pronostic de la cirrhose de Laennec depuis l'institution du régime hyperprotéinique.
Thèse Strasbourg 1948.
- 13) MORRISON M. L. — New methods of therapy in cirrhosis of the liver.
J. of Am. Med. Ass. 1947, Vol. 134, p. 673—676.
14. CHABROL E. et COTTET J. — La curabilité de l'ascite dans les cirrhoses atrophiques du foie.
Bull. Soc. Méd. Hôpit. de Paris 1934, p. 700.
- 15) BLAKEMORE A. H. and LORD J. W. — The technique of using Vitallium tubes in establishing portocaval shunts for portal hypertension.
Ann. Surg. 122. 476—489, 1945.
- 16) BARIETY — Les ascites cirrhotiques — Conceptions actuelles. Traitement.
Paris-Médical 1934. N° 2, p. 33.
- 17) BOLLMANN J. L. and MANN F. C. — Experimentally produced lesions of the liver.
Ann. of Internal Med. 1931 Vol. 5 N° 6, p. 699.

(Travail de la Clinique Médicale B Faculté de Médecine de Strasbourg. Directeur Prof. Stahl.)



Le cycle mensuel

LE DISMÉNOL

(Acide Parasulfamidobenzoïque + Diméthylamido-pyrazolone) fait disparaître sûrement et rapidement 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

L'épreuve de l'insufflation dans la prophylaxie de la rétention placentaire partielle

par M. Reiles

La rétention dans la cavité utérine de restes placentaires peut entraîner, au courant des suites des couches, de graves complications, susceptibles de compromettre sérieusement l'avenir immédiat et éloigné de nos accouchées. Les principaux désordres qu'une telle méprise peut avoir comme conséquence sont l'installation plus ou moins précoce de deux des complications les plus redoutables en obstétrique, à savoir, l'hémorragie et l'infection. Car l'expulsion spontanée, au courant du post-partum, d'un cotylédon, dont la rétention avait passé inaperçu, lors de l'examen du délivre, est une éventualité rare, avec laquelle il ne faut pas compter; très souvent, la guérison n'est obtenue qu'au dépens d'interventions parfois importantes et dangereuses. Nombre de femmes ont déjà payé de leur vie l'erreur qui consiste à considérer comme complet un placenta qui en réalité ne l'est pas.

Les chiffres de mortalité due à la rétention de tissu placentaire, indiqués par les différents auteurs ne sont pas toujours concordants et enregistrent des écarts assez appréciables:

Keller	5,5	0/0
Eparvier	20	0/0
Anderodias	22,06	0/0
Noguères	32,85	0/0
Digonnet	42,85	0/0

Sans doute, ces chiffres sont-ils à considérer comme des extrêmes. Cependant, il ne reste pas moins vrai que la rétention d'un cotylédon doit être considérée comme une complication sérieuse du post-partum et que nous devons engager tous nos efforts pour l'éviter dans la mesure du possible.

Quels sont les moyens dont nous disposons pour juger avec quelques chances de succès l'état d'intégrité d'un placenta récemment expulsé et quelles sont les garanties que nous sommes en droit de leur demander sans risque de méprise grossière?

Tout d'abord, on fait bien de se rappeler que, dans les conditions normales, le décollement du placenta, sa séparation de la paroi utérine et son expulsion se font sans notre intervention. Celle-ci ne pourrait que troubler un mécanisme infiniment simple dont les seules contractions utérines arrivent très facilement à bout. Il est donc parfaitement inutile d'exercer sur l'utérus des manoeuvres intempestives, soit-disant accélératrices de la délivrance, telles que massages, tentatives d'expression prématurées etc. Très souvent, ce manque de patience provoque une hémorragie de la délivrance ou la rétention d'un cotylédon et peut donner lieu à l'expulsion d'un placenta maltraité et déchiqueté, très difficile à juger au point de vue de son intégrité.

L'inspection minutieuse du placenta, après la délivrance, a été de tout temps et restera selon toute vraisemblance la façon la plus commune et la plus simple pour reconnaître, si un placenta est complet ou non. Mais nous savons tous, combien il peut être difficile, voire même impossible, de prononcer un jugement et d'affirmer avec certitude et conviction que tel ou tel placenta est complet ou ne l'est pas. L'accoucheur le plus averti et le plus expérimenté se trouve plus d'une fois dans l'embarras devant un placenta qu'on lui soumet à l'examen, surtout quand il s'agit de prendre une décision dans un cas où la révision par suite d'une infection peut devenir dangereuse. En dehors des placentas manifestement complets et de ceux indubitablement incomplets, il y a toute une gamme de placentas suspects, où il est parfois difficile d'énoncer un jugement exempt de toute idée de doute.

Dans sa plus simple expression un placenta est à considérer comme suspect chaque fois que l'inspection la plus minutieuse laisse persister le moindre doute, si minime soit-il, au sujet de son intégrité. La simple inspection d'un placenta, quoique la méthode de choix ne manque pas d'imprécision et les résultats en sont souvent aléatoires. D'un autre côté, la définition de placenta suspect, telle que nous la concevons, n'est évidemment pas à l'abri de toute critique, parce qu'elle laisse une trop large part à l'interprétation personnelle.

Voilà pourquoi les accoucheurs se sont efforcés, depuis longtemps, de trouver une méthode plus sûre et plus objective que la seule inspection. On aurait évidemment beaucoup gagné, si on avait la possibilité de pouvoir juger l'état d'intégrité ou de non-intégrité d'un placenta par un procédé excluant toute part personnelle dans l'interprétation.

Il existe un certain nombre de méthodes d'ordre physique ou chimique qui ont été essayées et préconisées dans le but d'obtenir un critérium à la fois tout à fait objectif et sûr dans l'examen d'un placenta. Presque tous ces procédés, après une période d'enthousiasme prématuré, sont tombés dans l'oubli et n'ont pas gardé de valeur pratique. Afin d'éviter des descriptions trop étendues et trop fastidieuses, je ne citerai que les plus connus.

La méthode chimique de RUBNER consiste à mettre la surface maternelle du placenta en contact avec une solution de 20—50%

d'acide sulfo-salicylique, dont l'excès est enlevé à l'aide d'un tampon. La surface placentaire intacte prend une coloration blanc-bleuâtre, comme nacré, tandis que chaque perte de substance se manifeste par une teinte jaunâtre, argileuse.

SCHERBACK verse de l'eau bouillante sur la surface maternelle et produirait ainsi un changement analogue de coloration.

KLISTER injecte dans la veine ombilicale 100—200 gr. de lait qui sort aux encoûts, où il existe une perte de substance.

SACHS dans sa méthode remplace le lait par de l'air qu'il injecte également par la veine ombilicale, puis observe de quelle façon se comporte le placenta, après immersion sous l'eau. La méthode est désignée sous le nom d'épreuve du flottage. En effet, dans le cas de placenta suspect, celui-ci surnage en se mettant horizontalement dans la cuvette. Dans le cas de placenta incomplet au contraire, celui-ci, au lieu de se mettre sur un plan horizontal, s'incline plus ou moins d'un côté et finalement gagne le fond du récipient.

La valeur pratique de toutes ces méthodes empiriques n'a pas su se maintenir dans la suite, car aucune n'est capable de fournir des résultats indiscutables et probants. Elles sont sujettes aux mêmes causes d'erreur que la simple inspection et ne sauraient y apporter aucun élément nouveau, susceptible de procurer une certaine utilité.

Néanmoins, FRANKEN de Fribourg a décrit et préconisé, depuis 1925, un procédé peu connu qui mérite d'attirer notre attention et qui, bien compris et judicieusement appliqué, est à même de nous donner des résultats intéressants. C'est une méthode qui présente quelques analogies avec celle préconisée par SACHS, citée plus haut, plus précise et plus constante dans ses résultats. Nous nous sommes proposé d'essayer d'en faire l'exposé dans les considérations qui vont suivre.

Le principe de la méthode, qui a l'avantage d'être simple, rapide et de nécessiter une instrumentation peu coûteuse et peu encombrante, est la suivante: A l'aide d'une seringue de 200 cm³ on injecte de l'air dans la veine ombilicale d'un placenta préalablement submergé; cet air se répand jusque dans les plus fines ramifications de tout l'arbre vasculaire placentaire et se dégage sous forme de bulles, partout, où il y a interruption de la continuité de cet arbre vasculaire, déterminée, soit par la simple déchirure d'un vaisseau, soit par un manque de substance placentaire. Le diamètre des bulles dégagées dans ces conditions augmentera nécessairement avec le calibre du vaisseau intéressé par la lésion.

La méthode, disons-le tout de suite, n'a nullement la prétention ni la possibilité de supprimer et même d'enlever quoi que ce soit à la valeur de l'inspection du placenta; cette dernière devra garder intégralement l'importance que tout le monde lui attribue. Nous sommes les derniers à ne pas reconnaître tous les renseignements utiles qu'elle est capable de nous fournir. L'épreuve de l'insufflation ne nous sera vraiment utile qu'à condition de bien connaître son mécanisme, d'en faire usage de façon éclectique et raisonnée, tout

en évitant ses causes d'erreur et surtout de comparer ses résultats avec ceux fournis par l'inspection. Ainsi comprise, la méthode est à elle seule.

La méthode de FRANKEN a été diversement interprétée par les différents accoucheurs qui se sont intéressés à vérifier les résultats obtenus par son auteur. Considérée par les uns comme sujette aux mêmes causes d'erreurs que les autres procédés de ce genre, elle a été mise au même rang que ceux-ci et délaissée comme étant trop incertaine. A l'opposé de ces avis défavorables, certaines voix se sont élevées pour plaider en sa faveur et ont pleinement confirmé les résultats obtenus et publiés par son auteur.

C'est ainsi que nous nous sommes proposé d'expérimenter la méthode dans le but de nous faire une idée personnelle de sa valeur et, le cas échéant, d'y avoir recours à côté de l'inspection dans les cas, où cette dernière ne nous fournit pas de renseignements suffisamment probants. Le nombre de placentas insufflés a été de 300, à savoir, 200 placentas complets, 93 placentas suspects et 7 placentas incomplets. Nous tenons à insister particulièrement sur le fait que ces placentas ont été rangés dans chacun des différents groupes d'après les seules données de l'inspection et que les indications de la révision consécutive n'ont été en rien influencées par les résultats obtenus par l'insufflation. Les résultats de cette dernière ont été ensuite notés à part.

TECHNIQUE

Il a déjà été fait mention plus haut, qu'au point de vue technique la méthode est extrêmement simple et rapide, susceptible de nous fournir les renseignements que nous lui demandons dans un minimum de temps et à l'aide d'une instrumentation relativement simple.

Il est de toute nécessité de faire l'insufflation du placenta à l'état frais, c'est-à-dire immédiatement après la délivrance, à un moment, où la coagulation du sang n'a pas encore eu le temps de se faire et d'empêcher la pénétration de l'air dans un territoire placentaire plus ou moins étendu suivant le calibre du vaisseau intéressé. De même, le placenta sera placé dans une cuvette suffisamment vaste, remplie d'eau tiède. Après expression du sang contenu dans le cordon, on introduit dans la veine ombilicale une canule à extrémité mousse, reliée à l'aide d'un tube de caoutchouc au corps d'une seringue de 200 cm³. Pour empêcher la canule de sortir de la veine et pour éviter le reflux de l'air à côté de la canule, cette dernière est fixée dans la veine à l'aide d'une pince ou d'une ligature. Le placenta est maintenant prêt à être injecté et une légère pression exercée sur le piston de la seringue chasse l'air contenu dans celle-ci à travers la veine ombilicale dans toutes les ramifications de l'arborescence vasculaire.

Personne ne pourra nier de nos jours la possibilité de remplir intégralement l'ensemble de la circulation foetale placentaire par

n'importe quelle substance liquide ou gazeuse, depuis que la radiologie est arrivée à démontrer la présence de la substance opaque, injectée par la veine ou les artères ombilicales, dans les plus fines ramifications vasculaires du placenta. L'air, substance beaucoup plus maniable à cet effet que les substances opaques utilisées pour les radiographies, pénétrera avec d'autant plus de facilité dans les très fines canalisations vasculaires.

Le placenta, une fois rempli d'air, se gonfle, se met à la surface de l'eau, présente au toucher une sensation d'emphysème particulière et prend une coloration rose pâle caractéristique, nettement différente de la teinte rouge-foncée habituelle. L'immersion dans l'eau tiède permet de faire la toilette rigoureuse de la surface du placenta, d'enlever facilement tous les caillots et la mince couche déciduale grisâtre de la face maternelle tranche nettement sur le fond rose-pâle du tissu placentaire; les endroits suspects deviennent plus apparents et de ce fait l'appréciation du placenta est sensiblement facilitée. Une légère pression sur le piston de la seringue, tandis que de l'autre main on tient le placenta au-dessous du niveau de l'eau, permet de maintenir l'air sous une certaine pression. Partout, où la lumière d'un vaisseau a été ouverte, soit par simple déchirure traumatique, soit par manque de substance d'importance et de dimensions variables, il y aura nécessairement un échappement de bulles d'air, dont la taille sera directement proportionnelle au calibre du vaisseau béant.

C'est ainsi qu'il faut faire la distinction entre trois ordres de bulles d'air, distinction essentiellement basée sur leurs dimensions, à savoir, bulles petites, moyennes et grandes. Les petites bulles, disons-le tout de suite, ne sont pas prises en considération, car, la méthode étant très sensible, il suffit de la moindre lésion de la surface placentaire pour faire apparaître les bulles de petit calibre.

Tels sont les principes et la technique de la méthode. Quelle est maintenant sa valeur au point de vue pratique dans la prophylaxie de la rétention cotylédonnaire et quelle place devons-nous lui réserver à côté de l'inspection dans l'évaluation des placentas au point de vue de leur intégrité?

RESULTATS

Pourque n'importe quelle méthode d'investigation soit à même de nous donner des indications suffisamment précises, sur lesquelles nous puissions baser nos éléments de diagnostic et notre conduite thérapeutique, il est de toute nécessité, non seulement de bien connaître son mécanisme, mais, avant tout, de pouvoir établir des conclusions par un examen minutieux et une interprétation judicieuse et raisonnée de ses résultats.

Il en est de même de l'interprétation des résultats de l'insufflation du placenta comme moyen de diagnostic de son intégrité. En effet, un grand nombre de placentas, sur l'intégrité desquels l'inspection ne laisse subsister aucun doute, présentent de nombreuses déchirures et éraflures de leur surface, laissant échapper de petites

bulles d'air en nombre variable. D'autres, fortement déchirés, présentent de nombreuses et profondes balafres désunissant largement le tissu placentaire; il est évident que ces lésions intéressent un certain nombre de vaisseaux d'un calibre plus important. Dans ces cas-là, on verra de grosses bulles se dégager du fond de ces déchirures, alors qu'en réalité il n'y a pas le moindre manque de substance.

Dans de pareilles circonstances la méthode est nettement en défaut et incapable de nous fournir les renseignements que nous lui demandons, car la présence de bulles d'air peut être due aussi bien à un manque de substance qu'à une simple déchirure.

Mais ce genre de placentas fortement déchiquetés représentent tout de même la minorité et ils sont d'autant plus rares qu'on s'efforce d'éviter dans la mesure du possible de pratiquer sur eux des manoeuvres pas trop traumatisantes, aussi bien pendant, qu'après la délivrance. C'est ce que nous nous efforçons de faire et nous montrerons plus tard que nous avons obtenu des placentas qu'on peut étiqueter comme imperméables, en ce sens que nous avons vu s'en dégager des bulles extrêmement fines et insignifiantes.

Nous venons de voir que le dégagement de bulles d'air, aussi important qu'il soit, ne nous permet pas de conclure et d'affirmer avec certitude qu'un placenta soit incomplet. C'est évidemment un inconvénient de la méthode. Seulement, l'échappement de bulles d'air à un endroit du placenta est susceptible d'attirer notre attention vers cette place et nous incite à la soumettre à une inspection particulièrement minutieuse.

Par contre, la méthode est appelée à nous rendre de réels services et est nettement supérieure à l'inspection dans les cas de placentas suspects, où précisément l'endroit considéré comme suspect à l'inspection est ce que nous appelons imperméable, c'est-à-dire que le placenta ne présente à cet endroit aucune fuite d'air ou tout au plus un dégagement de bulles de calibre très réduit. En effet, dans ces conditions, nous sommes en droit d'admettre que la circulation placentaire ne représente aucune interruption de sa continuité, qu'elle est parfaitement intacte et par conséquent que nous nous trouvons en présence d'un placenta complet. Si tel est le cas, nous pouvons nous abstenir de la révision chaque fois que l'épreuve est négative, c'est-à-dire en cas de placenta suspect, mais imperméable; l'intervention est réservée aux cas où cette même épreuve est positive, à savoir, quand le dégagement de grosses bulles d'un placenta suspect nous laisse dans le doute au sujet de son intégrité.

Brièvement résumées, les limites du procédé peuvent être tracées de la façon suivante:

L'inspection du placenta gardera entièrement sa valeur dans le diagnostic de la rétention cotylédonnaire; l'insufflation n'en est qu'une méthode auxiliaire. Le dégagement de bulles d'air à un endroit suspect indique à la fois la possibilité d'une simple déchirure ou d'un manque de substance; le diagnostic de certitude ne peut pas être posé. L'absence de bulles d'air au niveau de l'endroit suspect

implique au contraire le diagnostic de certitude de l'intégrité du placenta en question.

C'est ce que nous allons essayer de contrôler à l'aide de 300 placentas insufflés immédiatement après la délivrance. Ces placentas ont été rangés en 3 catégories d'après les seules données de l'inspection: 200 placentas complets, 93 placentas suspects et 7 placentas incomplets.

Placentas complets

Les résultats obtenus par l'insufflation des 200 placentas complets ont été les suivants:

Placentas imperméables	33
Petites bulles	126
Bulles moyennes	37
Grosses bulles	4

Donc, tandis qu'à l'inspection tous les placentas ont été reconnus comme complets, l'insufflation n'admet leur intégrité que dans 159 cas, c'est-à-dire pour les placentas imperméables et pour ceux avec petites bulles. Quant aux autres cas, c.-à-d. placentas avec bulles moyennes et grosses bulles au nombre de 41, l'insufflation les désigne comme douteux au point de vue intégrité. Or, la révision de la cavité utérine a été faite quatre fois pour hémorragie par atonie, sans qu'on ait retiré des restes placentaires. L'insufflation indique pour les placentas correspondants: une fois imperméable, une fois petites bulles et deux fois bulles moyennes. Dans tous les autres cas, les suites ont démontré qu'aucune rétention d'un cotylédon n'avait passé inaperçue.

De ces chiffres et résultats se dégage nettement la preuve de ce qui a été énoncé plus haut, à savoir, que l'inspection doit rester toujours et jusqu'à plus ample informé le principal mode d'examen d'un placenta; l'insufflation ne devra pas dépasser les limites d'un simple moyen de contrôle de l'inspection.

Placentas suspects

L'insufflation des 93 placentas suspects à l'inspection a fourni les résultats suivants, en ne tenant compte que de ce qui se passait au niveau de l'endroit suspect:

Imperméables	35
Petites bulles	35
Bulles moyennes	17
Grosses bulles	6

Chacun de ces 93 cas a été contrôlé par une révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement. Les placentas, au nombre de 70, où l'endroit suspect a été imperméable ou ne laissait échapper que des bulles d'air de petit calibre, ont été tous complets, la révision n'ayant ramené dans aucun cas du tissu placentaire. Des 17 placentas avec bulles moyennes deux ont été incomplets et la révision a ramené des restes placentaires. Quant aux

6 derniers placentas se caractérisant par le dégagement de grosses bulles, deux ont été incomplets également.

Parmi les placentas avec bulles moyennes au niveau de l'endroit suspect, nous en avons observé un particulièrement instructif qui nous montre combien il faut être prudent et minutieux à l'inspection d'un placenta.

Il s'agissait d'un de ces beaux placentas lisses, à dessin cotylédonnaire à peine accusé et sans aucune déchirure de sa surface. En le regardant de très près, on croyait remarquer, vers le centre du placenta, une légère dépression ovalaire, recouverte partout, comme d'ailleurs tout le placenta, par la couche grise ininterrompue de la caduque, sauf à une petite place à peine perceptible, située à une des extrémités de la dépression, où la couche grisâtre de la caduque faisait défaut. A cette même place, on croyait pouvoir constater la présence d'un petit vaisseau arraché. Le placenta fut jugé suspect, d'autant plus qu'à l'endroit mentionné il se produisit, lors de l'insufflation, un dégagement de bulles d'air de grosseur moyenne. Et effectivement, à la révision, nous avons eu la satisfaction de pouvoir ramener un cotylédon ayant la forme d'un polype et la taille d'une grosse noisette. Inséré à l'aide d'un mince pédicule, rompu lors de l'expulsion du placenta, il avait été retenu dans la cavité utérine en manifestant son absence par un minimum de signes objectifs.

Les conclusions qui se dégagent de l'insufflation de ces 93 placentas suspects ne sauraient que souscrire à l'opinion de ceux par qui la méthode a été mise au point et qui se résument en ces deux phrases déjà énoncées plus haut: L'insufflation d'air dans un placenta suspect à l'inspection fournit la preuve de son intégrité, du moment que l'endroit considéré comme suspect est imperméable ou seulement perméable aux petites bulles. A partir d'un dégagement de bulles moyennes, l'intégrité du placenta reste douteuse et nous devons avoir recours au contrôle de la révision.

Placentas incomplets

Les 7 derniers placentas, reconnus comme incomplets à l'inspection, nous ont amenés à faire les constatations suivantes, lors de leur insufflation:

Imperméables	1
Petites bulles	2
Grosses bulles	4

La révision nous a montré que les trois premiers placentas, désignés par imperméables et perméables pour petites bulles, étaient en réalité complets. Les 4 derniers au contraire étaient tous incomplets et la révision a ramené chaque fois un gros reste placentaire.

Les conclusions que nous devons tirer de ceci sont exactement les mêmes que celles qui nous ont été imposées par la série des placentas suspects. Ici l'insufflation nous a donné chaque fois une réponse exacte.

Avant de quitter le sujet de cet exposé et d'en tirer les conclusions finales d'ordre pratique, il est de toute nécessité d'envisager et de répondre d'emblée à quelques observations qui pourraient être faites pour mettre en doute l'utilité et même les résultats de la méthode.

Tout d'abord, la question se pose, si, dans la majorité des cas de nos placentas jugés comme suspects et où nous demandons un supplément de renseignements à l'insufflation, il n'y aurait pas moyen par la seule et simple inspection de constater, si un placenta est complet ou non. Nous n'en disconvenons pas que ceci soit possible dans un certain nombre de cas. Mais il ne faut pas oublier, que, si on veut à tout prix se garantir et se mettre à l'abri de la rétention cotylédonnaire, il est de toute nécessité de donner au terme de placenta suspect la plus large extension possible. Nous l'avons déjà dit dans ce travail et nous tenons à le répéter que chaque placenta doit être suspecté, si son intégrité n'est pas absolument sûre. Plus d'une fois nous avons été surpris de décoller d'une paroi utérine même un gros lambeau placentaire, alors qu'à l'inspection le placenta était à peine douteux ou ne permettait d'admettre la rétention que d'une minime partie de tissu placentaire. Et à l'inverse, maintes fois, il nous est arrivé de considérer comme incomplet un placenta délabré avec d'énormes lacunes entre les différents cotylédons; à l'insufflation pourtant, il était imperméable ou tout au plus ne dégageait-il que de toutes petites bulles; la révision nous a démontré son intégrité. A ce sujet, le cas suivant est particulièrement démonstratif: Un placenta est considéré comme incomplet par la sage-femme et 3 médecins. En effet, l'inspection semble nettement montrer le manque d'un cotylédon à son bord. Or, à l'insufflation aucune bulle d'air ne se dégage à cet endroit et la révision démontre la justesse de ces indications; effectivement, l'utérus ne contenait plus aucun reste placentaire.

La méthode de l'insufflation présente une autre cause d'erreur qu'il suffit de connaître pour être averti et pour l'éviter avec certitude. En effet, cette erreur est due à toute cause empêchant l'air de pénétrer jusque dans la région du placenta à examiner. Dans ce cas-là, cet endroit reste imperméable et ceci pourrait donner lieu à une erreur d'interprétation. Dans quelles conditions cette éventualité est-elle possible? D'abord, par la déchirure d'un gros vaisseau, à un endroit situé en amont de l'endroit suspect. Ce vaisseau déchiré laisserait échapper la majeure partie de l'air, lui enlevant ainsi la possibilité de pénétrer jusqu'à la région suspecte. Ensuite, l'air ne pourrait pas trouver le chemin vers la place que nous voulons examiner, si l'épreuve n'est pas faite immédiatement après la délivrance, mais seulement plus tard, à un moment, où le sang a eu le temps de se coaguler dans le vaisseau qui conduit à la partie placentaire en question. De même, le blocage de la partie suspecte du placenta peut être dû à des altérations pathologiques de son tissu ou à l'oblitération complète de la lumière d'un vaisseau. Ici, il convient de citer en premier lieu et avant tout l'infractus du pla-

centa, masse solide, imperméable à l'air et les oblitérations syphilitiques des vaisseaux du placenta.

Pour nous mettre à l'abri d'une telle erreur nous disposons d'un moyen bien simple. Il suffit, chaque fois qu'un placenta suspect se montre imperméable à l'air, de faire avec n'importe quel instrument tranchant de petites incisions tout autour de l'endroit suspect, pour immédiatement y voir surgir une quantité de petites bulles dénotant la présence d'air dans le territoire qui nous intéresse.

Le tableau suivant donne un aperçu général sur les résultats de l'insufflation de nos 300 placentas :

Placentas	Bulles	Nombre	Rétentions de cotylédons
Complets (200)	imperméables	33	0
	petites	126	0
	moyennes	37	0
	grosses	4	0
Suspects (93)	imperméables	35	0
	petites	35	0
	moyennes	17	2
	grosses	6	2
Incomplets (7)	imperméables	1	0
	petites	2	0
	grosses	4	4

CONCLUSIONS

Les conclusions pratiques se dégagent de cet exposé peuvent être résumées de la façon suivante :

L'inspection devra conserver son rôle primordial et toute sa valeur en ce qui concerne l'examen d'un placenta. A côté de l'inspection l'insufflation nous sera d'une certaine utilité et nous rendra de réels services dans nombre de cas de placentas douteux. En connaissance parfaite de son mécanisme, de ses résultats et de ses erreurs d'interprétation, nous avons la possibilité d'en tirer de plus amples informations que par le seul moyen de l'inspection. Nous sommes d'avis que les résultats de nos expériences sont suffisamment concluants. Il en résulte que la question de la prophylaxie de la rétention cotylédonnaire peut se régler de la façon suivante :

Du moment que l'inspection d'un placenta laissera persister le moindre doute au sujet de son intégrité, ce dernier sera soumis au contrôle de l'insufflation. Si l'épreuve est négative, c'est-à-dire, si l'endroit suspect est imperméable ou perméable seulement aux petites bulles, l'indication de la révision ne se pose pas. Par contre, si l'épreuve est positive, en d'autres termes, s'il y a production de bulles moyennes et à plus forte raison de grosses bulles, la révision s'impose.



SANALEPSI

Sedatif-antispasmodique sans
effets secondaires

Sedativum-antispasmodicum
ohne Nebenwirkungen

NEODIGESTASE

Ferments peptiques

Magenfermente

HEPARENZYME

Lipase hépatique

Leberlipase

MANGANOCHOLINE

Acéthylcholine-retard
active per os

Depot-Acethylcholin per
os wirksam

QUIDINAL

Association
Quinidine-Barbiturique

Chinidin-Barbitursäure-
Verbindung

DERMAVIPP

Pommade à la vitamine PP

Vitamin-PP-Salbe

PROTEDRINE KRAMER

Gouttes nasales stabilisées
décongestionnantes et désinfec-
tantes

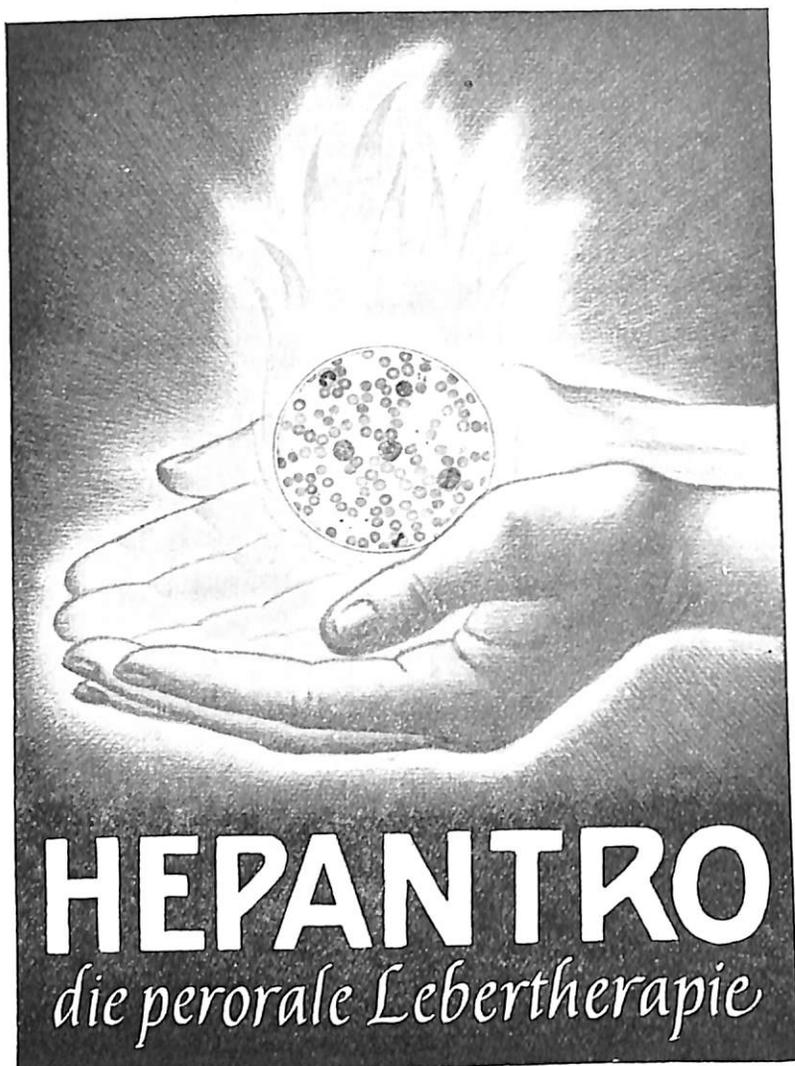
Zusammengesetzte und stabi-
lisierte Nasentropfen zur Be-
kämpfung der Infektionen der
Nase und des Rachens

Echantillons et littérature sur demande

Muster und Literatur auf Wunsch :

Représentant pour le Grand-Duché de Luxembourg

Prophac, rue Baudouin, 25 Luxembourg - Tél 30-73



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

Tumeur abdominale

par *Fréd. Hippert*

Le 14. II. 1947 Monsieur J. T., né le 23. VII. 1871, nous est adressé pour un examen clinique et radiologique du tube digestif. Depuis de longs mois le malade dont les antécédents éloignés sont excellents, se plaint d'une gêne douloureuse périombilicale plus ou moins continue, irradiant dans „le ventre et les lombes“, exagérée par la station debout et calmée par le décubitus dorsal. Il n'a eu ni vomissements, ni diarrhées, ni selles sanglantes. Il est plutôt constipé et souffre assez fréquemment de ballonnements et de borborygmes. Poids stationnaire. Appétit conservé.

Vieillard robuste, à la face congestionnée, aux artères dures et flexueuses. Muqueuses bien colorées, téguments secs, sans oedèmes. Varices aux 2 jambes. Rhinopharynx et cou s. p. Thorax globuleux, rigide. Rien aux poumons. Pouls régulier, tension artérielle 23,8/13,2 au Boulitte. Ile bruit aortique accentué, souffle systolique à la base. Abdomen normalement configuré, souple, foie et rate non agrandis. Au palper rien à constater au niveau de l'épigastre et le long des colons. Toucher rectal, système urogénital et nerveux s. p. B. W. —.

Examen radiologique: Diaphragmes aplatis, poumons s. p. Coeur agrandi à gauche. De face l'aorte se montre opaque, élargie et à convexité droite accrue. La descendante déborde largement à gauche. En oblique la crosse est déroulée et bien visible, la descendante est nettement perceptible, mais ne présente pas de flexuosités. A l'examen baryté per os et per lavement rien à signaler au niveau du tube digestif.

Devant ces données négatives et les plaintes incessantes du malade nous reprenons l'examen clinique de l'abdomen. En palpant de gauche à droite nous constatons, quelque peu dans la profondeur, une masse tumorale paraombilicale et paramédiane gauche à surface lisse et aux contours externes convexes. Elle ne se laisse déplacer ni vers le haut, ni vers le bas. Elle montre pourtant un certain degré de mobilité latérale, mais n'est pas influencée par les mouvements de respiration. La main perçoit des battements systoliques qui présentent un caractère expansif très net. Pas de thrill. Les pouls pédieux et fémoraux sont conservés, il n'y a pas d'asynchronisme radiofémoral.

Les caractères de la tumeur ne pouvaient laisser subsister aucun doute quant à son origine. Il s'agissait d'une assez grosse poche anévrysmale de l'aorte abdominale à développement essentiellement antérolatéral chez un polyscléreux hypertendu non syphilitique.

Le développement vers l'avant qui refoule les intestins et ne conduit pas ou en tout cas très tardivement à des phénomènes de compression vasculaire, osseuse, viscérale, nerveuse ou canaliculaire explique aisément la longue latence et la pauvreté symptomatique. Jamais notre malade n'a eu, en effet, des troubles gastrointestinaux, des crises d'angor qui apparaissent le plus souvent à l'effort ou des crises entéralgiques qui se manifestent de préférence en phase digestive.

Il arrive que ces poches anévrysmales se stabilisent; mais elles ne guérissent pas. Tantôt elles se compliquent de thrombose, tantôt elles évoluent vers la rupture qui peut être totale ou donner lieu à un anévrysme disséquant.

Le traitement de ce malade, ne présentant aucune complication et aucun signe de syphilis qui — du reste — est assez rarement à l'origine des affections de l'aorte abdominale, n'a pu être que médical, c'est-à-dire, celui de l'athérome.

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 di-
gestives 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

Un cas d'Aspergillose pulmonaire

par Jean Harpes

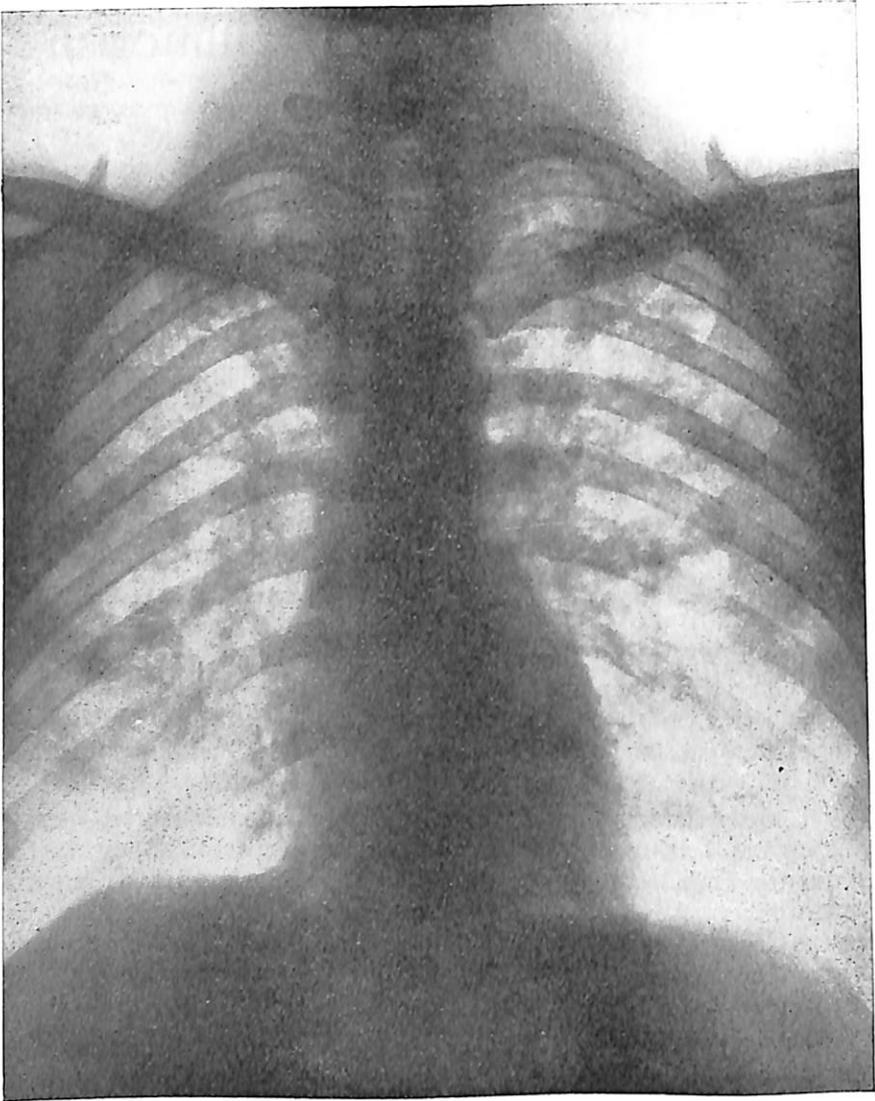
Par un hasard curieux, j'ai eu l'occasion de faire l'étude d'un cas d'aspergillose pulmonaire chez un malade originaire du Luxembourg belge.

Les signes et symptômes causés par les mycoses pulmonaires ressemblent, à s'y méprendre, à ceux causés par la tuberculose pulmonaire. L'image radiologique de ces lésions simule souvent celle de la phtisie commune. Ceci explique partiellement de fréquentes erreurs de diagnostic. Le crachement de sang, la toux, l'expectoration mucopurulente, un fébricule persistant et une diminution progressive de poids et de l'état général ne sauraient faciliter la distinction entre les deux états pathologiques. Le diagnostic de la mycose ne peut être établi que par des recherches de laboratoire patientes, à condition de penser à l'étiologie possible de l'affection.

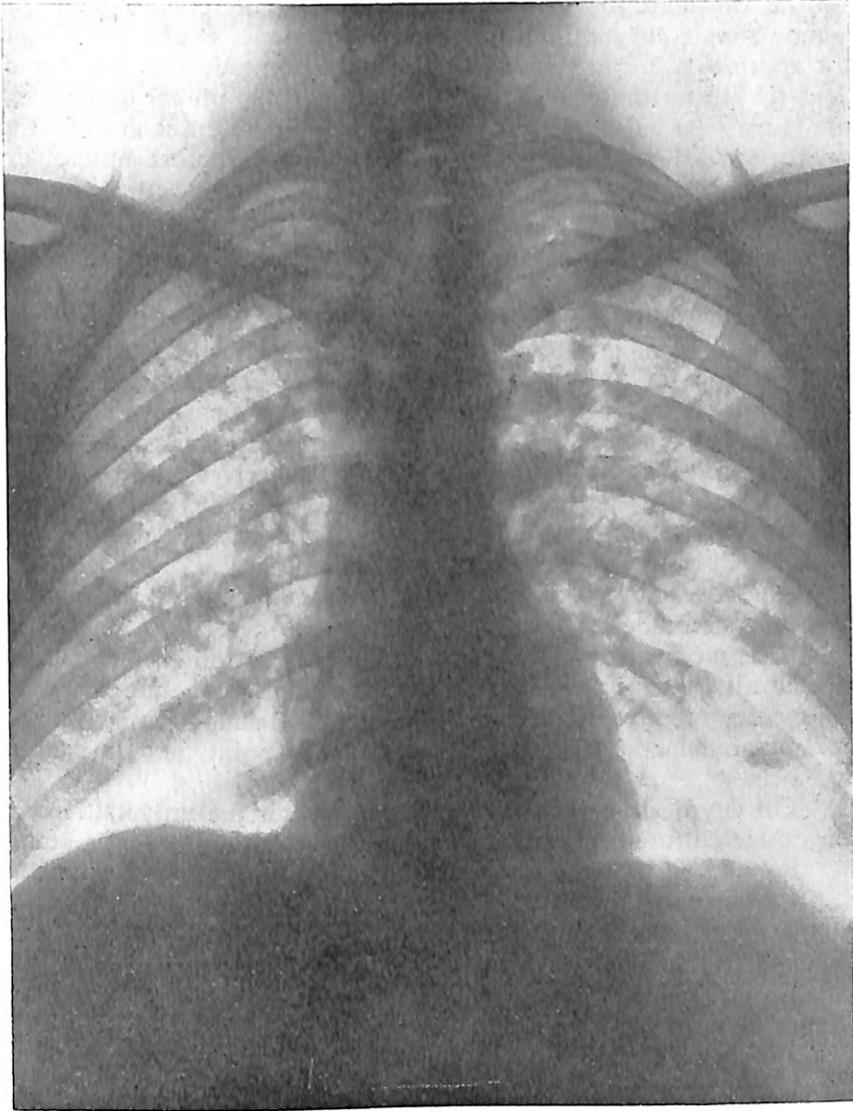
Souvent le malade ou le médecin attentif découvrent dans les crachats les „hyphes“ caractéristiques de toute affection mycotique. Dans ce cas, le chercheur est guidé de façon certaine vers le diagnostic exact. Mais, malheureusement, dans beaucoup de cas, les hyphes n'apparaissent pas microscopiquement dans les expectorations, et le diagnostic reste longtemps flottant, si toutefois il est établi.

L'aspergillose pulmonaire, une des moins fréquentes, quoique peu graves formes cliniques des mycoses respiratoires, est surtout fréquente chez les gaveurs de volaille, en particulier de pigeons, (qui humectent les graines dans leur bouche), les pelletiers qui nettoient les pélesses à l'aide de farine de seigle, et qui aspirent les spores qu'elle contient souvent, enfin les ouvriers agricoles qui s'occupent de battage.

Dans ces professions, les spores d'*aspergillus fumigatus*, etc., sont souvent signalées dans la salive, l'expectoration, sans être le moins du monde pathogènes. De même, dans les cas de bronchite chronique, d'asthme intrinsèque, elles peuvent jouer le rôle de contaminants accidentels, sans grande scénérie clinique. La simple présence à la culture de l'*aspergillus fumigatus* ou de ses variétés ne suffit pas pour faire le diagnostic causal de l'affection; en effet, les mycoses (aspergillose, pénicillose, mucormycose) se trouvent fréquemment comme infections secondaires dans la tuberculose, la bronchectasie et même le carcinome du poumon. En dehors de la phtisie,



R. P. L., Radiographies pulmonaires faites 3 semaines d'intervalle; aspergillose
pulmonaire



l'aspergillose pulmonaire peut simuler l'abcès pulmonaire, la tumeur bronchique ou parenchymateuse maligne, avec image de condensation partant du médiastin.

Le premier cas de décès par l'aspergillose pulmonaire a été décrit déjà en 1856 par Virchow; le diagnostic fut fait à l'autopsie.

Le cas dont je voudrais parler ici a été longtemps considéré comme simple tuberculose pulmonaire chronique, évolutive; le seul fait anormal a été la stricte négativité au point de vue bacilles de Koch de l'expectoration. (Zeerleder cite à ce sujet un cas de Gilliard, une jeune fille qui aurait traîné pendant de nombreuses années d'un sanatorium à l'autre, toujours traitée pour tuberculose pulmonaire malgré la négativité de l'expectoration. A l'autopsie, enfin, on fait le diagnostic d'aspergillose.)

M. P. de L. a été signalé par son médecin-traitant et par le dispensaire d'A. comme porteur d'une tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive dès janvier 1948: expectoration mucopurulente contenant fréquemment du sang, toux, inappétence, point de côté, température à 38. 38,5 degrés le soir, fatigue générale, etc. La radioscopie faite au dispensaire d'A. a montré apparemment une tuberculose pulmonaire bilatérale typique. Mais les recherches subséquentes de bacilles dans les crachats ont été négatives. (16. 1. 1948, 23. 1. 1948.) De plus, afin de rendre plus complexe cette histoire clinique, la recherche du 24. 9. 1948 signale un seul bacille „très suspect", comme l'indique le bulletin de laboratoire. Naturellement les recherches ultérieures ont toutes été négatives. Une proposition de cure sanatoriale est faite.

A ce moment, le malade signale une infiltration curieuse, indolore au niveau du palais. Le médecin du dispensaire commence alors à suspecter une mycose du palais et attribue la même nature à l'affection pulmonaire, si obstinément négative au point de vue bacilles de Koch.

On envoie le cas en observation à la clinique universitaire de Liège; une culture d'*Aspergillus* a été positive, et le diagnostic établi.

Rien, dans les antécédents du malade, qui est ouvrier d'usine à R., ne permet de fixer l'étiologie de la maladie. Il n'a jamais travaillé comme ouvrier dans l'agriculture; à plus forte raison, il n'a jamais été éleveur de pigeons ou a travaillé dans une pelleterie. Ses attaches avec la campagne sont toutefois si proches que l'on pourrait expliquer la contamination par un contact fortuit.

J'ai vu personnellement le malade alors qu'il s'est présenté pour une demande de rente-invalidité à Luxembourg.

A l'examen il présentait quelques fins râles diffus dans les deux champs pulmonaires. Il accusait de la toux, de l'expectoration mucopurulente parfois teintée de sang, et présentait en général l'aspect peu satisfaisant d'un tuberculeux pulmonaire chronique. L'infiltration palatine et gingivale, non douloureuse au palper, n'avait aucun caractère particulier qui fit suspecter sa nature mycotique.

Le traitement entrepris jusqu'à l'heure actuelle, iodure à grosses doses ne semble pas avoir eu d'action sur l'affection.

Les radiographies pulmonaires, faites au dispensaire d'A., qui ne m'ont été communiquées que plus tard montrent un dessin finement tacheté de presque toute l'étendue des deux champs pulmonaires avec quelques zones vacuolaires éparses dessinant de petits abcès ou cavernes; pour un observateur objectif, ces films réalisent l'image typique d'une tuberculose pulmonaire bilatérale exsudative à petites cavernes multiples.

Comme traitement en raison de l'inefficacité dans ce cas des iodures, il faudrait proposer les sulfonamides combinées à la pénicilline à hautes doses. (D. T. Smith, A. W. Hobby etc.) éventuellement la radiothérapie.

Bibliographie.

Pulmonary Mycoses, A. T. Henrici, in *The Chest and the Heart*, Myers and Mc Kinlay. — *Clinical Pulmonary Mycoses*, D. T. Smith, *ibidem*. — *Pulmonary Mycoses*, A. W. Hobby, in *Diseases of the Chest*, Volume XIV, N. 2. — William T. Snow, *Aspergillosis*, in: *Principles in Roentgen Study of the Chest*; 1946, Springfield. — *A Case of Aspergillosis of the Lung*, Panayotis Chortis, in: *Diseases of the Chest*, 1949, Vol. XV, 2. (Guérison par une dose de 420 gr. de Sulfothiazol.) — Adolf Sylla, *Lungenkrankheiten*, P. 601. — Zeerleder R., *Differentialdiagnose der Lungenröntgenbilder*, Berne 1947. — Léon-Kindberg, *Presse Médicale* 1936, II, p. 1834.

LABAZ

CORASTENYL

"LABAZ"

ASSOCIATION

- Vaso-dilatatrice
- Spasmolytique
- Sédatif
- Analgésique

Traitement d'entretien des états angineux



1 à 2 comprimés pendant les principaux repas.



Echantillons et littérature sur demande.



Société des Laboratoires LABAZ

S. A.

168, avenue Louise, BRUXELLES Tél. 48.94.35 & 48.94.40

*Département Pharmaceutique
de la*

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

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 Sulfoaiacolate 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

DISPERSA

Augensalben in Tuben

PENICILLIN mit 500 E g
1000 E g
2500 E g
10000 E g

Indikationen: Gegen Blepharitis, Conjunktivitis, Keratitis, Hordeolum, zur Behandlung von Verletzungen, zur Prophylaxe und Therapie nach Operationen.

DISPERSA-PENICILLIN-SALBE wird ferner in der ALLGEMEIN-PRAXIS mit Erfolg angewandt bei:

Furunkel, Sykosis barbae, infizierte Ekzeme, Ulcus cruris, Impetigo, Panaritien etc.

Von DISPERSA-AUGENSALBEN sind auch alle andern in der Ophthalmologie gebräuchlichen Sorten im Handel. Sie genügen den höchsten Anforderungen der ophthalmologischen Praxis in Bezug auf:

1. gleichmässige Verteilung.
2. höchste Feinheit des inkorporierten Arzneistoffes.
3. reizlose und zweckmässige Salbengrundlage.

LAB. DR. E. BAESCHLIN - GAMPER, WINTERTHUR.

Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxemburg:

Prophac, rue Baudouin, 25, LUXEMBOURG - Tél. 30-73

La prophylaxie et le traitement des thromboses et embolies postopératoires par les anticoagulants

par Paul Pundel

Les complications postopératoires par thrombose et embolie ont augmenté assez sensiblement d'après les statistiques des vingt dernières années. Cette augmentation s'explique principalement par le fait que la chirurgie est parvenue dans ces temps à opérer un nombre de plus en plus considérable de cas qui ont été jugés inopérables jusqu'alors à cause de l'âge trop élevé des malades ou de la gravité de l'affection nécessitant l'intervention. La préparation préopératoire moderne a rendu ainsi possibles des interventions impossibles pour les chirurgiens d'il y a trente ans, et le perfectionnement des techniques chirurgicales est parvenu à réaliser des interventions extrêmement importantes, comme les pneumectomies par exemple. Mais, tandis que la mortalité générale des opérations chirurgicales a fortement diminué, la mortalité par embolie pulmonaire ne diminue pas parallèlement, au contraire, elle augmente par rapport à la mortalité générale postopératoire, et à la mortalité par shock et infection. Dans le domaine de l'obstétrique cependant, les chiffres n'ont guère changé dans les vingt dernières années, si on se base sur des statistiques assez étendues. La mortalité par embolie y est restée dans les environs de 0,02—0,05 %, tandis que pour les opérations chirurgicales, ce chiffre s'est presque triplé depuis 1920. Actuellement, les opérations gynécologiques par exemple ont une mortalité moyenne par embolie de 0,40%, variant entre 0,01 et 2% selon le type des interventions. Chez des malades âgés opérés pour fracture du col du fémur, la mortalité par embolie atteint même 5%. Quant à la fréquence des thromboses et phlébites postopératoires, elle varie en moyenne entre 2—4%. Ces chiffres démontrent suffisamment l'importance du problème de la prophylaxie et du traitement de ces complications postopératoires.

Etiologie et mécanisme physiopathologique des thromboses postopératoires

Avant d'entrer dans la discussion de la prophylaxie et du traitement, il me semble utile de donner tout d'abord un aperçu sommaire sur l'état actuel des conceptions qui concernent la pathologie des affections thrombotiques. Les écoles anglaises et américaines, parallèlement à l'école suédoise, ont fait dans les dernières années des recherches très étendues sur la physiopathologie et la clinique des thromboses postopératoires, et elles ont fait changer assez considérablement les conceptions prévalantes jusqu'alors, surtout sur l'origine infectieuse, considérée encore en 1938 comme l'origine principale de ces complications. On sait depuis longtemps que la coagulation intra-vasculaire, élément essentiel des thromboses, peut être produite par trois facteurs: la diminution de la vitesse circulatoire du sang, une altération de la composition du sang et une altération de l'endothélium vasculaire. L'examen systématique de la coagulabilité sanguine a montré qu'il existe après toute intervention chirurgicale une augmentation de celle-ci, débutant 3 à 4 heures après l'acte opératoire et durant presque deux semaines. Dans cette hypercoagulabilité, dont l'intensité est en rapport avec l'importance de l'intervention, il y a deux maxima, l'un dans les 24 premières heures qui suivent l'opération et caractérisé par une augmentation considérable de la thromboplastine (produite probablement par destruction tissulaire dans le champ opératoire) et par un nombre normal de plaquettes; le deuxième, vers le 5^{ème} au 7^{ème} jour, produit par une augmentation du nombre des plaquettes. Ces deux sommets coïncident avec ceux des fréquences des embolies, et ils nous montrent que les anticoagulants s'adressent à un facteur étiologique important des thromboses, et que la prophylaxie, pour être efficace, doit commencer aussitôt après l'opération. D'autres recherches ont pu démontrer le ralentissement considérable de la circulation veineuse des jambes chez les malades séjournant au lit après une intervention, et ainsi, que la mobilisation et le lever précoce — moyens prophylactiques connus déjà depuis plus de 40 ans — s'adressent également à un facteur étiologique important. Quant au troisième facteur, les lésions endothéliales, les recherches par examens histologiques et la phlébographie ont montré qu'il a été surestimé antérieurement. Il ne joue un rôle important que dans la forme infectieuse — assez rare — des thromboses de la jambe, et dans les thromboses prenant naissance dans les pédicules de ligature ou dans des veines traumatisées du champ opératoire, surtout si le chirurgien a fait des ligatures en masse. Ceci est vrai principalement pour la chirurgie pelvienne et gynécologique, et démontre que le chirurgien doit déjà faire la prophylaxie antithrombotique au moment de l'opération, en faisant un minimum de lésions vasculaires dans les décollements intrapelviens, surtout en évitant de faire des ligatures en masse. D'après les recherches de HOMANS,

MURRAY, ALLEN, ZILLIACUS, GUNNAR BAUER etc., il résulte que la thrombose postopératoire naît le plus fréquemment dans les veines profondes musculaires de la jambe et que dans des cas d'embolie fatale sans signes cliniques précurseurs de thrombose dans les jambes, l'autopsie a pu trouver dans presque tous les cas l'origine de l'embolie dans un thrombus d'une veine profonde du mollet. Ceci est vrai surtout pour la chirurgie générale; dans la chirurgie pelvienne, gynécologique notamment, un certain nombre de thromboses et embolies peuvent naître des veines pelviennes. Les auteurs américains et suédois ont actuellement adopté la distinction de deux formes de thrombose postopératoire, et ceci d'après les observations cliniques, phlébographiques et anatomopathologiques. On distingue nettement entre la forme aseptique, les phlébothromboses, et la forme infectieuse: les thrombophlébites.

Les phlébothromboses: C'est la forme postopératoire habituelle. La coagulation intravasculaire est l'élément primaire. Le caillot, qui est un caillot rouge, n'adhère pas intimement à la paroi vasculaire dans la période initiale; ce n'est qu'ultérieurement que la réaction endothéliale produit un accollement du caillot à la paroi. C'est la forme la plus dangereuse, parce que la plus emboligène. Les signes cliniques peuvent être extrêmement discrets. Le pouls grimpant et une légère élévation de température sont, combinés avec une certaine raideur musculaire plus ou moins douloureuse à la dorsiflexion du pied (signe de Homans), les symptômes initiaux les plus fréquents. Cette élévation de température n'est pas d'origine infectieuse, car les examens bactériologiques des thrombi prélevés par aspiration dans les opérations de ligature de la veine fémorale, pratiquée dans certaines cliniques américaines comme traitement de cette affection, sont restés négatifs dans 99,5 % des cas (MURRAY, GORDON, MacKENZIE).

La thrombophlébite comme deuxième forme des affections thrombotiques postopératoires est beaucoup plus rare. Ici, la formation de thrombose intravasculaire est un élément secondaire et peut se produire parfois assez tardivement, comme l'a pu démontrer la phlébographie. L'élévation de la température est plus considérable et les phénomènes locaux sont plus intenses à cause de l'inflammation de la paroi vasculaire. Si une thrombose se forme, le caillot est un caillot blanc ou mixte et adhère beaucoup plus intimement à l'endothélium vasculaire, et le danger d'embolie est beaucoup plus réduit que dans les phlébothromboses qui sont les thromboses emboligènes les plus redoutées. D'autre part, l'inflammation de la paroi veineuse produit par des réflexes nerveux un spasme vasculaire responsable en grande partie des douleurs et de l'oedème des thrombophlébites (LERICHE, OCHSNER). Cette distinction entre ces deux formes de complications thrombotiques a donc une certaine valeur pratique pour l'établissement du pronostic, et aussi pour instaurer un traitement approprié, comme il sera exposé plus loin.

Les anticoagulants

L'introduction des anticoagulants dans la prophylaxie et la thérapeutique antithrombotique est basée sur le principe qu'il n'y a pas de thrombose, si le sang est rendu incoagulable. Les anticoagulants actuellement les plus employés sont l'héparine et la dicoumarine synthétique, le dicoumarol. Ces deux médicaments sont cependant très différents dans leur mécanisme d'action, de sorte qu'il est important de bien connaître la pharmacologie de ces anticoagulants, et surtout du dicoumarol, car leur emploi n'est pas exempt de dangers.

La littérature des dernières années est assez riche en articles sur le dicoumarol, et il faut l'avouer, ces publications sont parfois très contradictoires. Certains auteurs comme ULRICH préconisent un emploi systématique à des doses massives comme prophylaxie antithrombotique, tandis que d'autres sont beaucoup plus prudents et ne l'emploient que sous certaines conditions; d'autres encore présentent des cas où l'administration de ce produit a donné lieu à des accidents hémorragiques graves et même mortels. Ces accidents par hémorragie sont devenus tellement fréquents dans les deux dernières années qu'en France, ce médicament a été inscrit au tableau A, et qu'en Suisse, certaines firmes pharmaceutiques de renom ont retiré leur produit du commerce. Mais d'autres firmes continuent encore à fournir le dicoumarol, et les indications concernant l'emploi et le dosage fournies par ces firmes sont très insuffisantes pour mettre le médecin à l'abri de tout accident, s'il n'a pas pu se procurer des renseignements plus étendus par l'étude de la littérature scientifique récente. Est-ce donc vraiment un médicament si dangereux, et a-t-il des avantages sérieux sur l'autre anticoagulant, l'héparine? Dans cet exposé, je veux essayer de répondre à ces questions, en me basant sur l'étude de la littérature récente et sur quelques recherches personnelles sur le dicoumarol, effectuées dans le service de gynécologie de l'Hôpital Universitaire Brugmann, Bruxelles (Chef: Prof. Bourg).

Le mécanisme de l'action anticoagulante du dicoumarol n'est pas encore entièrement connu. On a cependant beaucoup de raisons à croire que cette action se déroule dans le foie par inhibition de la formation de la prothrombine, par opposition à l'héparine, dont le mécanisme d'action anticoagulante réside dans la neutralisation de la thrombokinasé (Thromboplastine des auteurs anglo-saxons), probablement par sa forte charge électro-négative. Le dicoumarol exercerait encore une certaine action sur les parois vasculaires et diminuerait légèrement le fibrinogène. Nous étudions l'effet de cette action anticoagulante du dicoumarol par la mesure du „temps de prothrombine“ qui est directement proportionnel à cette action, et d'où l'on peut trouver par comparaison à un étalonnage le taux réel de prothrombine. Il est intéressant de noter que le temps de coagulation ne varie pas en proportion adéquate. On peut s'expliquer cette différence par le fait que les conditions de coagulation sanguine en

dehors de l'organisme ne correspondent pas entièrement au mécanisme de coagulation intravasculaire *in vivo*, et pour juger de l'action anticoagulante du dicoumarol, le dosage de la prothrombine est entièrement suffisant, et il est le seul moyen de laboratoire qu'on ait pour le moment pour contrôler l'action de ce médicament. Pour l'héparine, cependant, la détermination du temps de coagulation sur sang toujours prélevé par ponction veineuse est le moyen de choix pour surveiller son action anticoagulante, du fait d'un mécanisme d'action différent.

L'action du dicoumarol ne se manifeste que 24—72 heures après son administration et dure en moyenne pendant quelques semaines. Quant à l'héparine, l'action d'une dose unique administrée en I. V. se manifeste instantanément, mais ne dure que pendant 3—5 heures, à cause de son élimination rapide par les urines. Comme l'action par voie buccale est inefficace, l'héparine doit forcément être administrée par voie parentérale, et en I. V., soit en injections répétées toutes les 4—6 heures, soit en infusions au goutte à goutte. De plus l'héparine est actuellement encore un produit très coûteux par opposition au dicoumarol, dont le prix est très économique.

Il en résulte que le dicoumarol a de grands avantages sur l'héparine par son administration facile par voie buccale, son action prolongée, son prix très économique, mais que par contre son action est lente à s'installer, son emploi exige une surveillance minutieuse par des dosages journaliers du temps de prothrombine (examen très compliqué qui nécessite un laboratoire bien équipé) et il ne peut être un médicament d'urgence. L'héparine, d'autre part, a une action instantanée, est donc un médicament pour les cas d'urgence, mais son administration est assez difficile; l'administration en doses massives incorporées dans une substance „retard“, comme le Pitkin Menstruum, n'est pas encore suffisamment mise au point pour être appliquée systématiquement, et le traitement efficace par l'héparine est encore très coûteux.

Cependant, l'héparine est un produit physiologique, sans action toxique, et son surdosage qui se montre par une tendance aux hémorragies ou à l'hématurie n'est pas trop dangereux à cause de la brièveté de son action et du fait de la possibilité de pouvoir la neutraliser instantanément. On utilise dans ce but l'injection intraveineuse de 50—100 mg de protamine en solution à 20% ou à défaut, de protamine-insuline avec glucose, ou encore une petite transfusion de sang. Ainsi, le problème prend un tout autre aspect. Le dicoumarol en effet, malgré ses avantages cités plus haut, est un médicament très difficilement neutralisable en cas d'hémorragie par surdosage ou hypersensibilité. Les injections de vitamine K n'agissent que tardivement et ne sont pas très efficaces, même si on injecte des doses massives de 200—400 mg, et les transfusions de sang doivent être données à répétition, et pratiquées avec du sang frais. De plus, l'action toxique du dicoumarol sur le foie (nécrose centrale par surdosage) pourrait également donner lieu à des accidents.

Traitement prophylactique postopératoire et du post-partum

Nous rejetons le traitement prophylactique systématique par le dicoumarol, parce que nous avons trouvé que la prophylaxie par les moyens mécaniques tels la mobilisation et le lever précoce donnent sur les statistiques assez étendues sensiblement les mêmes résultats. Certains auteurs ont même trouvé que sur plusieurs milliers d'opérés à qui on avait donné une dose unique de dicoumarol, le nombre des thromboses a augmenté par suite d'un mécanisme de compensation exagérée après cessation de l'action anticoagulante du dicoumarol (Van SMITH). Pendant l'action du dicoumarol donné en une seule dose, il n'y avait presque pas de thromboses, mais vers le 10^{ième} jour, celles-ci ont réapparu avec une fréquence plus élevée; c'est le moment où l'action du dicoumarol disparaît. D'autres auteurs ont trouvé que la combinaison du dicoumarol avec le traitement prophylactique par lever précoce a donné le même pourcentage que la prophylaxie mécanique toute seule, si on faisait la statistique chez les hommes; mais que chez les femmes il y avait une diminution assez légère des thromboses, fait explicable par la fréquence plus élevée des thromboses pelviennes en chirurgie gynécologique; celles-ci sont évidemment peu influencées par le lever précoce. Le lever précoce donne une fréquence moyenne de thromboses de 0,50 à 0,60 %, d'embolies fatales de 0,10 à 0,20 %; la prophylaxie par le dicoumarol des chiffres de 0,32—1,8 % et resp. de 0,06 %, ce dernier chiffre d'embolies fatales variant d'après les auteurs de 0 à 0,15 %. La fréquence des hémorragies dues au dicoumarol varie entre 1,2—4,8 % dans les services utilisant toute précaution de surveillance, et les hémorragies fatales sont dans un pourcentage moyen de 0,10 %.

Nous pensons cependant qu'il faut faire dans certains cas sélectionnés une prophylaxie par le dicoumarol — ou mieux encore par l'héparine, mais cette dernière prophylaxie, si l'on veut qu'elle soit efficace pendant la durée minima de 10 jours, coûte encore actuellement 10.000 frs. b. La prophylaxie des thromboses par le dicoumarol s'adresse aux cas suivants:

1^o — les malades âgés de plus de 40 ans (car 80 % des embolies fatales brusques surviennent d'après ALLEN chez des malades âgés de plus de 40 ans) et qui présentent des signes de prédisposition pour les thromboses: obésité, varices, insuffisance circulatoire, impossibilité de mobilisation précoce.

2^o — chez tous les malades ayant eu déjà des antécédents thrombophlébitiques. Dans ces cas, l'application préopératoire d'une botte de Unna (Zinkleimverband) rend également d'incontestables services, comme nous avons pu nous en convaincre à maintes reprises. Il est important d'instituer, d'après ce qui a été exposé plus haut, la prophylaxie précocement, déjà le lendemain de l'opération, pour qu'elle soit le plus efficace. Chez les accouchées en menace de thrombose, il nous semble cependant prudent de ne pas utiliser le dicoumarol dans les 6 premiers jours du post-partum, à cause de la

plaie utérine étendue qui pourrait donner lieu à des accidents hémorragiques graves, comme plusieurs cas récemment publiés en France l'ont montré. Nous poursuivons actuellement des recherches sur l'emploi du thiosulfate de sodium comme anticoagulant peu dangereux qui, d'après BANCROFT, serait aussi actif que le dicoumarol, surtout dans la prophylaxie du post-partum; mais nos cas sont encore trop peu nombreux pour nous permettre un avis définitif.

Nous évitons cependant l'administration du dicoumarol dans tous les cas où une deuxième intervention serait indiquée dans un court délai après la première, à cause de l'impossibilité de neutraliser alors suffisamment l'action de ce produit.

En résumé, la prophylaxie postopératoire sera essentiellement mécanique par mobilisation précoce et bandages compressifs des jambes, et la prophylaxie par le dicoumarol ne sera employée que dans certains cas sélectionnés, présentant des prédispositions manifestes pour une thrombose postopératoire. Le dosage du dicoumarol est exactement le même que pour l'administration thérapeutique (voir plus bas).

Thérapeutique des thromboses et embolies postopératoires

Les anticoagulants ne font pas disparaître une thrombose déjà installée, mais empêchent son extension. Donc, pour être efficace, le traitement devra être installé au moindre indice de menace. Ceci indique l'importance capitale de la recherche minutieuse et journalière des signes avertisseurs chez les malades opérés, comme le pouls grim pant, une élévation inexplicable de la température, le signe de HOMANS, une douleur à la palpation du mollet et du trajet des veines de la jambe.

Comme le dicoumarol est un anticoagulant à action très lente, il va de soi qu'il ne peut être à lui seul un médicament efficace. D'ailleurs JORPES et MURRAY e. a. ont trouvé que le traitement par le dicoumarol comme médication unique, préconisé par certains auteurs, est nettement insuffisant, car, même sous l'action du dicoumarol, les thromboses peuvent progresser et donner lieu à des embolies. L'héparine est donc le médicament de choix pour le traitement immédiat des thromboses. Nous le combinons cependant au dicoumarol, parce que l'administration de celui-ci est plus facile, et aussi dans le but de réduire les frais du traitement et de garder un effet anticoagulant le plus longtemps possible, au moins pendant 3 semaines ou jusqu'à quelques jours après le lever complet du malade. Ceci est très important: il faut toujours continuer le traitement aussi bien prophylactique que thérapeutique par les anticoagulants jusqu'à ce que le malade ait quitté complètement le lit. Les anticoagulants doivent être administrés à un dosage tel que pour l'héparine le temps de coagulation, déterminé par la méthode de LEE-WHITE*) soit au moins doublé, et que pour le dicoumarol,

*) Détermination de la coagulation du sang en tubes calibrés à une température constante de 37° (Bouteille de Thermo).

le taux de prothrombine soit inférieur à 30 % de la normale. Voici le schéma de notre programme thérapeutique :

A la moindre menace de thrombose ou d'embolie, injection I. V. de 100 mg d'héparine, après avoir pris du sang pour le dosage de la prothrombine. Ce dernier dosage, fait d'urgence, servira comme guide de l'administration du dicoumarol, dont le dosage, calculé d'après le poids du corps est très dangereux. On donne en même temps que la première injection d'héparine une dose unique de 300 mg de dicoumarol. On répète les injections d'héparine toutes les 4 heures à la dose de 40—80 mg (1 à 2 ampoules de Liquémine p. ex.). Certains auteurs comme JORPES et BAUER ne donnent pas de doses inférieures à 100 mg par injection, mais nous avons constaté que l'administration totale de 300 mg d'héparine, répartie sur 6 injections en 24 heures est suffisante dans la plupart des cas de thrombose, s'il n'y a pas d'embolie d'emblée. En cas d'embolie, il ne faut cependant pas donner des doses inférieures à 100 mg par injection. Ceci pour le premier jour. Le lendemain, au moins 4 heures après la dernière injection d'héparine, nouveau dosage de la prothrombine pour déterminer la réaction du malade au dicoumarol administré la veille. On continue l'héparine aux mêmes doses, et on donne une seconde dose de dicoumarol de 200 mg en moyenne, mais variant entre 100 à 300 mg selon le résultat du dosage de la prothrombine. Si la prothrombine n'a pas baissé, 300 mg, si elle est déjà dans les 40—30 %, 100 mg. Le troisième jour, répétition du dosage de la prothrombine. Alors, si celle-ci est descendue à un niveau de 20—30 %, on arrête tout traitement. Si elle n'a pas encore atteint ce niveau, administration d'une troisième dose de dicoumarol de 200 mg et on continue l'héparine à dose réduite de 40 mg toutes les 6 heures jusqu'au lendemain, où un nouveau dosage de la prothrombine dirigera le traitement. On continuera ainsi l'administration des anticoagulants jusqu'à ce qu'on ait obtenu une diminution du taux de prothrombine jusqu'au niveau de 20—30 %. Au-dessus de 30 %, le traitement est franchement inefficace, en-dessous de 20 % commence la zone dangereuse. Tous les auteurs récents sont d'accord sur la nécessité stricte de faire des dosages de la prothrombine chaque jour, car c'est le seul moyen de se mettre à l'abri des accidents et de voir apparaître le moment, où il faudra de nouveau donner du dicoumarol, en général 100-200 mg vers le 6ième jour du traitement, pour conserver un taux suffisamment bas de prothrombine. Ainsi, avec cette méthode d'administration fractionnée du dicoumarol, on ne risque guère d'accident sérieux, puisqu'on parvient à déceler à temps les sujets hypersensibles, et on comprend aisément, que la méthode d'administration d'une dose unique de 700 mg de dicoumarol est très dangereuse, le nombre d'accidents rencontrés l'a suffisamment démontré.

Si le malade a commencé par présenter une embolie comme premier signe d'une thrombose, on donnera en même temps que l'héparine (au moins 100 mg par injection) des doses répétées de 6 ctg d'eupavérine ou de 10 cc de novocaïne à 1 % en I. V.

Dans tous les cas de phlébothrombose ou embolie, nous pratiquons aussitôt des bandages compressifs élastiques des jambes et nous faisons exécuter dès le début des mouvements des jambes pour augmenter la circulation et pour empêcher une nouvelle formation de thrombose. Le bandage élastique compressif empêche l'arrachement d'un embolo par la circulation sanguine, et cette méthode à elle-seule a donné déjà une amélioration très nette du pronostic des thromboses et embolies. Von JASCHKE, à Giessen, n'a pas vu une seule embolie fatale pendant 14 ans avec cette méthode employée comme prophylaxie. Si l'état du malade le permet, il quittera le lit le plus tôt possible, dès qu'il sera apyrétique, donc en général, vers le 4^{ième} jour après le début du traitement. Dans les cas de phlébothrombose, nous ne pratiquons pas des infiltrations du sympathique lombaire, car la vasodilatation ainsi provoquée peut débloquer d'après les auteurs américains un thrombus et provoquer ainsi une embolie mortelle. Nous ne pratiquons également pas de ligature des veines fémorales dans les cas de phlébothrombose.

La phlegmasia alba dolens et la thrombophlébite aiguë sont l'indication pour l'infiltration du sympathique lombaire pour réduire la douleur et l'œdème très marqué de ces affections. Nous faisons une infiltration par jour au niveau de L2. OCHSNER préconise 4—5 injections aux niveaux de L1, L2, L3 et L4, en une séance, pour être sûr d'avoir un effet très marqué, mais nous avons constaté qu'une infiltration au niveau unique de L2, si elle est correctement pratiquée, donne les mêmes résultats. Mais le blocage du sympathique comme traitement unique est insuffisant. En plus, à ces malades, on applique une botte de Unna, on donne les anticoagulants, et ils quitteront le lit également le plus tôt possible, dès qu'ils seront apyrétiques. Nous avons constaté que ces malades sont souvent assez résistants aux anticoagulants et il faut leur administrer parfois des doses de dicoumarol considérables pour voir descendre leur taux de prothrombine. Les thrombophlébites suppurées avec septicémie sont une contre-indication pour l'emploi des anticoagulants qui favorisent l'essémination septique. Ici, le traitement par ligature des veines affectées vient à sa place et peut entrer en discussion.

Contre-indications à l'administration du dicoumarol

Il ne faut pas donner le dicoumarol à des malades présentant des lésions hépatiques, des plaies ulcérées ou granuleuses (post-partum hémorragique), des signes d'artériosclérose ou de décompensation cardiaque prononcée.

Il faut éviter de donner en même temps que le dicoumarol des salicylates qui augmentent son effet anticoagulant d'une façon très variable et assez imprévisible.

Pour l'héparine, il n'y a pratiquement pas de contre-indications, si ce n'est l'emploi simultané de digitaline par injections I.V.: les alcaloïdes du groupe de la digitaline neutralisent l'héparine.

Pronostic des thromboses et embolies traitées par les anticoagulants

La mortalité des thromboses post-opératoires est réduite de 9—12 % à presque 0 % (0,018 % d'après ZILLIACUS et BAUER), et celle des embolies de 20—40 % à 0,8 % en moyenne. Nous n'avons pas encore vu d'embolie fatale chez nos malades ainsi traitées.

Le séjour au lit est fortement réduit dans les cas de phlébotrombose avec ou sans embolie. Il est en moyenne de 5 à 15 jours au lieu des 4 semaines classiques. Toutes nos malades ainsi traitées ont pu quitter le service dans la deuxième semaine après le début, soit de leur embolie, soit de leur thrombose.

Cependant dans les cas de thrombophlébite ou de phlegmasia alba dolens à l'état chronique, le traitement par les anticoagulants n'améliore plus autant le pronostic, comme nous avons pu le constater chez des malades envoyées au service pour thrombophlébite datant déjà de plus d'une semaine. Ceci souligne une fois de plus l'importance d'installer le traitement par les anticoagulants le plus tôt possible, avant l'établissement de lésions irréversibles.

Après cet exposé assez sommaire, voici quelques cas intéressants à divers points de vue:

Mme H. . . , 43 ans. Fibrome plurinodulaire hémorragique. Phlébite à la jambe gauche il y a deux ans. Crise douloureuse abdominale deux jours avant son entrée au service. A l'entrée, le 2. 8. 48, léger subictère. Varices aux deux jambes. Le 8. 8. apparition d'une phlébite à la jambe droite. Prothrombin time 37 secondes, soit taux de prothrombine de 25 % de la normale. On donne 4 fois par jour une ampoule d'héparine de 40 mg pendant trois jours. Botte d'Unna. Comme le prothrombin time reste élevé, on arrête l'héparine, et la malade est opérée le 14. 8. Suites opératoires normales. Pas de séquelles de thrombophlébite.

Ce cas de phlébite inflammatoire démontre l'utilité de faire le dosage de la prothrombine avant une administration éventuelle de dicoumarol. Le trouble hépatique causant le léger subictère est sans doute également la cause de l'hypoprothrombinémie, et l'administration de dicoumarol dans ce cas aurait pu provoquer des accidents hémorragiques sérieux.

Une bonne réaction au dicoumarol peut parfois être obtenue déjà avec 400 mg chez des malades sensibles à ce médicament. En voici un exemple:

Mme D. . . , 45 ans. Opérée le 13. 11. 48 pour éventration et hernie ombilicale. Le 7^{ième} jour après l'intervention, embolie pulmonaire avec petit infarctus. Prothrombin time 16'', soit 120 % du taux normal. Traitement par l'héparine d'après le schéma indiqué en haut. On donne du dicoumarol, le premier

jour 200 mg, le deuxième jour la même dose. Le lendemain, le taux de prothrombine est déjà descendu à 8 %, donc dans la zone dangereuse. On arrête tout traitement. Mobilisation précoce. La malade quitte le service le 11^{ème} jour après son embolie.

D'autres cas au contraire sont parfois très résistants au dicoumarol, comme le démontre ce cas de phlegmasia alba dolens après abortus:

Mme P... , entre avec une phlegmasia alba dolens post abortum datant depuis une semaine. Malgré l'administration d'héparine, de dicoumarol, d'infiltrations du sympathique lombaire, peu d'amélioration après 6 semaines de traitement. Il a fallu donner 1 gr 800 de dicoumarol avec le seul résultat de produire une diminution du taux de prothrombine à 60 % comme effet maximum. On a arrêté alors l'administration, vu la résistance de la malade envers ce médicament.

Conclusions:

1. — Le traitement des complications thrombotiques post-opératoires par les anticoagulants améliore considérablement le pronostic de ces affections, s'il est installé précocement.

2. — Le dicoumarol est un médicament efficace, mais dangereux, si son emploi n'est pas surveillé par des examens quotidiens du taux de la prothrombine.

3. — L'héparine est l'anticoagulant de choix, mais son administration actuelle est compliquée, son prix élevé en rend une prophylaxie systématique par cette seule médication impossible.

4. — On peut garder le dicoumarol dans la thérapeutique des affections thrombotiques, si l'on prend toutes les précautions nécessaires pour éviter des accidents hémorragiques, en attendant qu'une meilleure méthode d'administration de l'héparine, plus facile et plus économique, soit trouvée.

LABAZ

ADRÉNOXYL

LABAZ

ANTIHEMORRAGIQUE VASCULAIRE
préventif et curatif

- diminue le temps de saignement
- augmente la résistance vasculaire

Aucun danger de thrombose ou d'embolie
Toxicité nulle

Echantillons et documentation sur demande

Société des Laboratoires LABAZ

Société anonyme

168, avenue Louise, BRUXELLES

Tél. 48.94.35 — 48.94.40

*Département Pharmaceutique
de la*

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

Les sels de l'acide morrhuique dans le traitement des polyarthrites chroniques

*par Jacques Garber-Duvernay et
Guy Van Moorleghem, Aix-les-Bains*

La thérapeutique du rhumatisme chronique est faite d'une véritable mosaïque de médications très diverses. Sans doute, les unes sont plus efficaces que les autres, mais toutes, peuvent revendiquer de très bonne foi, des succès plus ou moins durables mais indiscutables. Il ne saurait en être autrement. Si l'on admet qu'une fois sensibilisée, l'articulation réagira ultérieurement non seulement à l'introduction dans l'organisme des mêmes toxines mais à l'introduction de toute autre toxine ou allergène, force est d'admettre que la thérapeutique ne sera, à ce moment, pas plus spécifique que la réaction inflammatoire. Ce n'est que dans les tout premiers temps, et dans un nombre infime d'observations privilégiées qu'il a été possible d'obtenir une disparition des caractères inflammatoires par la destruction ou la neutralisation d'une infection focale (dentaire, amygdalienne, naso-pharyngienne, . . . etc.). Très vite, dans l'immense majorité des cas, la réaction inflammatoire cessant d'être spécifique, la destruction du foyer d'infection, — s'il existe et s'il est découvert —, devient illusoire dans ses effets.

Cela explique le polymorphisme très réel de la thérapeutique et les indications très diverses de celle-ci. Elle pourra être appelée à jouer un rôle tantôt anti-infectieux, tantôt désensibilisant, d'autrefois eutrophique, ou encore recalcifiant, modificateur du p. H. sanguin et du „terrain“ . . . etc. Nous n'avons pas à passer ici la revue des méthodes chimiothérapiques. Les principales sont bien connues: sels d'or, sels organiques de cuivre, gluconate de chaux . . . etc. Il est bien entendu que nous n'envisageons ici qu'une des médications chimiothérapiques à l'exclusion des méthodes physiothérapiques et crénothérapiques dont l'utilité est cependant admise pour tous. Les sels de l'acide morrhuique dont nous allons vous parler sont extraits de l'huile de foie de morue. Avant d'aborder leur étude, il convient

d'indiquer dans quelles circonstances nous avons été amenés à essayer l'huile de foie de morue dans le traitement du rhumatisme chronique.

C'est en 1943 que nous avons eu connaissance de l'utilisation de l'huile de foie de morue, par voie intraveineuse, dans le traitement des polyarthrites chroniques, par quelques confrères de Lausanne et de Genève. Nous nous excusons de ne donner aucun nom, mais nous croyons que rien n'a été publié sur la question. Il est possible que les expérimentateurs aient connu les mêmes déboires que nous et qu'ils aient préféré les passer sous silence. Il nous paraît cependant que dans le bilan d'une méthode, échecs et inconvénients doivent figurer avant même la mention des succès. Voici ce que nous avons observé au cours de l'emploi d'huile de foie de morue non stérilisée par voie intra-veineuse sur sept malades.

En principe la série comportait six injections intra-veineuses, de $\frac{1}{4}$ de centimètre cube chacune, poussées très lentement dans la veine après aspiration de sang, et au rythme hebdomadaire. Nous rappellerons que l'huile de foie de morue est composée chimiquement de corps gras, lécithines, combinaisons iodées, soufrées, phosphorées; d'alcaloïdes, d'acide morrhuique et ses dérivés, de morrhuine, de vitamines A et D. Les cinq premiers malades ont assez bien supporté la médication: nous avons noté cependant le soir et le lendemain de l'injection un mouvement fébrile ne dépassant pas $38,5^{\circ}$. Les réactions de la cinquième et sixième malade ont été beaucoup plus impressionnantes. Elles ont fait l'une et l'autre une véritable embolie pulmonaire huileuse; pendant une dizaine de jours la température est restée très élevée, entre $39,5^{\circ}$ et $40,5^{\circ}$, l'expectoration avait une odeur putride et l'état général a été touché. Dans ces conditions nous avons renoncé à cette méthode de traitement.

Cependant nous avons pu constater un résultat thérapeutique remarquable sur trois de nos malades: assouplissement articulaire, recul des caractères inflammatoires, affaissement de la vitesse de sédimentation globulaire. Ce résultat était d'autant plus appréciable que nous avons utilisé les injections d'huile de foie de morue par voie intra-veineuse dans des cas de polyarthrites chroniques déjà très évolués et ayant mal réagi à d'autres thérapeutiques, notamment à l'or et au cuivre. La malade de l'observation VI, une de celles qui avait eu des accidents graves, grabataire avant le traitement, a pu reprendre sans béquilles ni canne son activité de paysanne et le résultat se maintient depuis trois ans, aidé il est vrai par l'absorption régulière de gluconate de calcium et de vitamines D₂.

L'huile de foie de morue paraît donc avoir dans le traitement du rhumatisme chronique de brillantes possibilités, mais la difficulté de son administration la rend peu utilisable. Par voie buccale elle est généralement mal tolérée et peu active chez l'adulte; les injections intra-musculaires sont très douloureuses, se résorbent très mal et la stérilisation, alors indispensable, prive l'huile de foie de morue d'une partie de ses composants actifs, dont les vitamines A et D. Nous avons alors songé à employer dans un but thérapeutique un des

principaux extraits de l'huile de foie de morue, l'acide morrhuique, la morrhuique s'étant avérée trop toxique.

Depuis quelques années les Sud-Américains ont utilisé, avec des résultats variables, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, un des sels de l'acide morrhuique: le morrhuate de cuivre colloïdal. Grâce à l'obligeance de quelques confrères de Buenos-Ayres, nous avons pu obtenir un assez important échantillonnage de ce produit. Ce morrhuate de cuivre colloïdal a été essayé par voie intra-veineuse sur quatre malades atteints de polyarthrite chronique. Sur l'un d'entre eux, forme ancienne ayant résisté aux sels organiques de cuivre et sur laquelle l'or avait épuisé ses effets, nous avons obtenu avec une amélioration clinique évidente, le passage de la vitesse de sédimentation globulaire de 56 à 11 après une heure. Mais nous devons avouer que l'aspect du produit, assez variable suivant les échantillons, nous a incités à faire procéder à quelques analyses chimiques. Celles-ci pratiquées sur le contenu de différentes ampoules ont donné des résultats qui n'ont pas été superposables. Dans ces conditions, nous avons recherché un produit plus stable et d'application thérapeutique plus sûre. En réalité, depuis 14 mois, nous utilisons des doses deux fois plus importantes.

On sait que GAUTIER et MOURGUES ont retiré de l'huile de foie de morue 0^{gr.} 500 d'alcaloïdes secs par kg. d'huile. Ces alcaloïdes sont formés par un mélange de bases volatiles (outylamine, ampylamine, hexylamine, dihydrolutidine)

— de bases fixes (aselline, morrhuique)

— d'acide: acide morrhuique de formule $C_9H_{13}NO_3$ cristallisable et soluble dans l'alcool dilué.

Plus tard on a extrait de l'huile au moyen de l'éther des acides non saturés, en particulier:

— l'acide thorapique de formule $C_{17}H_{26}O_2$

— l'acide clupanodonique de formule $C_{22}H_{34}O_2$

Le complexe sodique préparé avec ces divers acides et le morrhuate de soude et les éthers éthyliques correspondant ont reçu le nom de „morrhuate d'éthyle“. Nous avons choisi ce dernier produit à cause de sa solubilité dans l'huile et de sa non toxicité. L'ion cuivre est introduit dans notre préparation sous forme de stéarate de cuivre, sel soluble dans l'huile et un des moins toxiques des sels de cuivre. Nous préparons les ampoules par solution de morrhuate d'éthyle dans l'huile d'olive préalablement neutralisée. On ajoute du stéarate de cuivre si l'on désire adjoindre l'ion cuivre au morrhuate d'éthyle, ce que nous faisons systématiquement depuis 14 mois. Les ampoules sont ensuite stérilisées à l'autoclave.

Nous avons ainsi obtenu deux lots d'ampoules:

— l'un contenant une solution de morrhuate d'éthyle à un pour cent dans deux centimètres cubes d'huile d'olive stérilisée et neutralisée.

— L'autre avec, en plus du morrhuate d'éthyle à un pour cent, du stéarate de cuivre à 4/10^{ème} de milligrammes pour cent.

Après avoir été expérimentée sur le cobaye sans apporter la

moindre perturbation, la médication a été utilisée sur vingt malades. Sept ont reçu du morrhuate d'éthyle, treize l'association morrhuate d'éthyle + stéarate de cuivre. Ce chiffre peut paraître un peu faible puisque les premiers essais remontent à plus de deux ans. Le retard est dû aux grandes difficultés que nous avons éprouvées à nous procurer du morrhuate d'éthyle. Il est dû aussi au nombre relativement réduit de polyarthrites chroniques débutantes, n'ayant encore reçu ni or ni cuivre, que nous avons pu réunir. C'est que la crénothérapie est encore considérée par beaucoup comme „l'ultima ratio“ de la thérapeutique. Cependant depuis quelques mois nous avons trouvé une meilleure compréhension de la part de la Sécurité Sociale, et des malades nous sont envoyés avant la phase des déformations.

La série a comporté vingt injections par voie intra-musculaire au rythme d'une tous les deux jours, aussi bien pour le morrhuate d'éthyle que pour le cuivre associé. Voici les résultats:

1. — Le morrhuate d'éthyle a été parfaitement toléré. Dans quatre observations sur sept, il a eu sur les douleurs et sur l'aspect inflammatoire un effet sédatif et résolutif, avec parallèlement, amélioration de l'état général et augmentation de poids. La vitesse de sédimentation globulaire mesurée avant le traitement, et à la fin de celui-ci, est passée de 23 à 16 pour le cas le moins favorable, de 47 à 14 pour le meilleur résultat clinique. Mais il convient de préciser que dans quatre des ces observations il y a eu adjonction de vitamines D₂ sous forme d'absorption per os de 15 milligrammes de vitamine D₂ cristallisée chimiquement pure, au rythme hebdomadaire. Dans les sept observations la crénothérapie a conjugué ses effets.

Cette association thérapeutique est favorable, sans aucun doute. Nous reconnaissons qu'il est assez délicat de faire la discrimination de ce qui revient au morrhuate d'éthyle, aux six ampoules de vitamine D₂ et à la cure thermale; mais partant de l'expérience acquise nous avons la certitude que le morrhuate d'éthyle a apporté un élément efficient: l'efficacité eût été moindre si les autres facteurs avaient agi seuls.

2. — L'association morrhuate d'éthyle + stéarate de cuivre paraît plus active. Il est vrai que son rôle thérapeutique a été plus facile à étudier, puisque nous l'avons employé seul, sans adjonction de vitamine D₂ ni de crénothérapie, dans six observations sur treize. L'amélioration clinique a été plus nette et la sédimentation globulaire a subi quelques variations considérables, puisque dans une de nos observations elle est passée de 71 à 7 au bout d'une heure, et cela en quarante jours. Ici, également, nous n'avons observé aucun accident. Quoique nous n'ayons derrière nous que treize observations, il est sans doute permis de penser que le stéarate de cuivre est moins toxique que les autres sels organiques de cuivre (allyl-cupro-thio-uréido-benzoate de sodium et cupro-oxyquinoléine sulfonate de diéthylamine), dont l'emploi a pu entraîner quelquefois un état asthénique avec amaigrissement, des poussées d'herpès labial,

des mouvements fébriles avec frissons, de l'insuffisance hépatique généralement légère avec possibilité d'ictère . . . etc.

Dans six de ces observations une nouvelle série a pu être faite six mois après la première. Il y a eu consolidation du résultat en ce sens que les articulations conservent la liberté de leurs mouvements et que la sédimentation globulaire est normale ou très proche de la normale.

L'association morrhuate d'éthyle + stéarate de cuivre paraît ainsi plus efficace que le morrhuate d'éthyle utilisé seul. Nous devons admettre que l'addition de l'ion cuivre est responsable de ce surcroît d'activité thérapeutique. Aussi, depuis plusieurs mois, pour étendre le champ de nos indications et permettre l'emploi de la voie intra-veineuse, avons-nous essayé de mettre au point une préparation de morrhuate de soude associé à un sel de cuivre, le tout soluble dans du sérum physiologique. C'est aujourd'hui chose faite. Des injections pratiquées sur la cobaye ayant été parfaitement supportées par l'animal, nous utiliserons sous peu cette nouvelle association thérapeutique par voie intra-veineuse. Cette fois nous pensons agir non seulement sur les polyarthrites chroniques débutantes, mais aussi sur des formes plus évoluées ayant résisté aux sels d'or et aux sels organiques du cuivre, ou ne réagissant plus à l'action de ces médicaments.

Pour le moment, nos conclusions seront modestes et prudentes. Nous vous présentons une préparation stable et de composition constante. Nous la croyons sans danger. L'association morrhuate d'éthyle + stéarate de cuivre a incontestablement donné des résultats encourageants. Dans ces conditions, nous croyons logique de proposer son emploi, en association de préférence avec la vitamine D₂. Mais nous insistons sur le fait que nous avons choisi nos cas, nous adressant exclusivement à des polyarthrites chroniques au début, avec un nombre relativement restreint d'articulations atteintes (radio-carpienne, radio-cubitale inférieure, métacarpo-phalangiennes de l'index et du medius, genou. . .). Il est bien évident, que les polyarthrites chroniques au début ou peu évoluées sont beaucoup plus sensibles à l'action de la thérapeutique. Cette constatation souligne une fois de plus, ainsi que nous l'avons déjà fait à maintes reprises, l'intérêt majeur d'un diagnostic précoce.

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



Sans cire

Sans huile

Indolore

●
CRYSTICILLINE

"SQUIBB"

●
L'injection unique de 300.000 U.O. maintient une pénicillinémie active pendant vingt-quatre heures au moins dans la majorité des cas et pendant trente-six heures dans 50% des cas.

●
CRYSTICILLINE

Marque déposée E. R. Squibb & Sons, New-York

●
Société des Laboratoires LABAZ

S. A.

168, avenue Louise BRUXELLES. Tél.: 48.94.35 - 48.94.40

Département Pharmaceutique
de la

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

Ein neues Spasmolytikum mit
analgetischer Wirkung bei
myogenen und neurogenen Spasmen

LYSPAMIN

INDIKATIONEN

ANGINA PECTORIS, ZIRKULATIONSSTÖRUNGEN,
KRÄMPFE IM VERDAUUNGSTRAKTUS,
DYSMENORRHOE ERÖFFNUNGSPERIODE
IN DER GEBURTSHILFE

Tabletten zu 0,3 g
Suppositorien zu 0,5 g

Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxembourg
Prophac, Baudouinstr. 25, LUXEMBURG - Tel. 30-73

Cilag
Aktiengesellschaft

SCHAFFHAUSEN
SCHWEIZ



La Situation de l'Enfance Déficiente au Grand - Duché de Luxembourg

par *Armande Putz-Kinn*

„Par la Déclaration des Droits de l'Enfant, dite Déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations, reconnaissant que l'Humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirment leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité et de croyance:

l'enfant qui a faim doit être nourri;

l'enfant malade doit être soigné;

l'enfant arriéré doit être encouragé;

l'enfant dévoyé doit être ramené;

l'orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.“

Un des éléments essentiels les plus tragiques et partant inéluctables de cette *conditio sine qua non* qu'est la condition humaine, est que:

On est toujours le déficient dans quelque domaine ou à quelque moment, et on est toujours le déficient à l'égard de quelqu'un.

S'il paraît osé vouloir pousser ce truisme à son paroxysme, il n'en est pourtant pas moins vrai qu'il est effrayant d'admettre que peut-être les normaux et sains d'aujourd'hui deviendront les déficients de demain. Et vice-versa: les déficients d'aujourd'hui seront les normaux de demain. En analyse: la norme devient la déficience et la déficience devient la norme (ici nous ne parlons pas de plus loin que d'hier). Mais encore le nombre des sains qui glissent et s'enlisent dans la déficience, sera peut-être immense; celui des déficients ramenés à la santé, plus élevé. Empêcher les premiers et favoriser les seconds est le but à poursuivre et le seul vrai espoir pour l'avenir de l'humanité.

Partout, à chaque moment et au coin de chaque événement la *D é f i c i e n c e* nous guette. Infinie et bornée, resplendissante

et rebutante, extatiquement tapageuse et immobilement muette, véreuse et gratuite, exclusive et vulgaire, anodine et foudroyante. Elle nous guette dans toute la prodigalité miséreuse de ses multiples formes, degrés, densités, variations, modalités, simulations et succédanés. Elle nous guette à travers chaque pore de notre peau, dans chaque membre de notre corps, chaque fibre de nos nerfs jusque et au-delà du tréfonds de notre être, là où veille la réalité saine à côté du „Cadavre Vivant“ de la léthargie.

L'imminence, l'actualité, l'ubiquité et la férocité de ce danger accru et toujours croissant ont eu pour résultat, entre autres, une humanisation progressive de l'opinion publique et une appréciation plus saine, plus scientifique et plus souveraine des faits biologiques et pathologiques. Elles ont notamment arrondi un peu angles et coudes à une certaine méchanceté publique qui visait surtout les plus faibles et les plus frappés et qui aimait à se donner raison par des slogans passe-partout, comme p. ex.: Pas de monde sans déchet, pas de village sans idiot! (Quid, si les idiots deviendront le village, le déchet le monde?)

Ainsi l'enseignement brutal de l'histoire forcenée de ces temps derniers, les progrès et concepts nouveaux de la science, le profond et patient effort des législateurs ont fait jaillir la nécessité impérieuse de mettre au point tant nos institutions que nos méthodes et conceptions. Les projets, travaux et réalisations de certains pays ont, clairement et irrévocablement, mis à jour la direction à suivre:

Ici il faut voir grand, surtout pour les petits, et voir sain, surtout pour les déficients.

En ce qui concerne les enfants déficients, nous aurons à dresser l'inventaire de ce qui a été voulu et réalisé, à faire l'état de ce qui existe et de ce qui manque, pour montrer ce qui reste à faire et montrer par là quelques postulats immédiats.

D'après une classification généralement admise on divise les enfants déficients en les quatre catégories-schémas suivants:

Déficients physiques	{	sourds-muets aveugles invalides infirmes estropiés paralytiques etc.
Déficients intellectuels	{	débilité légère jusqu'à l'idiotie complète
Déficients sociaux	{	abandonnés illégitimes orphelins délinquants

Déficients psychiques et caractériels	}	névrosés
		psychopathes
		hyperémotifs
		instables
		vagabonds
		dévoyés
		pervers
criminels etc.		

Très souvent, ces déficiences se surajoutent, se compliquent, découlent l'une de l'autre. Une déficience physique peut entraîner par une instruction et éducation mal comprises une déficience caractérielle, psychique et sociale. D'autre part, une déficience caractérielle peut briser la plus belle intelligence: p. ex. les criminels surdoués. Enfin, les variations peuvent se multiplier à l'infini et chaque espèce demande un examen très poussé et différencié.

Un rapide aperçu chronologique englobant le siècle écoulé, va nous montrer un „back-ground“ historique, touffu et généreux, tenant compte de presque tous les aspects de la déficience pouvant frapper l'enfant:

- 1841 Le règlement V du 12. X. sur la vaccine, annexé à l'ordonnance médicale en même date, rend la vaccination anti-variologique obligatoire et gratuite.
- 1843 Première loi sur l'obligation scolaire.
- 1844 Subside aux enfants sourds-muets pour l'Etablissement de Camberg dans le Duché de Nassau. 35 élèves luxembourgeois visitaient cet établissement jusqu'à la création d'un institut analogue à Luxembourg.
- 1845 Création d'une école normale pour la formation d'instituteurs d'école primaire.
- 1846 Quatre Arrêtés Grands-Ducaux fondamentaux concernant „l'organisation de la Bienfaisance Publique“ et protégeant spécialement l'Enfance et la Jeunesse:
- 1^o la réorganisation et le règlement des bureaux de bienfaisance
 - 2^o l'organisation de comités cantonaux de secours
 - 3^o l'institution d'une inspection des établissements de charité et des prisons de l'Etat. L'inspecteur devra être docteur en médecine et s'occupera surtout des enfants trouvés et abandonnés
 - 4^o l'ouverture d'un dépôt de mendicité à l'ancien hospice de St. Jean à Luxembourg, donnant abri aux mendiants des deux sexes, y compris les enfants.
- 1855 Guillaume III décrète un arrêté „portant que les bâtiments de l'Etat à Ettelbruck seront appropriés en hospice central“ pour les indigents invalides et pour les aliénés.
Le Gouvernement Luxembourgeois publia plus tard, en

- 1876, une circulaire concernant le placement des enfants dans l'hospice central. Par la construction et l'aménagement de pavillons séparés, cet établissement avait été mis à même de recevoir 40 orphelins et enfants abandonnés des deux sexes.
- 1865 Madame Pierre Pescatore et la Révérende Mère Franziska Dufaing-d'Aigremont fondent le premier orphelinat du pays, orphelinat pour fillettes à Luxembourg, installé définitivement à Itzig sous le nom d'Institut St. Joseph.
- 1869 La Mère Franziska fonde à Grevenmacher un orphelinat pour garçons.
- 1880 Des accords ont été signés par le Luxembourg et les pays voisins, réglant le „rapatriement des sujets tombés à charge de l'assistance publique“. Le rapatriement est réclamé en tout cas à l'égard des enfants abandonnés et des orphelins.
- 1880 Loi du 28 janvier portant création d'un „Institut pour les sourds-muets“.
- 1880 Loi du 7 juillet et arrêté Grand-Ducal du 1er décembre, réglementant le régime des aliénés de la maison de Santé d'Ettelbruck.
- 1884 Création de l'„Orphelinat de l'Hospice du Rham“, recevant des orphelins et enfants abandonnés, élevés aux frais de l'assistance publique.
- 1886 Institution d'une „Colonie thermale“ à la ferme de Daundorf près de Mondorf appelée à procurer aux enfants de toutes les classes un traitement thermal.
- 1891 Loi du 20 avril: L'instruction primaire est rendue obligatoire.
- 1897 Le 28 mai, le Grand-Duc Adolphe décrète la loi du „domicile de secours“, loi fondamentale avec celle du 2 décembre 1846 de toute l'organisation de l'assistance sociale du Grand-Duché et comme celle-ci toujours en vigueur.
- 1898 Fondation de la „Crèche de Luxembourg“ par M. Aug. Ulveling pour enfants de 6 semaines à 4 ans, dont les mères travaillent hors de leur domicile pour vivre et entretenir leur famille.
- 1900 Loi du 14 février: Le Gouvernement fonde pour l'instruction et l'éducation un „Etablissement des Aveugles à Berbourg“.
- 1900 „Institut pour enfants arriérés à Betzdorf“, établissement privé sous la surveillance de l'Etat.
- 1906 Loi du 27 juin concernant la Protection de la Santé Publique.
- 1907 Arrêté Grand-Ducal du 7 septembre concernant la „Protection des Enfants du premier âge“, règle la surveillance spéciale des enfants de moins de deux ans placés en nourrice, sevrage ou en garde.
- 1908 5 avril, fondation de la „Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose“. Créations d'oeuvres de préservation de l'Enfance.

- 1908 Décret-Instruction à l'usage des sages-femmes et médecins: obligation de la prophylaxie de Crédé concernant l'instillation de gouttes de nitrate d'argent dans les yeux du nouveau-né.
- 1912 Loi du 19 août sur l'organisation de l'enseignement primaire, renferme une réglementation définitive, détaillée de l'instruction et de l'éducation des enfants et de l'aménagement des établissements scolaires. Prévoit l'inspection médicale scolaire facultative. L'éducation et l'instruction des enfants atteints de graves infirmités physiques n'est pas réglementée par cette loi qui cependant autorise le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires.
- 1916 Arrêté Grand-Ducal qui rend obligatoires la vaccination et revaccination anti-variolique.
- 1919 Arrêté du 21 janvier. Organisation de „l'Inspection médicale“ des écoles.
- 1922 Loi du 13 juin sur la surveillance des établissements et représentations cinématographiques interdisant l'entrée des salles de spectacles cinématographiques aux mineurs des deux sexes âgés de moins de 17 ans accomplis.
- 1923 Loi du 7 août: L'instruction des sourds-muets et des aveugles est rendue obligatoire.
- 1923 Loi du 16 août. La personnification civile a été conférée à la société de la „Croix Rouge Luxembourgeoise“, ayant pour objet, entre autres „de prendre une part active aux oeuvres de protection de l'Enfance“.
- 1929 Création du „Centre de Placement familial de la Croix Rouge à Rédange“ par Madame Mayrisch. Le but est de placer dans les familles paysannes rigoureusement sélectionnées et soumises à un contrôle sévère, des bébés ou enfants devant être séparés de leur famille pour une raison médicale (danger de contagion tuberculeuse p. ex.) ou sociale (orphelin, enfant illégitime, mère malade ou vivant dans un taudis, etc.). L'idée est d'éviter à ces enfants aussi bien les dangers du placement familial ou individuel non surveillé que ceux de l'élevage en masse et de donner à l'enfant abandonné un nouveau foyer où il aurait les soins, l'affection, le sentiment de sécurité que l'ambiance familiale seule peut procurer.
- 1932 Législation du travail. Arrêté du 30 mars: L'âge minimum d'admission des enfants au travail industriel est de 14 ans. Il est interdit d'employer, pendant la nuit, des enfants ou adolescents de moins de 18 ans dans les établissements industriels, publics ou privés, ou dans leurs dépendances.
- 1932 Création d'une classe spéciale pour retardataires à l'école primaire de Dudelange.
- 1934 Création des homes pour enfants chétifs de Lombartzyde et Vichten par le „Foyer de la Femme“.

- 1935 Loi du 29 juin relative à la protection morale de l'enfance. Cette loi interdit la vente ou la distribution à des enfants de moins de 16 ans d'écrits, images, figures ou objets indécents de nature à troubler leur imagination.
- 1937 Loi du 29 décembre permettant d'interdire l'entrée au Luxembourg de publications étrangères obscènes.
- 1938 Création d'une classe spéciale pour retardataires à l'école primaire d'Esch-sur-Alzette.
- 1938 Création d'une classe spéciale d'orthophonie (troublés de la parole) auprès de l'„Institut des Sourds-Muets“ à Luxembourg.
- 1939 Création d'une classe spéciale pour retardés scolaires à l'Orphelinat du Rham.
- 1939 Loi du 2 août relative à la déchéance de la puissance paternelle et aux mesures à prendre à l'égard des mineurs traduits en justice. Institution d'un „Juge des Enfants“ et organisation des „Délégués à la protection de l'enfance“ chargés de la surveillance des délinquants mineurs placés sous l'autorité du Gouvernement. Cette loi est actuellement le texte législatif le plus important en matière de protection de l'enfance, d'enfance délinquante et inadaptée.
- 1939 Le 25 septembre, le Ministre du Service Sanitaire, M. René Blum, introduit „une Commission médico-pédagogique“, se composant de médecins, éducateurs, juriste, assistante sociale, etc., siégeant à l'Hospice du Rham et préparant la création d'un „Office médico-pédagogique“ pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et l'assistance médicale, sociale et éducative de tous les enfants inadaptés.
- 1940 à 1945 La guerre, l'invasion et l'occupation ont ouvert dans l'évolution de l'enfant un gouffre qui est loin d'être comblé. L'introduction forcée de la législation ennemie, la tentative de dressage systématique à une inhumanité totalitaire, la mise au ban de toutes les valeurs humaines et civilisatrices, la duplicité de la vie publique et privée, l'instruction et l'éducation en vacances
 („Denn nur so bleibt ja der Henker
 Zum Schluss der allerbeste Denker“
 l'a caractérisé de façon frappante le poète suisse Carl Spitteler),
 toutes ces circonstances ont porté des coups sauvages aux Luxembourgeois dont les corps, coeurs et âmes se souviennent atrocement. Le mauvais grain, semé dans la tempête et le sang, en une enfance victime, ne nous réserve-t-il pas d'insoupçonnables surprises?
- 1944 Arrêté Grand-Ducal du 25 décembre: Création de l'„Oeuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte“ ayant pour mission de venir en aide aux Luxembourgeois victimes de la guerre. Répartit des fonds recueillis par la „Loterie Nationale“ également aux oeuvres s'occupant de l'Enfance.

- Pour la protection de l'enfance et de la jeunesse victimes directes de la guerre, des mesures spéciales ont été prises suivant le degré de gravité des différentes catégories:
- 1944 a) ceux qui ont subi un dommage corporel (blessés, mutilés) et qui relèvent de l'„Office de l'Etat des dommages de guerre“. (Arrêté du 4. 10.) Une statistique détaillée d'après l'âge des victimes n'a malheureusement pas encore pu être établie. Les mesures prises diffèrent suivant les cas: l'Office se chargeant du traitement, de la rééducation tant physique que professionnelle et du payement des rentes;
- 1945 b) Ceux qui ont subi un dommage moral (perte des parents). Pour cette seconde catégorie, une oeuvre spéciale, appelée „Oeuvre des Pupilles de la Nation“ a été créée par arrêté grand-ducal du 27 juillet et placée sous le haut patronage de S.A.R. Madame la Grande-Duchesse. Cette oeuvre n'est pas conçue comme oeuvre charitable, mais comme oeuvre de solidarité nationale. Elle a à sa charge deux sortes d'enfants ayant perdu leur père et leur mère pendant la guerre:
- 1) Les pupilles de la nation (proprement dits) au nombre de 296 qui ont un droit de priorité, c'est-à-dire les enfants de parents morts pour la patrie à la suite d'un acte de patriotisme caractérisé (fusillés, prisonniers et déportés politiques, soldats tombés dans les armées alliées ou au service de la résistance);
 - 2) Les orphelins de guerre, c'est-à-dire les enfants de parents victimes d'un simple événement de guerre (bombardements, accidents de mines, réquisition de travail, etc.). Leur nombre est de 332.
- L'Oeuvre s'occupe non seulement de l'éducation de ces enfants, de leur état de santé, mais de toute leur situation matérielle et morale.
- 1945 La „Croix Rouge Luxembourgeoise“, avec l'aide du „Don Suisse“, crée 3 garderies dans les régions sinistrées à Wiltz, Diekirch, Echternach, et un préventorium à Capellen sous la protection de S.A.R. la Princesse Marie-Adélaïde, pour les enfants sans abri, victimes de l'offensive Runstedt.
- 1945 „Comité d'Action pour le Luxembourg“, créé par le Directeur O. Hengartner à Bâle et dont un des buts fut: aide immédiate et efficace aux enfants luxembourgeois victimes de la guerre.
- 1945 Arrêté grand-ducal du 27 juillet portant création d'un „Office pour le Film scolaire“, chargé d'assurer l'acquisition, la location, la conservation et la distribution des films utilisés dans l'enseignement, pour la formation du goût, du caractère et pour l'instruction des enfants.
- 1945 Création d'un „Office pour le placement et la rééducation professionnelle des accidentés du travail et des invalides de guerre“.

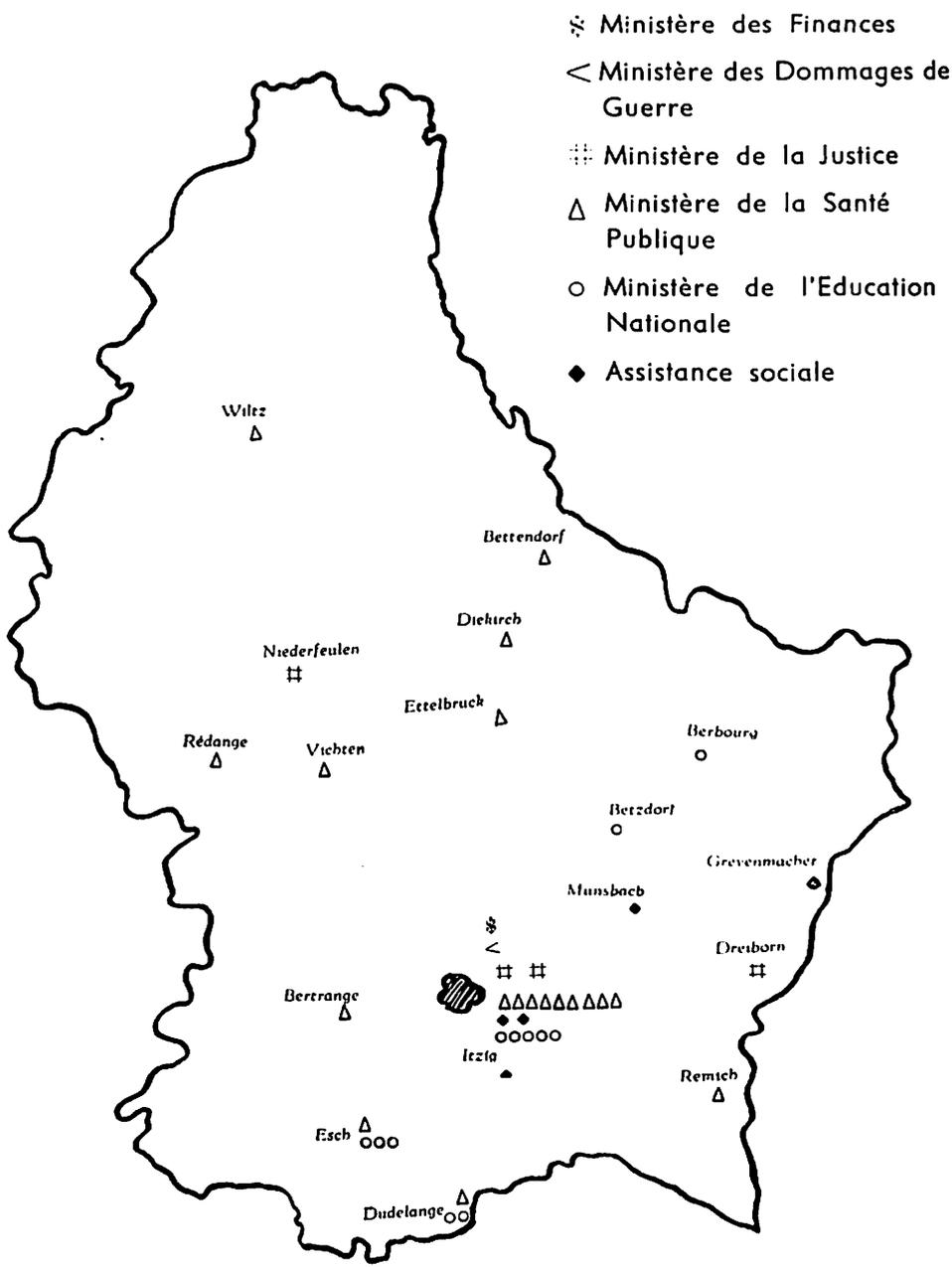
- 1945 Un Office d'orientation professionnelle" pour jeunes gens et jeunes filles est rattaché aux Offices du travail de Luxembourg et d'Esch.
- 1945 Arrêté grand-ducal du 8 octobre place l'éducation physique de la jeunesse, la pratique des sports, le scoutisme sous le contrôle de l'Etat et rend l'éducation physique obligatoire pour les jeunes des deux sexes.
- 1946 Création de „Classes de rattrapage" pour garçons et filles retardés à l'école primaire de Pfaffenthal et au Rham.
- 1946 Un projet de loi a été déposé par le Ministre de la Santé Publique à la Chambre des Députés en vertu duquel l'ensemble de la lutte contre la tuberculose est définitivement confié à l'Etat. Un Sanatorium pour enfants pouvant héberger plus de 60 enfants d'âge scolaire est en voie d'aménagement. En attendant, le Gouvernement place les enfants atteints à l'étranger ou dans un des préventoriums du pays (Croix Rouge, Remich, Bettendorf etc.).
- 1946 11 mars. Arrêté ministériel du docteur Charles Marx, Ministre de la Santé Publique, portant création d'un „Conseil National de la Protection de la Mère et de l'Enfant", avec mission:
- a) d'une part, d'étudier les mesures capables de développer la protection médicale et sociale, non seulement de la maternité et de la première enfance, mais encore de l'enfance préscolaire, scolaire et post-scolaire, de l'enfance déficiente ou malheureuse, de l'enfance abandonnée ou assistée et de condenser ainsi une doctrine sanitaire et sociale dont pourra s'inspirer le Ministre de la Santé Publique pour établir un plan d'action efficace en la matière;
 - b) d'autre part, de proposer au Ministre de la Santé Publique les réformes et les innovations législatives indispensables et de préparer leur codification.
- Une sous-commission médico-pédagogique étudie les questions de l'enfance victime de la guerre, de l'enfance déficiente dans le sens le plus large du mot, et a soumis un avant-projet de loi portant création d'un „Office médico-pédagogique" officiel ressortissant des différents ministères s'occupant de l'Enfant: Santé, Education, Justice, Assistance sociale, Travail. Le Conseil National de la Protection de la Mère et de l'Enfant a jeté les bases de réalisations futures de la plus haute importance.
- 1946 L'Union des mouvements de résistance renforce l'Oeuvre des Pupilles de la Nation, par la création d'un Fonds

- National d'Épargne qui remet à chaque pupille, le jour de son émancipation, un livret d'épargne portant sur une somme de 30.000 fr. luxembourgeois.
- 1946 15 octobre. Création des „Etablissements d'éducation et d'apprentissage pour garçons" à Dreibern. Les mineurs traduits en Justice et mis à la disposition du Gouvernement y reçoivent éducation et formation professionnelle.
- 1946 Le Directeur de Dreibern, M. A. Jacoby, propose la création d'un „Office national des Mineurs“.
- 1947 Création de la „Maison d'éducation et d'apprentissage pour filles" à Niederfeulen. Ouverture le 2 février 1948. Inauguration officielle le 10 mai 1948.
- 1947 Création de l'„Unac“ (United Nations' Action for Children). Collecte de fonds dans le monde entier pour enfants victimes de la guerre. La moitié des fonds collectés dans le Grand-Duché reste aux enfants luxembourgeois, l'autre moitié va à Lake-Success pour le „Fonds International de Secours à l'Enfance“.
- 1948 Une assistante sociale pour la protection de l'enfance délinquante est attachée au Ministère de la Justice.
- 1948 La transformation d'une propriété rurale à Munsbach a permis le dégorgement indispensable du grand Orphelinat du Rham de Luxembourg.
- 1948 Le 24. 10. à la première Réunion Nationale de la Croix-Rouge, sur proposition du Dr. E. Stumper la „Ligue d'Hygiène Mentale" de la Croix Rouge est réorganisée surtout en vue de la protection de l'enfance en danger et intégrée à la „Fédération Mondiale pour la Santé Mentale“.
- 1949 A la Chambre des Députés (Séance du 1er avril), M. Pierre Frieden, Ministre de l'Education Nationale, a, dans un exposé d'une magistrale synthèse, montré la nécessité urgente de coordonner et de souder dans l'unité d'action tant et surtout les compétences des différents ministères, que les efforts des oeuvres privées s'occupant de l'Enfance. Il a insisté sur la création d'un „Office National de l'Enfance“.

* * *

En comparaison de ce qu'on doit en toute objectivité appeler l'immense effort entrepris depuis un siècle, quelle est actuellement l'armature donnée au Grand-Duché de Luxembourg dans la lutte contre la déficience infantile et pour la préservation, la sauvegarde et la protection de l'enfance?

La carte ci-dessous permettra de se faire une idée sur les oeuvres et établissements existants et sur l'enchevêtrement des compétences ministérielles, desquelles ils ressortent, dépendent ou dans les attributions et domaines desquelles il est possible de les ranger.



LUXEMBOURG:	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Oeuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte < Office de l'Etat des Dommages de Guerre ‡ Etablissements Pénitentiaires du Grund ‡ Prison des Femmes de Luxbg.-Limpertsberg △ Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose △ Croix Rouge Luxembourgeoise △ Maison des Enfants à Limpertsberg △ Institut pour Nourrissons à Eich △ Office Diocésain de Charité „Caritas“ △ Action Catholique Féminine △ Crèche du Plateau Altmünster △ Foyer de la Femme △ Union des Femmes Luxembourgeoises ◆ Orphelinat de l'Hospice du Rham ◆ Maison d'Accueil des Diaconesses à Bel Air ○ Oeuvre des Pupilles de la Nation ○ Institut des Sourds-Muets ○ Classes Spéciales du Rham ○ Classes Spéciales du Pfaffenthal ○ Classes de Rattrapage du Rham
BERBOURG:	○ Etablissement des Aveugles
BERTRANGE:	△ Fondation Colnet-d'Huart de la Croix Rouge Luxembourgeoise
BETTENDORF:	△ Préventorium de la Ligue contre la Tuberculose
BETZDORF:	○ Institut pour Enfants Arriérés
DIEKIRCH:	△ Home de la Croix Rouge Luxembourgeoise (Don Suisse)
DREIBORN:	‡ Etablissements d'Education et d'Apprentissage pour Garçons
DUDELANGE:	<ul style="list-style-type: none"> △ Crèche △ Kreuzberg ○ Classes de Rattrapage ○ Ecole en Forêt
ESCH/ALZETTE:	<ul style="list-style-type: none"> △ Crèche ○ Classes spéciales ○ Classes de Rattrapage ○ Ecole en Forêt
ETTELBRUCK:	△ Maison de Santé
GREVENMACHER:	◆ Orphelinat des Franciscaines pour Garçons

ITZIG:	◆ Orphelinat St. Joseph pour Filles
MUNSBACH:	◆ Annexe de l'Orphelinat de l'Hospice du Rham
NIEDERFEULEN:	‡ Maison d'Education et d'Apprentissage pour Filles
REDANGE:	△ Centre de Placement Familial de la Croix Rouge Luxembourgeoise
REMICH:	△ Préventorium Ste. Elisabeth
VICHTEN:	△ Home du Foyer de la Femme
WILTZ:	△ Home de la Croix Rouge Luxembourgeoise (Don Suisse)

Du ressort du Ministre de la Justice sont les mineurs délinquants appelés aussi Enfants de Justice ou, par euphémisme, Enfants du Juge.

Aux termes de la loi du 2 août 1939 sur la protection de l'enfant, „le mineur âgé de moins de 18 ans accomplis au moment du fait, auquel est imputé un fait constituant une infraction d'après la loi pénale, n'est pas déféré à la juridiction répressive,“ il comparaitra devant le juge des enfants, „qui pourra, selon les circonstances, le réprimander et le rendre aux personnes qui en avaient la garde, avec injonction de mieux le surveiller à l'avenir, ou le confier jusqu'à sa majorité à une personne, à une société, à une institution de charité ou d'enseignement publique ou privée, ou le mettre jusqu'à sa majorité à la disposition du Gouvernement.“

En aucun cas l'enfant ne sera condamné, mais seules seront prises „des mesures de garde, d'éducation et de préservation“.

Le délinquant est „qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un mineur“, en général un déficient en action, en action asociale. Le fait de délinquer constitue donc en soi-même déjà chez l'enfant une déficience soit sociale, soit intellectuelle, soit caractérielle, déficiences qui se nouent, s'entrelacent, s'embrouillent, et parfois font noeud . . . trop souvent présumé gordien. Cette déficience ordinaire peut s'aggraver et se compliquer soit d'infériorité physique ou mentale soit de perversité morale caractérisée, pour employer la terminologie de la loi de 1939. Ainsi „s'il est établi par l'expertise médicale que le mineur se trouve dans un état d'infériorité physique ou mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, le juge des enfants ordonnera qu'il soit mis à la disposition du Gouvernement, pour être placé dans un asile ou dans un établissement spécial approprié à son état.“

„Dans le cas où il serait établi que le mineur, qui a commis un fait qualifié crime ou délit, est d'une perversité morale trop caractérisée pour être placé dans un établissement ordinaire de garde, d'éducation ou de préservation, le juge ordonnera qu'il soit mis à la disposition du Gouvernement, pour être interné dans un établissement disciplinaire de l'Etat.“

Comme établissements ordinaires de garde, d'éducation ou

de préservation existent chez nous:

a) Les „Etablissements d'éducation et d'apprentissage pour garçons“ à Dreibern (Wormeldange). Le nombre des habitants s'y élève actuellement (juin 1949) à 56, âgés de 11 à 21 ans. Les activités sur lesquelles on les dirige sont: agriculture et élevage, serrurerie, menuiserie, jardinage, cuisine, viticulture, couture, services domestiques. 20 pupilles sont encore des écoliers. Il est à remarquer que pendant la période de 1948 pour les 60 délinquants de Dreibern — nous faisons déduction des enfants des détenus politiques — les causes de leur mise à la disposition du Gouvernement se répartissaient de la manière suivante:

1. sans délit (abandon moral ou matériel, inconduite générale)	3
2. vagabondage et mendicité	20
3. vols, abus de confiance, recel	34
4. actes de violence, attentats à la pudeur, etc.	3

60

En application des dispositions précédemment citées relatives aux cas graves (infériorité physique ou mentale, perversité morale caractérisée), ces délinquants sont actuellement placés ou internés aux „Etablissements pénitentiaires du Grund“ (pour l'instant 3 garçons).

b) La „Maison d'éducation et d'apprentissage pour filles“ à Niederfeulen. Actuellement (juin 1949) Niederfeulen héberge 24 jeunes filles âgées de 10 à 17 ans. Les causes de leur mise à la disposition du Gouvernement sont: inconduite, fugue, vol, prostitution. Abstraction faite de l'instruction scolaire obligatoire l'apprentissage s'y étend aux travaux domestiques, à la couture et au jardinage. Le placement ou l'internement des cas graves se font pour les filles à la „Prison des Femmes“ à Luxembourg-Limpertsberg. (Actuellement 2 cas.) Pour les garçons aussi bien que pour les filles les mesures prises par le Juge des enfants sont essentiellement provisoires: „Le juge des enfants peut, en tout temps, soit spontanément, soit à la demande du ministère public, du mineur, des parents, tuteurs ou personnes qui ont la garde de l'enfant, soit sur le rapport des délégués à la protection de l'enfance, rapporter ou modifier les mesures prises et agir dans les limites de la présente loi, au mieux des intérêts des mineurs... Les mineurs peuvent être placés jusqu'à leur majorité sous le régime de la liberté surveillée.“

La compétence du Ministre de la Santé Publique s'étend notamment à:

La „Maison de Santé d'Ettelbruck“ ne reçoit plus les enfants, mais hospitalise encore quelques adolescents des deux sexes affectés d'idiotie, de psychoses et d'épilepsie (7 cas actuellement). Les enfants souffrant de déficiences correspondantes et analogues se trouvent à Betzdorf.

Dans l'étiologie de toutes les catégories de déficiences la tuberculose joue, ainsi que les maladies vénériennes, un rôle primordial. (Depuis plus de vingt ans fonctionne chez nous avec d'appréciables résultats le traitement gratuit — non encore obligatoire — des maladies vénériennes.) La „Ligue luxembourgeoise contre la Tuberculose“ avec ses dispensaires, ses examens radiologiques en série, ses vaccinations au B.C.G., ses cures, accomplit une oeuvre préventive dont l'importance ne pourrait être sous-estimée. Dans le „Préventorium de Bettendorf“ 40 enfants sont actuellement en traitement.

Prévenir et guérir: cette maxime détermine également toute l'activité du Service de l'Enfance de la „Croix Rouge Luxembourgeoise“. Ainsi des enfants déficients sont acceptés pour une période limitée dans les homes de Bertrange, Wiltz, Diekirch et à Middelkerke. Des enfants généralement en bas âge provenant de milieux sociaux ou malades sont placés à longue durée par le „Centre de Placement familial de Rédange s/Attert“. Dans ses brochures de vulgarisation, ses dispensaires pour nourrissons, ses cours de puériculture, sa Ligue d'Hygiène Mentale, sa Ligue contre le Cancer, la Croix Rouge Luxembourgeoise poursuit toujours et partout le même but: Protection et sauvetage de l'Enfance en danger.

En créant leurs maisons d'enfants de Remich et de Limpertsberg, des Soeurs de Ste Elisabeth et les Soeurs Franciscaines ont apporté dans une très large mesure aide et assistance à grand nombre d'enfants déficients.

Un „Institut privé pour nourrissons“ chétifs fonctionne depuis peu à Luxembourg-Eich. 20 enfants peuvent y être soignés et hébergés.

Le domaine de la préservation de la déficience et de la protection de la santé physique et psychique de l'enfant est vaste, accidenté, partiellement inconnu et rempli de surprises et de périls. Les personnes qui s'y vouent et qui donnent le plus sublime d'elles-mêmes à leurs frères et soeurs cadets qui s'en vont à la dérive et souvent sont près de chavirer, s'imposent par là un scrupuleux travail de tous les jours, mille fois recommencé et méticuleux à l'extrême. Et pourtant cette tâche leur réserve, dans leur effort souvent monotone et toujours épuisant, de ces satisfactions ineffables si grosses de promesses d'avenir qu'elles touchent au transcendant et s'étendent jusque dans la métaphysique.

Il importe de relever ici l'inlassable activité et l'immense mérite des oeuvres et initiatives privées telles que l'Office Diocésain de Charité „Caritas“ avec son réseau parfaitement organisé dans tout le pays et sa maison à Churwalden en Suisse, l'„Action Catholique Féminine“, les „Crèches“ à Luxembourg, Esch/Alzette et Dudelange, le „Service Social des A.R.B.E.D.“ avec ses stations à Dudelange-Kreutzberg et au Mont-Dore (Auvergne), le „Foyer de

la Femme" et ses homes à Vichten et à Lombartzyde (Belgique), l'„Union des Femmes Luxembourgeoises", etc. Un examen détaillé de leurs rôles humanitaires dépasserait le cadre de cet exposé.

Du Ministre de l'Assistance Sociale relèvent:

L'„Orphelinat de l'Hospice du Rham" recueille orphelins et enfants abandonnés aux frais de l'Assistance Publique. Pour le moment le nombre des enfants de 0 à 2 ans est de 48, celui des enfants scolaires s'élève à 182. Les enfants âgés de 2 à 6 ans ont été transférés à Munsbach où ils sont au nombre de 38. L'Orphelinat de l'Hospice du Rham ne garde en principe les enfants que jusqu'à la fin de l'âge scolaire. Si les garçons sortent généralement à 14 ans pour être placés chez des paysans, jardiniers, etc. ou en apprentissage, les filles ont la possibilité d'y rester jusqu'à 16 ans pour apprendre pendant deux années les travaux de ménage et pouvoir accepter, par après, des places de bonnes.

L'„Orphelinat d'Itzig" des Soeurs Franciscaines héberge 75 enfants de 0 à 15 ans.

L'„Orphelinat pour garçons à Grevenmacher" recueille actuellement 90 à 100 garçons d'âge scolaire.

A la „Maison d'accueil des Diaconesses protestantes" de Luxembourg-Bel Air sont placés 35 à 45 enfants (orphelins, enfants abandonnés, déficients éducatibles) âgés de 0 à 8 ans.

C'est au Ministre de l'Education Nationale qu'incombe la plus lourde charge dans l'oeuvre de protection et de réadaptation sociale des enfants déficients:

L'„Institut pour Enfants Arriérés à Betzdorf", le grand et unique établissement du pays pour enfants lourdement atteints, réunit presque exclusivement des déficients graves des deux sexes dont les maladies présentent surtout un problème d'assistance. Pour le moment 234 cas d'arriérés, d'imbéciles, d'idiots, de mongoloïdes, d'épileptiques, de paralytiques, de post-encéphaliques, d'oligophréniques et de psychopathiques y trouvent asile et soins, instruction et éducation dans la mesure du possible. (Il y a 100 enfants d'âge scolaire).

L'„Institut de Sourds-Muets" à Luxembourg-Ville comprend une école et un internat. Actuellement s'y trouvent 12 enfants des 2 sexes de 6 à 14 ans. Pendant les dernières trente années le nombre a regressé de 50% grâce aux progrès des sciences médicales. En annexe s'y trouve une école orthophonique, c. à d. pour les troublés du langage. Le nombre y est également de 12 écoliers âgés de 6 à 8 ans.

A l'„Etablissement des Aveugles" à Berbourg le nombre des enfants a diminué de façon très appréciable depuis l'introduction de la prophylaxie de Crédé en 1908. Il y reste 4 scolaires.

Dans la solution de la question des retardés et arriérés scolaires l'effort des instituteurs luxembourgeois (également dans

leur périodique „Horizons Nouveaux“, leurs cycles de conférences, leurs Congrès) constitue un apport effectif et précieux. Les „Classes Spéciales pour Arriérés“ à Luxembourg-Rham, Luxembourg-Pfaffenthal et à Esch/Alzette, les „Classes de Rattrapage“ de Luxembourg-Rham, d'Esch/Alz. et de Dudelange, les „Ecoles en Forêt“ d'Esch/Alzette et de Dudelange et les résultats y obtenus en fournissent autant de preuves vivantes et irréfragables.

La guerre et l'après-guerre ont réveillé la conscience de la solidarité internationale des peuples démocrates et libres, solidarité qui s'est manifestée et qui a été mise à l'épreuve surtout dans la terreur, la misère, la faim et la douleur. L'exemple de la Suisse reste dans la mémoire de chaque Luxembourgeois. C'est elle qui a recueilli immédiatement, à un moment où nous nous trouvions touchés au plus vif, nos enfants dans ses familles, ses homes et ses sanatoria grâce au Don Suisse, à la Croix Rouge Suisse, et aux S.E.P.E.G. (Semaines internationales d'études pour l'enfance victime de la guerre) qui par l'organisation du secours, de l'aide et de l'assistance à l'enfance internationale ont préparé ce réseau de charité qui devra enlacer le monde entier. Nous ne voudrions pas terminer cette énumération hâtive et trop schématique sans avoir rappelé la spontanéité naturelle et la compréhension innée pour les souffrances et les dangers des autres avec lesquelles les Luxembourgeois ont accueilli, depuis l'armistice, des enfants menacés dans leurs corps et leurs âmes et encore tout effrayés d'avoir vécu une tourmente dont ils avaient réussi à sortir. Ressortissants de nations amies ou meurtries (notamment France, Angleterre, Autriche), des milliers d'enfants ont pu trouver ou retrouver chez nous joie, famille et santé.

* * *

Dans son ensemble et d'une façon générale, l'équipement sanitaire tant prophylactique que thérapeutique semble à première vue être très satisfaisant, rassurant et un gage sérieux pour la santé et la guérison des enfants déficients de notre pays. Des dispositions législatives multiples, des établissements nombreux de l'Etat, des institutions publiques et privées, des oeuvres, associations, sociétés et instituts divers, le nombre relativement restreint des déficients renseignés, le coût assez élevé de la préservation et de la guérison de la déficience infantile, les volontés et personnalités de toute nuance solidaires et liées dans l'effort de la protection et du sauvetage de l'enfance (on se souvient de l'unanimité avec laquelle fut votée sous le Ministère Blum en 1939 la loi sur la protection de l'enfant): tous ces faits ne sont-ils pas autant d'indices qu'en ce domaine tout a été fait pour sauver ce qui humainement était possible d'être sauvé?

Et pourtant ceux qui ont à s'occuper de la santé et du développement de l'enfant (médecins et éducateurs au sens large du mot, notamment parents, instituteurs, curés, psychologues, assistantes sociales, etc.) constatent souvent avec anxiété, voire

angoisse combien équilibre et santé des jeunes sont fragiles et précaires. Certains d'entre eux vont même jusqu'à dire: „Grattez l'enfant normal et trop souvent vous trouverez le mal équilibré, l'instable, le débile, en un mot le déficient.“ Le pourcentage des enfants retardés — qui aux dires des autorités publiques est dans certaines écoles primaires de 20 à 30 et même de 55; en moyenne il est de 5 à 8 — n'est-il pas symptomatique? De même le fait qu'un programme déjà élagué est encore considéré cause de surmenage? Evidemment il ne faut pas oublier que les enfants nés pendant les années de guerre et ceux qui étaient alors des préscolaires, peuplent actuellement nos écoles. Toutefois, on ne peut se défendre d'être parfois extrêmement pessimiste et de souscrire les opinions de l'auteur français Zazzo qui, dans son „Devenir de l'Intelligence“ a montré que nous nous trouvons sur la ligne descendante, en pleine période de déclin et que d'ici une cinquantaine d'années la grande majorité sera déficiente et débile.

Sans vouloir pousser nos appréhensions jusqu'à des extrêmes que nous espérons prévenir, nous devons tout de même communiquer quelques réflexions générales et certains postulats immédiats que les recherches, études et investigations relatives au sujet qui nous préoccupe, nous imposent. A notre grand regret le cadre restreint de cet aperçu nous oblige à faire abstraction des méthodes employées et des réalisations obtenues tant dans le dépistage que dans la réadaptation sociale utile, la reconstitution, l'assistance et la guérison totale ou partielle.

S'il est exact que l'opinion publique, la presse et les pouvoirs publics sont favorables aux mesures de protection de l'enfance et contribuent grandement à créer le climat psychologique propice, les réalisations afférentes cependant sont souvent arrêtées par des considérations d'ordre financier. Presque toujours les charges qui par ces réformes grèveraient les finances publiques et privées, font reculer les plus enthousiastes des novateurs. Et pourtant: la préservation, l'éducation et la réadaptation des enfants déficients ou de ceux en péril de le devenir reviennent moins cher à l'Etat que plus tard leur assistance et peut-être leurs crimes coûteront à la société. Il ne faut pas perdre de vue que l'enfance en danger d'aujourd'hui deviendra la jeunesse dangereuse de demain. Comme l'a dit le Dr. G. H e u y e r (Paris): „Tous les capitaux engagés pour augmenter le nombre des classes, des internats de perfectionnement et des établissements médico-pédagogiques, trouveront leur bénéfice assuré par la diminution du nombre des prisons et des asiles d'infirmités et d'aliénés.“

Dans nos maisons, instituts, établissements le nombre des enfants hospitalisés déficients est relativement peu élevé. En réalité les déficients hospitalisés ne sont qu'une partie minime de la totalité des déficients connus et inconnus. Pour arriver à des chiffres sur lesquels on pourrait table en vue d'une organisation rationnelle et salutaire, il faudrait faire procéder à un recensement par un sondage des plus discrets. Car le nombre connu des enfants défi-

cients n'englobe en fait que les déficiences manifestes, frappantes, pour ainsi dire tangibles, tandis que des troublés de caractère, des névrosés et des psychopathes dont le contingent est en croissance continuelle depuis la guerre, sont dispersés et inconnus, voire même parfois dissimulés et constituent autant de foyers de danger pour eux-mêmes, la famille et la société.

De même dans la „post-care“ qui, d'ailleurs chez nous n'est que partiellement organisée, nombre de cas échappent au contrôle et à la surveillance pour devenir autant de menaces nouvelles.

Il y aurait donc en premier lieu nécessité à créer un établissement-internat pour les cas légers de déficients, éducatibles et perfectibles, les séparant d'une part ainsi des cas graves (avec lesquels on était obligé de les mêler) et d'autre part des scolaires pour lesquels ils sont un poids entravant l'éducation et l'instruction.

Pour les enfants atteints de troubles moteurs, estropiés, infirmes, paralytiques, que nous désignons sous le terme générique de „handicapés physiques“ (the physically handicapped, Körperbehinderte) l'aménagement d'une école-internat s'impose. A part l'enseignement et l'éducation spécialisés avec orientation professionnelle et ateliers appropriés, ils y trouveraient le traitement médical, orthopédique, physiothérapique, kinésithérapique, leur donnant une rééducation motrice aussi parfaite que possible, les dotant d'un métier adapté à leur déficience et les rendant à même de pourvoir à leurs besoins sans être à la charge de la société.

Comme ne cessent de le répéter ceux qui ont à coeur la grande cause de l'enfance, la coordination et la centralisation des compétences, des efforts et des initiatives est le premier pas à faire. La création d'un „Office Médico-Pédagogique“, d'un „Office de l'Enfance“, comme il en existent déjà dans presque tous les pays et comme il a été envisagé et projeté chez nous déjà à différentes reprises, est indispensable puisqu'il serait un centre d'études, de documentation, de recherches, d'observation, de sondage, de diagnostic, de prophylaxie et de direction thérapeutique, pour le pays entier.

Le Luxembourg, petit et exposé dans le monde des grandes puissances, qui a toujours tenu à être à l'avant-garde des réalisations sociales et humanitaires, saura à l'avenir perfectionner la grande oeuvre entreprise en faveur de l'enfance malheureuse et déshéritée.

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

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



Le
tonique cardiaque
non toxique,
sans action cumulative,
sédatif
et stimulant le système
circulatoire.

Eurhyton

HAUSMANN

EXTRAIT CONCENTRÉ
DU CRATAEGUS

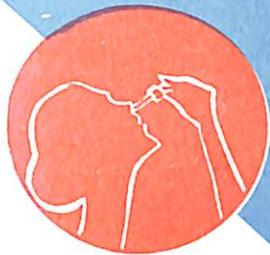
- Tonifie et tranquillise le cœur
- Renforce la circulation

Emballages de 30 cc.

HAUSMANN S.A. St-Gall

Représentant pour le Grand Duché de Luxembourg :

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



Concessionnaire pour la Belgique
 et le Grand-Duché de Luxembourg :
 Anc. Maison LOUIS SANDERS S. A.
 BRUXELLES

Seuls propriétaires :
 PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED
 LONDRES

'ENDRINE'

ET ENDRINE "DOUX"

(MARQUES DÉPOSÉES)

**TRAITEMENT DES CORYZAS, GRIPPES
 ET INFLAMMATIONS RHINO-PHARYNGÉES**

S. A. ANC. MAISON LOUIS SANDERS, 47-51, RUE HENRI WAFELAERTS, BRUXELLES

OVULES - SULFAMIDÉS SANDERS



OVULES BITHIOLES SANDERS :
 Paraminobenzoyldiaethylaminoethanoli
 hydrochloridum 15 mg — Thymolum 7,5 mg
 — Ammonium bithiolic. 500 mg — Gelatina
 alba — Glycerinum — Aqua q.s.pro ovulo uno.

OVULES SULFAMIDES SANDERS : Paramino-
 phenylsulfonamidum 1 g — Gelatina alba —
 Aqua — Glycerinum pro ovulo uno.

OVULES-VACCIN SANDERS : Vaccinum —
 Procain. 8 mg. — Thymolum — Lavendulae ess.
 — Gelatina alba — Glycerinum — Agua q.s.
 pro ovulo uno.

DÉSINFECTANT LOCAL

AMIDE

NICOTINIQUE

ACIDE

NICOTINIQUE



PRODUIT BELGE

P.P.

VITASAN
SANDERS

- 1 comprimé (Amide) : 50 mg d'amidum nicotinic.
- 1 comprimé (Acide) : 25 mg de Niacin. (ac. nicotin.)
50 mg de Niacin.
- 1 ampoule 1 cm³ : 50 mg. Natr. nicotinic.

- Pellagre - Régime déséquilibré -
- Migraines -
- Céphalées post rachi-anesthésie

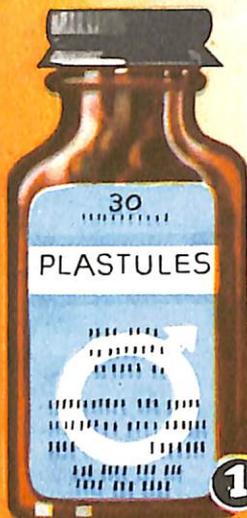
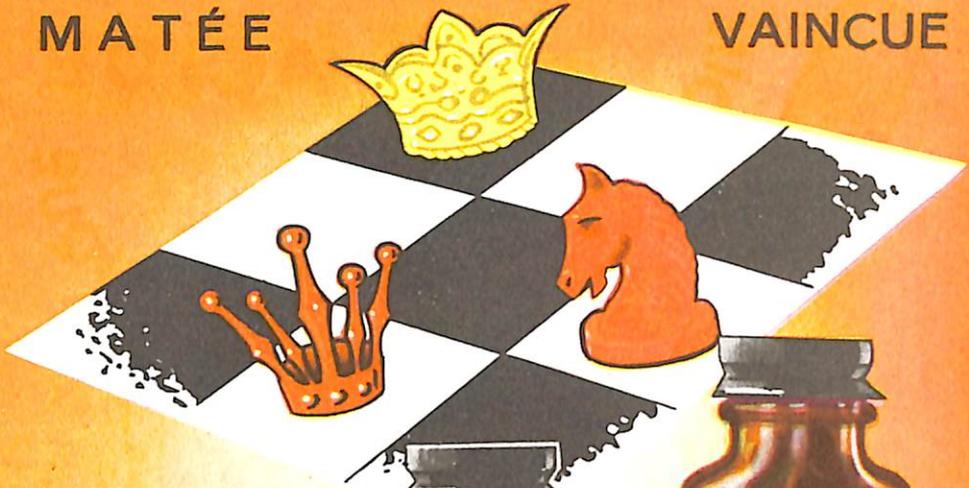
AMIDE NICOTINIQUE-ACIDE NICOTINIQUE

S. A. ANC. MAISON LOUIS SANDERS, 47-51, RUE HENRI WAFELAERTS, BRUXELLES

L'ANÉMIE

MATÉE

VAINCUE



SIMPLES

(MARQUE DÉPOSÉE)

PLASTULES

Fer + Vitamine B : ANÉMIES FERRIPRIVES — CHLOROSE.

Fer + Vitamine B + Extr. Foie : ANÉMIES MACROCYTAIRES — ANÉMIES PERNICIEUSES.

Fer + Vitamine B + Extr. Foie + Ac. folique : ANÉMIES MACROCYTAIRES — ANÉMIES PERNICIEUSES — ANÉMIE DE LA CIRRHOSE HÉPATIQUE.

Concessionnaire pour la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg :

S. A. ANC. MAISON LOUIS SANDERS, 47-51, RUE HENRI WAFELAERTS, BRUXELLES

Les carrières médicales au Congo Belge

Conférence faite à la Société des Sciences
Médicales du Grand-Duché de Luxembourg
le 27. 12. 1948

par A. Duren

Excellences,
Monsieur le Président,
Chers Confrères,

Qu'il me soit tout d'abord permis de remercier le Président de votre Association, qui a bien voulu prendre la charge de l'organisation de cette réunion, ainsi que tous les Membres de votre Association qui ont bien voulu sacrifier leurs loisirs pour venir écouter un modeste conférencier dont les talents sont réduits à sa bonne volonté.

Mes chers confrères, les quelques mots que j'aurai le plaisir de vous adresser concernent la carrière médicale au Congo Belge et au Ruanda-Urundi. Si, grâce à votre bienveillante attention, je puis éveiller surtout chez la jeunesse médicale, quelque intérêt pour le caractère scientifique, professionnel ou moral de cette carrière, je ne m'estimerai que trop heureux d'avoir pu atteindre mon but, dans le cadre d'une ancienne et amicale collaboration, à laquelle la Belgique a toujours attaché un grand prix, pour l'exécution de sa tâche civilisatrice dans ses territoires africains.

Luxembourgeois et Belges sont considérés au Congo Belge comme des nationaux. Aucune différence n'existe dans les conditions qui sont faites aux médecins luxembourgeois et aux médecins belges. Cette circonstance particulière me permet de vous dire que le Corps médical de notre Colonie est également le Corps Médical Colonial du Grand-Duché de Luxembourg: il vous est donc largement ouvert comme aux membres d'une même famille.

Mêmes droits, il est vrai, mais aussi mêmes devoirs. Soyez rassurés, je ne vous ferai pas un cours de déontologie. Mieux vaut, me semble-t-il, vous faire une description des besoins médicaux de

ces territoires africains et vous broser en grands traits un aspect de la pathologie de ses habitants.

Il ne sera pourtant pas inutile de faire précéder cette esquisse nosologique de quelques données géographiques et démographiques que ceux d'entre vous qui sont déjà avertis des choses d'Afrique, voudront bien me pardonner de répéter.

Le Congo Belge est un vaste et massif territoire de forme trapezoïdale à cheval sur l'équateur qui le partage en un tiers au Nord de cette ligne idéale et en deux tiers situés au Sud. Son climat est chaud et humide. Mais ce climat comparé à d'autres régions des zones torrides du globe jouit pourtant de conditions notablement plus favorables et plus supportables. L'examen de l'aspect physique du pays démontre que le territoire présente deux allures bien distinctes, un pourtour montagneux surtout accidenté et élevé à l'Est et une sorte de cuvette centrale située à quelque 300 à 500 mètres au-dessus du niveau de la mer et qui est couverte par la forêt équatoriale. Le Ruanda-Urundi appartient au pourtour montagneux de l'Est. La pathologie est fortement influencée par ces caractères bien distincts avec tous les stades de transition entre les deux aspects orographiques.

Les habitants sont clairsemés au Congo Belge et densément massés au Ruanda-Urundi. Sur une aire de 2.300.000 kilomètres carrés du Congo Belge vivent quelque 10.500.000 nègres bantous, soit environ 4,6 au kilomètre carré. Sur une aire d'un peu plus que 50.000 kilomètres carrés au Ruanda-Urundi vivent au moins 3.500.000 habitants, soit environ 70 au kilomètre carré; c'est à ma connaissance, le pays le plus densément occupé de l'Afrique.

Inégales dans leur répartition territoriale, ces populations présentent également des caractères démographiques très différents. Les habitants du Ruanda-Urundi avec leur organisation sociale semi féodale sont prolifiques et présentent un indice démographique nettement favorable: forte proportion d'enfants, natalité élevée. Malgré une mortalité excessive surtout dans la première enfance, le bénéfice démographique est net et stable: c'est une population en évolution progressive. La natalité dépasse 40 pour mille, la mortalité est de l'ordre de 25 pour mille.

Au Congo Belge la natalité générale est de l'ordre de 30 pour mille et la mortalité du même ordre qu'au Ruanda-Urundi. Quoiqu'il apparaisse à première vue qu'un bénéfice de 4 à 5 ‰ assure une progression, la différence entre les deux taux est trop faible chez une population primitive très sensible à tout événement défavorable. Une épidémie, une endémie grave, un bouleversement social comme celui des guerres 1914-1918 et 1939-1945 résorbent rapidement l'élément favorable de la balance et donnent, provisoirement au moins, au bilan démographique l'aspect d'une population en équilibre instable et même en légère régression. Ceux que la curiosité pousserait à analyser dans le détail cette situation, s'apercevraient rapidement qu'elle diffère énormément suivant les régions,

les races, l'évolution, la pénétration médicale, l'adaptation, plus ou moins aisée, aux nouvelles conditions de vie introduites par les colonisateurs.

Tant au point de vue médical qu'au point de vue économique, toute cette population indigène doit être divisée en deux parts d'inégale importance numérique. La première part, la plus petite, représente quelque 10 à 15 % de ces 14 millions. Disons à peu près 2 millions. Elle gravite dans l'orbite immédiate du blanc et lui fournit la main d'oeuvre nécessaire à sa présence et à l'activité nouvelle qu'il a introduite dans ces territoires. Elle est sortie de sa vie ordinaire et coutumière et s'est soustraite à l'autorité tribale. Elle vit dans ces cités indigènes accolées aux villes, grandes et petites, et aux postes plus modestes que les Européens ont fondés, comme aussi autour des mines, industries, plantations que ceux-ci ont créées en de nombreux endroits du territoire. Cette population extra-coutumière est caractérisée par un excès de l'élément masculin qui lui donne un aspect démographique artificiel et instable. Une attention d'une allure particulière lui est due.

L'autorité recherche, non sans succès d'ailleurs, les moyens de la rendre plus normale en la stabilisant, en lui créant une organisation sociale nouvelle. Elle requiert des soins médicaux attentifs et déjà assez perfectionnés, soit à cause de l'obligation morale qu'impose la présence immédiate des cités indigènes où elle s'est fixée spontanément, soit à la suite d'obligations légales imposées aux sociétés exploitantes qui ont attiré et recruté leur main d'oeuvre. Il existe ainsi au Congo une organisation médicale des centres et des groupements extra-coutumiers qui comprennent, outre la majorité des Européens établis à la Colonie, une masse importante d'indigènes dans les cités indigènes et dans les camps de travailleurs.

L'autre partie des indigènes, de loin la plus nombreuse, continue à vivre dans le cadre de son organisation coutumière, dans ses villages d'origine. Cette population rurale, coutumière par opposition à la population centrale, extracoutumière, s'adonne à l'agriculture et pour une faible partie à la pêche, lorsqu'elle est établie sur les rives des grands cours d'eau et des lacs. Elle fait commerce de ses produits agricoles, des produits de cueillette non cultivés et de son poisson. Je ne parlerai pas des produits de chasse, car il sont négligeables à côté des autres. Elle a la charge sociale de fournir les vivres à la population détribalisée et de remplir les vides qui se font parmi celle-ci. C'est donc elle qui constitue la base sur laquelle repose tout l'édifice colonial. La bonne organisation de ces 12 millions d'indigènes constitue la plus grande des obligations du Gouvernement de la Colonie. Leur santé, leur hygiène, leurs soins médicaux lui incombent entièrement. Aussi, a-t-il mis sur pied un service d'assistance médicale aux indigènes des zones rurales et demande-t-il à ce service, dans un but humanitaire d'abord, dans un but utilitaire également, de faire fléchir le taux de mortalité, de combattre les causes qui réduisent la natalité et qui font périr les jeunes enfants, d'apporter plus de santé à ceux qui vivent.

Ces deux organisations médicales, centrale et rurale, ne sont séparées l'une de l'autre que par une ligne idéale, comme l'hémisphère nord est séparée de l'hémisphère sud par la ligne fictive de l'Équateur. Elles ont beaucoup de points communs et de zones d'interpénétration. C'est insensiblement qu'on glisse de l'une à l'autre. Aussi peut-on dire que seuls leurs points polaires sont tout à fait caractéristiques. L'un des points qui leur est particulièrement commun, c'est la pathologie du pays, dont je crois qu'un bref exposé pourrait intéresser cet auditoire.

Et d'abord quelques données générales, puis nous examinerons les données nosologiques les plus importantes, c'est-à-dire les principales maladies avec leur répartition.

Si nous n'avons de la natalité et de la mortalité des indigènes dans leur ensemble qu'une notion approximative, nous possédons pourtant sur certains groupements d'entre eux, comme aussi sur la population européenne des données plus exactes.

Quelques éléments numériques vous édifieront: les Européens, la cité indigène de Léopoldville, un groupement indigène au district du Kwango.

En 1911, la population Européenne de la Colonie se montait à 4.003 âmes. La mortalité fut cette année de 44 pour mille. Ci-après la population et le taux de mortalité pour quelques années subséquentes.

Années	Population	Mortalité pour mille	Natalité pour mille
1911	4.003	44	9,7
1920	8.221	18	19,3
1930	25.179	11,23	24,3
1940	29.735	7,26	25,8
1947	43.408	6,51	29,9

La Cité indigène de Léopoldville.

Années	Population	Mortalité	Natalité	Observations
1930	43.322	21,5	8,8	grosse prépondérance de l'élément masculin.
1940	44.493	10,2	30,5	Stabilisation relative.
1943	67.395	29	19	Influence de l'effort de guerre.
1947	118.971	16,17	27,06	Influence de la paix.

Au district du Kwango dans la partie occupée médicalement par le Fonds Reine Elisabeth (FOREAMI).

Années	Population recensée	Mortalité	Natalité	Observations
1940	638.636	31,09	42,35	Exode vers les villes et les industries.
1942	640.196	33,62	34,40	En 1942 influence de l'effort de guerre.
1947	638.787	25,75	41,24	

Ces données générales démontrent que l'état de santé général des Européens est tout à fait satisfaisant. Il ne faudrait pourtant pas

donner aux taux reproduits une valeur trop absolue; en effet la population Européenne est médicalement sélectionnée avant son départ en Afrique et se compose presque entièrement de personnes jeunes ou dans la force de l'âge. Il y a très peu de vieillards. Il en résulte que ces taux ne peuvent être comparés aux taux métropolitains qu'avec des réserves.

La population indigène de la cité de Léopoldville traduit bien son instabilité démographique dans les taux cités. Dans l'ensemble pourtant, elle évolue favorablement vers un bilan bénéficiaire.

La population du Kwango est prolifique, mais la mortalité y est trop élevée. L'effort de guerre se traduit très nettement en 1942. L'année 1947 montre un net progrès.

* * *

Quels sont les caractères les plus importants de la pathologie du Congo Belge et du Ruanda-Urundi?

C'est tout d'abord et par ordre principal la présence d'un grand nombre d'affections parasitaires, ce qui nécessite de la part du Corps Médical une bonne connaissance de la parasitologie tropicale et plus particulièrement de la protozoologie. Aussi aucun médecin n'est-il autorisé à pratiquer l'Art de guérir au Congo sans avoir acquis son diplôme de Médecin Colonial. L'institut de Médecine Tropicale „Prince Léopold“ à Anvers a été créé en vue de préparer les médecins à leur tâche coloniale et de leur délivrer ce diplôme spécial.

L'affection parasitaire qui domine le tableau est le paludisme ou „malaria“. C'est d'elle que les blancs doivent se méfier en premier lieu et c'est contre elle qu'ils doivent se prémunir. Les données suivantes en mesurent l'importance: entre 1932 et 1938, le taux de mortalité des adultes de 18 à 45 ans a été au Congo de 4,97 pour mille et en Belgique de 4 pour mille. L'écart de près de 1 pour mille est dû presque exclusivement à la mortalité par la malaria. En 1946 et 1947 les médecins du Gouvernement ont soigné pour malaria respectivement 3272 et 4035 cas de paludisme ayant entraîné au total 18 décès. Ces mêmes médecins ont soigné 98.061 et 115.445 cas aigus de malaria chez les indigènes durant les deux années, avec au total 846 décès.

Si ces chiffres donnent une idée assez bonne de la fréquence du paludisme chez le blanc, ils ne mesurent nullement l'extension de l'endémie paludique chez l'indigène. Celle-ci est tellement commune qu'à tout moment on peut trouver des parasites dans le sang périphérique chez quelque 50 % de la population et principalement chez les enfants. En pratique aucun indigène n'échappe à l'infection sauf peut être quelques groupements habitant des régions d'altitude au-dessus de 1600 ou 1700 mètres.

Une seconde affection bien caractéristique de l'Afrique Centrale, c'est la Trypanosomiase ou Maladie du Sommeil. Quoique d'évolution assez lente dont la durée peut atteindre plusieurs années, elle est fatale. Les guérisons spontanées sont des raretés. Pour l'Européen il est heureusement assez aisé d'y échapper. Mais les

autochtones lui ont payé un très lourd tribut. En 21 ans notre action médicale a détecté et soigné plus de 500.000 cas dont 451.903 ont fait l'objet de cures suivies. Dans ce seul domaine plusieurs centaines de milliers de vies humaines ont été arrachées à cette pourvoyeuse de la sinistre Atropos et à son silencieux et rapide émissaire la sombre mouche tsé-tsé.

La Maladie du Sommeil à son premier stade d'infection sanguine et lymphatique est facilement diagnostiquée par la recherche du trypanosome dans les ganglions engorgés du cou ou dans une goutte épaisse de sang coloré. Disons en passant, que les infirmiers indigènes sont dans cette recherche de précieux et habiles auxiliaires. La maladie ne nécessite pas l'hospitalisation à ce stade et son traitement s'opère suivant un schéma général assez semblable à celui de la syphilis mais avec des arsenicaux pentavalents comme la tryparsamide ou des produits organiques de synthèse comme la Germanine et la pentamidine.

La gravité de la situation a nécessité la création de missions médicales mobiles qui recherchent systématiquement les cas dans la population de près de quelque 5 millions d'indigènes habitant des zones de basse et de moyenne altitude, en-dessous de 1.000 mètres. Il y a 20 ans on trouvait chaque année dans les régions infectées environ 1 % de nouveaux cas. Actuellement ce taux d'infection nouvelle est réduit au $\frac{1}{4}$.

Outre ces deux tentacules puissantes, l'hydre parasitaire en porte bien d'autres.

Le pian est un cousin germain de la syphilis et justiciable d'un traitement identique, mais maladie non vénérienne, commune chez les enfants. Le pian est très sensible aux arsénobenzènes et au bismuth. Les indigènes connaissent bien l'efficacité de nos cures et leur rapide pouvoir blanchissant. Les cas de pian chez l'Européen sont exceptionnels.

La lèpre inégalement répartie, touche plus fort les régions forestières. Environ 60.000 indigènes en sont atteints. Le Gouvernement les groupe progressivement dans des Colonies agricoles d'isolement. La lèpre est une de ces maladies qui doit nous inspirer plus de modestie que de gloire. La thérapeutique en est pauvre et empirique. Peut-être les sulfones, que les Américains viennent de lancer, sont-ils le premier pas vers le progrès. La lèpre atteint très rarement les Européens bien qu'ils ne présentent pas d'immunité à son égard.

La dysenterie amibienne est assez répandue. Ici, nous redressons la tête. L'efficacité du traitement à l'émétine, à l'Yatren et d'autres produits est telle, que la léthalité est tombée d'un taux de près de 20 %, il y a 30 ans, au dixième à peu près de ce taux. Les sulfamides viennent de nous rendre un service de la même importance dans la dysenterie bacillaire.

La fièvre récurrente à spirochètes de Dutton est transmise par une tique à habitudes nocturnes, dans les régions sèches et particulièrement au Ruanda-Urundi. Sensible aux arsénobenzènes, cette

maladie ne revêt pas chez l'indigène un caractère de grande gravité. La connaissance parfaite de ses voies de transmission l'ont rendue exceptionnelle chez l'Européen.

Les Rickettsioses, depuis le typhus murin à allure bénigne, jusqu'au redoutable typhus historique transmis par les poux, sont abondantes dans les régions montagneuses et plus froides du Ruanda-Urundi. On peut exprimer l'espoir qu'un jour il disparaîtra avec ses insectes transmetteurs, grâce aux insecticides modernes, parmi lesquels le D.D.T. est actuellement le plus célèbre.

Parmi les maladies parasitaires causées par des organismes d'un rang plus élevé, dans l'échelle animale, citons les filarioses, les verminoses intestinales et enfin la shistosomiase ou bilharziose vésicale et surtout rectale. Le cycle vital des shistosomes et leur passage dans les milieux extérieurs à travers l'organisme de certains mollusques d'eau douce en font une des maladies les plus curieuses et les plus aptes à attirer l'attention des chercheurs scientifiques.

La variole n'est pas rare au Congo. Grâce aux vaccinations et aux revaccinations elle revêt un caractère bénin, la majorité des cas est placée sous le vocable de Variola Minor et n'occasionne qu'une mortalité insignifiante.

Quoique le Congo soit réputé comme étant situé dans la zone d'endémicité de la fièvre jaune, aucune épidémie n'y a paru depuis vingt ans. Les rares cas suspects et sporadiques y sont parfois signalés sans qu'il ait été possible jusqu'à présent d'isoler le virus spécifique.

Cette abondante pathologie, spéciale aux régions tropicales, n'empêche nullement une large efflorescence des maladies et d'affections cosmopolites: pneumococcies, maladies vénériennes, tuberculose, affections diathésiques, cas chirurgicaux.

Il vaut la peine d'être noté que le diabète est rarement observé chez les indigènes et que le cancer y est beaucoup plus rare que dans nos régions tempérées et civilisées.

La chirurgie y trouve un vaste champ d'action dans les innombrables hernies, les elephantiasis gigantesques et spectaculaires du scrotum, les affections gynécologiques. Durant l'année 1947, le Corps Médical du Gouvernement n'a pas pratiqué moins d'une dizaine de milliers d'opérations majeures et de 25.000 opérations mineures. Les Services Médicaux des organisations médicales extra gouvernementales ont à leur actif une activité de la même importance.

Pour être complet, je devrais encore vous parler des travaux des laboratoires de bactériologie et de parasitologie, du Service d'Hygiène Publique et de sa lutte souvent victorieuse contre les animaux transmetteurs de maladie, des oeuvres qui s'occupent particulièrement de la maternité et de l'enfance indigènes, de l'enseig-

nement médical en vue de la formation d'auxiliaires indigènes, mais le temps m'est compté.

Il me paraît préférable d'ajouter quelques mots sur la structure générale de l'organisation médicale afin de mieux vous mettre à même de juger des différentes possibilités que le Congo Belge peut offrir à ceux qu'une carrière coloniale pourrait attirer.

Les groupements médicaux de la Colonie sont de quatre ordres:
Le service médical du Gouvernement,
Les organisations médicales bénévoles,
Les services médicaux des sociétés industrielles et autres,
Les praticiens établis à leur compte personnel.

1) SERVICE MEDICAL DU GOUVERNEMENT

Ce service constitue un tout et est construit pour parer à tous les besoins, au moins en principe:

Il comprend:

Une Direction: Médecin en Chef et Médecins provinciaux.

Une organisation de recherche scientifique, de recherches et d'analyses courantes de laboratoire.

Une organisation d'hygiène publique.

Une organisation d'enseignement médical.

Une organisation d'assistance médicale, cette dernière englobant la grosse masse du personnel.

Une organisation d'approvisionnement en matériel et produits médicaux, c'est-à-dire un service pharmaceutique.

Le personnel qui fait partie de ce service, personnel blanc et personnel noir, fonctionne en véritable corps techniquement autonome, dans lequel le médecin jeune est soumis à l'autorité de son aîné jusqu'au médecin provincial et qui se rattache à la grande Administration de l'Etat à l'échelon du Gouverneur de Province et du Gouverneur Général.

Le personnel européen comprend des médecins, des agents sanitaires, des infirmières religieuses et laïques, au total quelque 700 à 800 personnes, dont environ 225 médecins pour le Congo Belge et le Ruanda-Urundi. Il reste plus de 50 places à conférer à des docteurs en médecine.

Le personnel indigène plus nombreux comprend des assistants médicaux indigènes dont la formation médicale est fort poussée, des infirmiers diplômés dont la formation médicale est plus rudimentaire, des gardes sanitaires qui assistent les médecins hygiénistes, des aides accoucheuses et enfin un nombre élevé d'aides infirmiers dont la formation est routinière et pratique parmi lesquels on trouve notamment de bons microscopistes.

Les formations sanitaires dont dispose ce Corps Médical sont:

- 1) Des hôpitaux pour Européens dans les grands centres.
- 2) Des hôpitaux pour indigènes dans les grands centres, les centres de moyenne importance et même dans un certain nombre de postes plus modestes des zones rurales. Ce sont ces derniers hôpitaux que le Gouvernement projette de multiplier dans les années qui vont suivre. Plusieurs d'entre eux sont actuellement en voie de construction en vue de l'exécution d'une première tranche du plan d'occupation médicale territoriale dans les zones rurales.
- 3) Outre les hôpitaux, il existe de nombreux dispensaires et centres de traitement où peuvent être donnés les soins ambulatoires nécessaires aux affections courantes et aux maladies endémiques, telle que la maladie du sommeil, les maladies vénériennes, le pian, la malaria, les verminoses et bien d'autres encore qui ne nécessitent en général aucune hospitalisation.
- 4) Quelques établissements spéciaux abritent des lépreux, des tuberculeux, des aliénés, des malades du sommeil avancés.
- 5) Des laboratoires sont ouverts dans les principaux chefs-lieux des Provinces. Le Laboratoire de Léopoldville appelé Institut de Médecine Tropicale „Princesse Astrid“ est une importante bâtisse groupant plusieurs disciplines scientifiques.
- 6) La même ville abrite des écoles pour la formation du personnel médical indigène. Des écoles semblables fonctionnent dans trois autres chefs-lieux de Province. Un remarquable groupe scolaire peut être admiré à Astrida au Ruanda-Urundi, celui-ci est, à l'heure actuelle, le mieux organisé de tout notre territoire colonial.

2) INITIATIVE BENEVOLE

Le deuxième groupe de l'organisation médicale de la Colonie est cette fraction qui relève de l'initiative médicale bénévole. Nous y trouvons des organismes qui se sont assignés un but médical bien défini et d'autres qui ont assumé une tâche médicale d'abord à titre accessoire et qui ont été entraînés à en faire une part importante de leur activité à cause des conditions locales inéluctables.

Parmi le premier groupe citons:

La Fondation Médicale de l'Université de Louvain, la Fomulac, très belle oeuvre due à l'initiative d'un groupe de professeurs et principalement du professeur Malengreau. Vous ne vous étonnerez pas que l'émanation d'une Université ait comme objectif l'enseignement médical des indigènes. L'école médicale de Kisantu a sa réputation faite au Congo: elle est, vous n'en doutez pas, excellente.

La Croix-Rouge du Congo s'est vouée à la lutte contre la lèpre dans une zone rurale du Nord-Est et à la lutte contre les maladies vénériennes et les maladies des enfants à Léopoldville.

Le Centre Médical de l'Université de Bruxelles a choisi la détection et ultérieurement le traitement de la tuberculose dans la race noire.

Le Fonds social du Kivu se consacre à la lutte contre le pian et aux oeuvres de l'enfance.

L'ensemble de ces organismes peut disposer d'une quinzaine de médecins.

Dans le deuxième groupe se trouvent avant tout:

Les Missions religieuses nationales et étrangères, catholiques et protestantes. Chaque Mission a ouvert de sa propre initiative au moins un dispensaire pour soins courants. Une trentaine de missions étrangères et une vingtaine de missions nationales ont un service médical dirigé par un médecin. Les médecins des Missions Nationales ont le même Statut que les médecins du Gouvernement. Un organisme spécial s'occupe de leur recrutement, c'est l'Aide Médicale aux Missions dont le siège est à Bruxelles.

Dans le même groupe on peut encore ranger la part bénévole que plusieurs grandes sociétés prennent à l'assistance médicale aux indigènes non occupés par elles, mais vivant dans leur voisinage. Citons notamment, mais sans épuiser une liste assez longue, la Forminière, les Vicicongo, l'Otraco et bien d'autres.

3) LES SOCIETES

Le troisième grand groupe est constitué par l'ensemble des sociétés minières, industrielles et autres qui totalisent ensemble plus de cent médecins en service au Congo. Comme vous l'avez déjà compris, les sociétés ont constitué leurs services médicaux pour assurer les soins et l'hygiène à leur personnel blanc et noir en vertu d'obligations légales. Chacune garde son indépendance. Aussi chacun de ces services médicaux est d'importance très diverse. Les uns n'emploient qu'un seul médecin, d'autres en utilisent jusqu'à 10 ou 15. Les sociétés possèdent de nombreux hôpitaux et dispensaires dont quelques-uns sont très bien organisés et outillés.

4) LES PRACTICIENS PRIVES

C'est seulement dans les grands centres comme Léopoldville, Elisabethville, Stanleyville, Bukavu qu'une trentaine de médecins se sont installés à titre de praticiens privés.

Il serait en effet vain d'espérer que dans le stade actuel de l'évolution de la population rurale autochtone, un médecin installé à son compte, puisse y vivre des ressources de son Cabinet. Cette population est pratiquement indigente, au moins économiquement faible; son assistance médicale relève du Gouvernement ou d'organismes philanthropiques qui se consacrent à la même tâche en plein accord avec lui.

CONDITIONS MATÉRIELLES D'UNE CARRIÈRE COLONIALE

Je devrais maintenant vous donner le détail des conditions pécuniaires et autres qui sont offertes aux jeunes médecins. Mais je crains qu'une assez fastidieuse énumération de ces conditions impose à votre bienveillante attention un effort excessif et prolonge, outre mesure, cette causerie. Aussi, me suis-je permis d'apporter un certain nombre de documents photocopiés que je sou mets à votre examen et qui se trouvent à votre disposition. D'autres exemplaires de ces documents peuvent être expédiés de Bruxelles à ceux qui voudront en prendre connaissance.

Pour terminer, vous verrez la projection d'un film assez court sur une des régions les plus curieuses du Congo, le fond de la cuvette équatoriale située dans l'angle formé par le confluent du Fleuve Congo et de son plus grand affluent, l'Ubangi. Aucun médecin ne réside en permanence dans ce royaume de l'eau. Parfois le médecin ou l'agent sanitaire y passent pour apporter à la belle race des Libinza, le secours médical dont ils ont besoin. Le film a été pris par un agent sanitaire du Congo Belge, Mr. Deboe.

Bei genuiner, arteriosklerotischer und klimakterischer Blutdrucksenkung

Dorital

Da bei einem grossen Teil der Hochdruckkranken die Leber eine ursächliche Rolle spielt, wird beim DORITAL durch die Fel tauri-Komponente auch die Leberfunktion angeregt. Die Verwendung von Galle und Atropin, Sulfonal und Calcium bewirkt eine längere anhaltende Blutdrucksenkung für die Voraussetzung ist, dass DORITAL nicht zu kurze Zeit gegeben wird. Nach täglich 3x2 Dragées tritt meist nach 2-3 Wochen eine deutliche Blutdrucksenkung ein, nach der man zweckmässig auf eine Tagesgabe von 3x1 Dragée herunter geht.

Handelsformen: Glas mit 30 Dragées - Glas mit 60 Dragées

C. F. BOEHRINGER & SÖHNE G. M. B. H.
MANNHEIM-WALDHOF

GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC - Baudouinstrasse 24 - Luxembourg - Tél. 30-73



LOTERIE NATIONALE



*L'oeuvre sociale par
excellence*

Aperçu sur l'activité de la société des Sciences Médicales depuis le 15 novembre 1948 - 1er juin 1949

- Le 20. 11. 1948 Conférence du Dr. Marcel R a c h e t, chef des travaux de chirurgie maxillo-faciale à la Faculté de Médecine de Paris. — Sujet: Etiologie, pathogénie, diagnostic et traitement des sinusites et des communications alvéolaires bucco-sinuales.
- Le 25. 11. 1948 Première séance de communications du semestre d'hiver 48-49.
- Le 27. 11. 1948 Réunion organisée par la Société des Laboratoires Labaz, Bruxelles, avec projection des films scientifiques suivants: Curare et barbituriques — Recipe — Vitamines du complexe B.
- Le 12. 12. 1948 Participation à la Réunion de la Société d'Electrologie et de Radiologie de l'Est à Nancy. — Sujet: Méthodes récentes de radio-diagnostic.
- Le 27. 12. 1948 Conférence organisée par le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec la Société des Sciences Médicales et faite par le Dr. D u r e n, conseiller médical au Ministère des Colonies à Bruxelles. Sujet: La pratique médicale au Congo Belge, avec projection de films.
- Le 30. 12. 1948 Séance de communications.
- Le 12. 1. 1949 Participation à la Conférence organisée par le Ministère de la Santé Publique, faite par le docteur L. N è g r e, chef de service à l'Institut Pasteur à Paris. Sujet: La vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G., avec projection d'un film sur la fabrication du B.C.G. à l'Institut Pasteur à Paris.
- Le 22. 1. 1949 Conférence du docteur J. S t a h l, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg. — Sujet: Directives nouvelles sur le traitement des affections hépatiques.
- Le 27. 1. 1949 Séance de communications.
- Le 12. 2. 1949 Conférence du docteur P. M a l l e t - G u y,

- professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon. — Sujet: Les dystonies biliaires.
- Le 24. 2. 1949 Séance de communications avec conférence faite par le docteur Graber, médecin-consultant à Aix-les-Bains. — Sujet: Nouvelles acquisitions sur le traitement des polyarthrites.
- Le 12. 3. 1949 Assemblée générale annuelle.
 Le président souhaite la bienvenue à un grand nombre de confrères accourus de tous les points du pays et donne un aperçu sur l'activité de la dernière année ainsi que sur les projets d'avenir. Le rapport du secrétaire sur la gestion financière montre que la situation de fortune de la société est actuellement plus que satisfaisante. A l'unanimité des voix le dernier alinéa de l'article 11 des statuts est changé comme suit: „Les membres du bureau sont élus pour trois ans.“ Le président donne ensuite lecture d'un rapport très documenté sur l'état actuel de la question épineuse des examens pour la collation des grades que nous reproduisons in extenso. Ce rapport a été adressé au Ministre de l'Education Nationale qui en a saisi le Collège Médical. Après une discussion mouvementée où bon nombre de médecins praticiens et de spécialistes exposent leur point de vue, l'assemblée décide d'appuyer la thèse réclamant des examens devant un jury de faculté de médecine. Finalement s'engage un échange de vues fécond sur l'important sujet de la construction d'un hôpital municipal à Luxembourg.
- Le 20. 3. 1949 Participation à la Journée Médicale de Nancy. Sujets traités: Indications thérapeutiques et traitement des traumatismes cranio-céphaliens, Oxyde de carbone et nutrition. L'oxycarbonémie endogène.
- Le 24. 3. 1949 Participation à une conférence organisée par le Jeune Barreau de Luxembourg et faite par Monsieur Paul Moreau, professeur à l'Institut de Pathologie de l'Université de Liège. — Sujet: Les groupes sanguins et le Droit.
- Le 28. 3. 1949 Conférence du professeur F. Liégeois, directeur de l'Ecole de Médecine Vétérinaire de Bruxelles. — Sujet: L'os et les ostéopathies médicales chez les animaux.
- Le 24. 5. 1949 Participation à la conférence organisée par le Ministère de la Santé Publique et faite par le professeur Jacques Parisot, président de l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe et Moselle (Nancy) et chef de la délégation française à l'Organisation Mondiale de la Santé. — Sujet: L'organisation et le fonctionnement d'un office d'hygiène sociale.

La collation des grades en médecine

Lettre du Dr. H. Loutsch, président de la
société des sciences médicales, à Monsieur
le ministre de l'Education nationale

Luxembourg, le 10 décembre 1948.

Monsieur le Ministre de l'Education Nationale.

Monsieur le Ministre,

Me référant à une conversation que j'ai eue avec vous lors d'une audience que vous avez bien voulu m'accorder, et d'accord avec mes collègues de la Société des Sciences Médicales, je me permets de vous exposer mes vues au sujet des examens de médecine que nos futurs médecins sont obligés de passer dans notre pays. Je crois que cette question mérite d'être étudiée assez rapidement, étant donné que le Collège Médical doit se prononcer prochainement sur une réforme du programme de ces examens.

Je pense qu'il n'est pas inutile de vous rappeler, Monsieur le Ministre, que la question des examens de médecine a été mise à l'ordre du jour à de multiples reprises, au cours des années qui ont précédé la dernière guerre, par le Corps Médical luxembourgeois, qui désire voir abolir ces examens dans notre pays. S'il n'a pas été possible de donner satisfaction au Corps Médical dans cette question, je crois savoir que la raison majeure est surtout une raison d'Indépendance Nationale.

Voyons les faits:

Actuellement nos étudiants en médecine font leurs études à une faculté de médecine de leur choix comme élèves libres et se présentent dans notre pays aux différents examens prévus par la loi, en justifiant de leur présence aux cours de faculté par la présentation d'un certificat, délivré par le professeur de faculté chargé du cours en question. Le jury de médecine luxembourgeois, formé de médecins praticiens fait passer les examens et délivre le cas échéant le diplôme de docteur en médecine.

Je ne veux pas insister ni sur la valeur que peut avoir un tel diplôme au point de vue international, ni sur l'étonnement que provoque toujours et sans exception à l'étranger, l'explication d'un tel système qui, à ma connaissance, n'existe que chez nous. Au contraire je voudrais profiter de cette occasion pour rendre hommage aux membres des jurys qui se sont succédé dans cette tâche ingrate et qui ont fait preuve d'un sentiment de devoir, d'une impartialité et d'un dévouement admirables.

Voyons cependant quels sont les inconvénients qui en résultent pour nos étudiants.

1. Je ne veux pas m'étendre sur un inconvénient majeur qui provient du fait que le programme des examens ne correspond pas du tout au programme des cours donnés aux différentes facultés pendant les années correspondantes. Il semblerait en effet facile d'y remédier en modifiant le programme des examens et en l'adaptant aux exigences modernes. Cependant il faut faire remarquer que même cette réforme en apparence simple, ne serait pas facile à réaliser pour deux raisons:

- d'une part le programme des différentes facultés de médecine n'est pas le même au cours des mêmes années dans les différents pays.
- d'autre part il faudrait mettre au programme des épreuves à passer en physique médicale, en chimie biologique, en physio-pathologie etc., branches qui prennent à l'heure actuelle une importance considérable et qui sont à la base des études médicales modernes. Or quel est le médecin praticien capable d'interroger sur ces matières?
2. Le caractère d'élève libre donne aux étudiants luxembourgeois une situation très particulière en comparaison de leurs camarades régulièrement inscrits. En effet cet élève libre a tous les droits sans avoir aucun devoir. C'est sur ce point surtout que portent les plaintes qui nous sont parvenues de différentes facultés (Nancy et Bruxelles particulièrement). En effet voici comment se passent les choses en pratique: L'élève libre prend une place aux cours et aux travaux pratiques et nous admettons volontiers qu'il suive ce cours très sérieusement. Une fois sorti du cours il n'a plus aucun devoir, il n'est pas obligé par exemple d'aller à l'hôpital, il n'a pas besoin de prendre de garde de nuit, il n'est même pas obligé de travailler chez lui puisqu'il se réserve ce travail pour plus tard, pendant les vacances où il rentrera à la maison bûcher son examen. D'où il résulte les inconvénients suivants:
- a) l'élève libre peut devenir un élément de jalousie et de trouble pour ses camarades régulièrement inscrits, qui eux sont obligés d'aller à l'hôpital, de prendre des gardes, de préparer leur examen en cours d'année, qu'ils passeront avant les vacances.
 - b) il rentre chez lui 3 mois avant l'examen pour le préparer, au lieu de pouvoir rester à l'université précisément pendant les vacances, période pendant laquelle s'offre au jeune étudiant de multiples occasions de remplacer un aîné dans ses fonctions à l'hôpital et d'y travailler.
 - c) par le fait que l'élève libre n'est pas obligé d'aller à l'hôpital, il n'y va souvent pas. Or c'est au lit du malade que le futur médecin apprend son métier beaucoup plus que dans les livres. Il en résultera des faits assez caractéristiques tel que le suivant qui m'a été rapporté par un membre du jury de médecine, et que je me permets de citer pour mettre en évidence ce que j'avance: Un candidat en médecine a passé brillamment son examen théorique et a été incapable de faire une simple analyse d'urine.
3. Nous demandons à nos futurs médecins praticiens une année de stage pratique et à nos futurs spécialistes plusieurs années de stage pratique après la fin de leurs études universitaires. En somme cela revient à dire qu'ils devront se placer comme assistants (à titre étranger) dans un service. Or comment admettre qu'un professeur voudra prendre comme assistant un Monsieur qu'il ne connaît pas, qu'il n'a peut-être jamais vu, et surtout dont il ignore la valeur. La question est toute différente s'il a pu le suivre au cours de ses études, s'il a pu se rendre compte de sa valeur, soit aux examens qu'il lui aura fait passer, soit à l'hôpital où cet élève aura pu lui rendre service. Or le stage pratique que nous demandons à nos futurs médecins n'a aucune valeur si le jeune médecin se borne à flâner dans les salles d'hôpital, encore une fois comme médecin libre. Il n'a de valeur réelle que si ce médecin peut mettre la main à la pâte et pour cela il doit être intégré dans le service avec une situation qui entraîne une responsabilité vis-à-vis de ses supérieurs.

Voilà, à mon avis, les principaux inconvénients que présentent nos études médicales actuelles. Avant d'en tirer les conclusions qui s'imposent, je tiens à signaler qu'il n'est pas du tout dans mes intentions de vouloir jeter le discrédit sur nos étudiants et sur tous ceux qui ont fait leurs études sous ce régime. Me faire ce reproche serait injuste. Au contraire je connais beaucoup d'étudiants en médecine qui font des études sérieuses et je suis persuadé que c'est la majorité. Mais alors au prix de quelles difficultés! surtout s'ils sont inscrits comme élèves

réguliers et qu'ils passent leurs examens et à la faculté et chez nous. Or pour tous ceux-là j'estime qu'il faut précisément leur rendre les études plus faciles et ceci en supprimant les examens dans notre pays, qui sont pour eux une entrave et un surcroît de travail inutile. Quant aux autres, à ceux qui profitent des facilités que leur offre notre système d'études, pour passer au maximum trois ou quatre mois de l'année à l'université et le reste au pays, j'estime qu'il est de notre devoir de les obliger à passer leurs examens à la faculté et de travailler sous un contrôle régulier, pour le plus grand bien des malades qu'ils auront à soigner plus tard.

La conclusion qui semble découler logiquement de ces considérations me semble être l'utilité des examens de médecine passés à la faculté où l'étudiant fait ses études. Il faut que tout étudiant luxembourgeois soit inscrit à la faculté comme élève régulier et y passe ses examens. Il sortira de cette faculté muni d'un diplôme d'Université de docteur en médecine, diplôme qui, au point de vue international, aura une toute autre valeur que celui décerné par notre jury, dont la valeur est à l'étranger égale à zéro. Si nous admettons ce principe, les examens passés chez nous deviennent inutiles et n'ont qu'à être supprimés.

Les objections qui ont toujours été faites à cette façon de concevoir les études médicales sont de deux ordres:

1. On a déclaré: Qui nous donnera la garantie que les examens passés de cette façon seront sérieux et sûrement exempts de toute complaisance?
2. Une telle façon de conférer le diplôme de docteur en médecine est incompatible avec notre Indépendance Nationale.

Voyons la valeur de ces arguments:

Ad 1. — De façon générale je pense qu'il ne faut pas surestimer la valeur de sélection d'un examen, surtout si le candidat passe cet examen devant des personnes qui ne le connaissent pas. Je suis certain qu'il est plus facile de juger un candidat dont on a pu suivre les travaux en cours d'année, et dont on a pu apprécier les qualités par un contact suivi. Remarque générale mais qui me semble particulièrement importante dans le cas qui nous occupe, alors qu'elle peut être sans importance dans d'autres disciplines: droit, mathématiques p. ex.

Par ailleurs je ne pense pas qu'une faculté de médecine voudrait engager sa réputation en facilitant les examens. C'est pour le moins invraisemblable. Ici se pose cependant la question délicate de la limitation du nombre des facultés de médecine, auxquelles seraient autorisés de s'inscrire nos étudiants, question soulevée par d'aucuns. En théorie cela semble difficile à réaliser. Mais voyons comment les choses se passent en pratique: Nos étudiants en médecine dans la grande majorité font leurs études en France, en Belgique, en Suisse ou en Allemagne et en Autriche. J'estime que dans ces pays toutes les facultés sont très bonnes. Pour la France se pose cependant la question des Ecoles de Médecine. Dans ce cas particulier il serait facile de préciser dans la loi que les études médicales doivent être faites à une Faculté de plein droit, ce qui éliminerait ces écoles.

Comme il pourrait se faire qu'une faculté de médecine veuille attirer des étudiants étrangers en leur facilitant les études — argument invoqué contre le projet que je préconise — il serait facile de prévoir que tout candidat qui commence ses études de médecine soit obligé d'informer le Ministère de l'Éducation Nationale du choix de l'Université qu'il fait. Le Ministère pourrait alors, le cas échéant, déconseiller telle faculté, qui ne semblerait pas donner les garanties nécessaires.

Mais je crois qu'il est absolument impossible et dangereux de vouloir limiter a priori le nombre des facultés de médecine, auxquelles nos étudiants seraient autorisés à s'inscrire.

Enfin en dernière analyse un examen de fin d'études, passé dans le Grand-Duché, donnerait une dernière garantie par un contrôle exercé chez nous.

Ad 2. — J'en arrive à la deuxième objection formulée plus haut. En effet j'estime que pour garantir notre Indépendance Nationale dans l'autorisation donnée à un médecin d'exercer son art dans notre pays, il y a un moyen facile: c'est celui d'installer un examen général à passer dans le Grand-Duché devant un jury national. Ne seront admis à cet examen que:

1. les sujets de nationalité luxembourgeoise;
 2. munis d'un diplôme d'Université de docteur en médecine.
- Seul le passage de cet examen général donnera le droit d'exercer la médecine dans le Grand-Duché.

Les modalités de cet examen pourront être étudiées par une commission spéciale instituée à cet effet. Je suis d'avis cependant que cet examen devrait être aussi bien théorique que pratique, portant sur les branches principales de la médecine, tout en laissant au jury une assez grande latitude quant à la conduite de cet examen. En effet je vois pour ma part très bien cet examen conduit d'une façon légèrement différente suivant que le candidat se destine à la pratique médicale générale ou à telle ou telle spécialité. On aurait ainsi du même coup solutionné le problème de l'examen de spécialistes, qui est à l'étude dans tous les pays à l'heure actuelle, et dont la solution ne semble pas facile à trouver.

Par ailleurs rien n'empêcherait d'adjoindre aux membres luxembourgeois de ce jury une capacité étrangère, qui pourrait être différente d'une année à l'autre.

CONCLUSIONS:

En résumé et pour conclure, le Corps Médical luxembourgeois est d'avis que les étudiants en médecine de notre pays doivent être inscrits à la faculté de médecine où ils font leurs études comme élèves réguliers. Ce fait entraîne obligatoirement qu'ils y passent leurs examens de fin d'année et qu'ils sortent de cette faculté munis du diplôme de docteur en médecine. La question de la thèse restera facultative et ne sera pas obligatoire, d'autant plus qu'elle n'est pas obligatoire dans tous les pays et à toutes les facultés.

Les examens de médecine (candidature, doctorat) passés jusqu'à présent dans le Grand-Duché sont à supprimer. Ils seront remplacés par un examen général, auquel seront seuls admis les candidats de nationalité luxembourgeoise, munis du diplôme de docteur en médecine délivré par une faculté de médecine.

Seul le passage de cet examen donnera le droit d'exercer la médecine dans le Grand-Duché.

Voilà, M. le Ministre, les considérations que je désire vous soumettre au sujet des études médicales et des examens de médecine, et les réformes que le Corps Médical désire voir introduites dans cette question. Je vous prie de bien vouloir étudier ce problème avec bienveillance.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, à l'expression de mes sentiments très distingués.

s. Dr. HENRI LOUTSCH.

NÉCROLOGIE

Nous avons à déplorer le décès du Dr. Jules BOHLER, chirurgien à Luxembourg, né le 9. 6. 1887 et décédé le 16. 5. 1949.

Le Dr. Bohler était membre du bureau de la Société des Sciences Médicales et remplissait les fonctions de secrétaire de la société en 1916. Nous adressons à la famille du défunt nos bien sincères condoléances.

DIVERS

Le Conseil National du Mouvement Européen a demandé à notre société qu'un délégué officiel du corps médical luxembourgeois soit désigné pour siéger au sein du comité. Le bureau a décidé de désigner comme délégué officiel et permanent le Dr. E. Gretsch, Luxembourg.

* * *

La même demande émanant du Comité National de l'UNESCO, le bureau a nommé comme délégué du corps médical luxembourgeois, le Dr. P. Felten, secrétaire de la société.

AVIS DU TRÉSORIER

Nous prions les membres de notre société qui n'ont pas encore payé leur cotisation pour 1949, 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 2/1949 de notre bulletin, d'envoyer leurs articles avant le 1^{er} octobre 1949 au Dr. René Koltz, Junglinster, chargé de la rédaction du bulletin de la Société des Sciences Médicales.

2

**nouveaux régulateurs
du système cardiovasculaire**

I

QUIDINAL

Association oligodynamique du sulfate de quinidine à 0,05 et du phénobarbital à 0,015

INDICATIONS: Troubles de l'érythisme cardiaque

DOSES: 1 à 3 comprimés par jour.

2

MANGANOCHOLINE

Acétylcholine-retard, active per os. (Manganochlorure d'acétylcholine 0,05).

INDICATIONS: Troubles de l'hypertension.

DOSES: 3 à 6 comprimés par jour ou plus.

Traitement mixte

QUIDINAL-MANGANOCHOLINE

INDICATION: Hyper-tension et hyperkynésie cardiaque

DOSES: 1 comprimé de Quidinal, le soir, au repas 3 comprimés de Manganocholine, ou plus par jour.



Echantillons et littérature sur demande

Prophac, rue Baudouin, 25, Luxembourg - Tél. 30-73

S O M M A I R E

ARTICLES ORIGINAUX

P. Mallet-Guy	Les dystonies biliaires	7
J. Stahl et Ch. Maurer	Aspects actuels de la thérapeutique diététique des Cirrhoses	19
M. Reiles	L'épreuve de l'insufflation dans la prophylaxie de la rétention placentaire partielle	43
Fréd. Hippert	Tumeur abdominale	55
Jean Harpes	Un cas d'Aspergillose pulmonaire	57
Paul Pundel	La prophylaxie et le traitement des thromboses et embolies postopératoires par les anticoagulants	65
Jacques Graber-Duvernay et Guy Van Moorleghem	Les sels de l'acide Morrhuïque dans le traitement des polyarthrites chroniques	77
Armande Putz	La Situation de l'Enfance Déficiente au Grand-Duché de Luxembourg	85
A. Duren	Les carrières médicales au Congo Belge	105
Pierre Felten	Chronique de l'association	117

Dix Conseils

AUX AUTOMOBILISTES LUXEMBOURGEOIS

qui se rendent à l'étranger:

- 1) Un voyage bien préparé en vaut deux, et la meilleure préparation sera, pour vous, **gratuite** par les soins de l'AUTOMOBILE-CLUB, qui fournit à ses membres tous les renseignements, prospectus et itinéraires dont ils ont besoin.
- 2) Avant de partir, vérifiez si vous avez les documents nécessaires et s'ils sont encore **valables**.
- 3) Pour sortir du Grand-Duché dans n'importe quelle direction, il vous faut une **Libre Sortie**, délivrée par la Douane Luxembourgeoise.
- 4) La Belgique et la Hollande exigent, en dehors de la **Libre Sortie**, un **Permis de Conduire International**.
- 5) Dans tous les autres pays vous devez être en possession d'un **Carnet de passages**, d'un **Permis de Conduire International** ou d'un **Certificat International**.
- 6) En France, le Carnet de Passages peut être remplacé par l'**Acquit-à-caution**, valable seulement en France.
- 7) Lorsque vous passez une frontière sous le couvert d'un titre d'importation temporaire (Carnet de Passages ou Acquit-à-caution), n'oubliez pas de faire apposer, par la Douane, un **cachet d'entrée** et, au retour, un **cachet de sortie** sur la souche de votre document; sinon, vous risquez des ennuis avec la douane et des frais souvent considérables.
- 8) Les documents mentionnés ci-dessus sont valables pour **un an**. — En France, une amende de frs. franç. 5.000 par mois de retard est infligée pour toute demande de prolongation présentée 15 jours après la péremption du triptyque.
- 9) N'oubliez pas que le Carnet de Passages et l'Acquit-à-caution doivent être **retournés** à l'association qui vous les a délivrés, lorsqu'ils sont périmés ou que vous vendez votre voiture.
- 10) Tous les documents douaniers et de circulation, sauf la Libre Sortie, sont délivrés par notre

AUTOMOBILE - CLUB
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
11, avenue de la Porte-Neuve, LUXEMBOURG
Tél. 59-75

