BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Juin 1950

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.

Le Problème Diagnostique et Thérapeutique de l'Ulcère Gastrique

par Norbert Pauly et Simon Hertz

Malgré des statistiques étendues et des discussions nombreuses les indications thérapeutiques de l'ulcère gastrique ne sont pas encore clarifiées. Cette imprécision est due pour une large part à la difficulté du diagnostic entre l'ulcère gastrique et l'ulcère cancéreux.

L'observation suivante, que nous croyons utile de rapporter, en est un exemple frappant.

En février 1949 nous avons eu l'occasion de voir avec le Dr. N. Pauly un homme de 62 ans atteint de troubles digestifs et thyroïdiens.

Les troubles digestifs avaient débuté 6 ans plutôt par une hémorragie intestinale de sang noir. Un examen radiologique ultérieur avait conclu à un ulcère du duodénum. Aucun signe clinique n'avait réapparu depuis cette période jusqu'en octobre 1948. A ce moment s'installa un syndrome douloureux tardif. Il s'agissait de douleurs à type de crampe, survenant deux à trois heures après chaque repas et parfois la nuit. Elles étaient épigastriques à irradiation droite et postérieure. Elles étaient calmées de suite ou tardivement par l'ingestion d'aliments, souvent aussi elles s'accompagnaient de régurgitations glaireuses, abondantes, de préférence nocturnes, calmant la douleur. Il n'y avait pas de vomissements alimentaires, il existait quelques renvois et une constipation habituelle.

A ces troubles digestifs s'associèrent des troubles généraux graves. L'anorexie était complète, l'amaigrissement massif. Le malade était agité anxieux, couvert de sueur. Son tremblement marqué, son émotivité extraordinaire, sa tachycardie et le regard brillant de ses yeux saillants permettaient dès l'abord le diagnostic d'hyperthyroïdie. Cette poussée n'était d'ailleurs qu'une rechute d'une maladie de Basedow diagnostiquée un an auparavant et jugulée en ce temps par les antithyroïdiens de synthèse.

L'examen radiologique digestif, gêné par l'agitation du malade, permit néanmoins de voir une grosse niche de la petite courbure. Elle était typique faisant saillie en dehors de l'aire gastrique au niveau du tiers moyen de la petite courbure, le sommet était étale, les bords petits, sa base était bordée par l'ulcus wall.

On porta le double diagnostic d'ulcère gastrique et de poussée hyperthyroïdienne. Le malade fut mis au repos complet. Il fut réhydraté et traité par l'iode et les protéines intraveineuses. L'amélioration fut rapide et progressive. Les douleurs disparurent, l'appétit revint, l'augmentation du poids fut manifeste. Les signes cliniques du Basedow disparurent, le pouls revint à la normale. Un examen radiologique fait le 29. 3. 49 montra une disparition complète de la niche avec un aspect normal de la petite courbure; même après compression les plis avaient une disposition parallèle à la petite courbure.

La disparition des signes cliniques allant de pair avec la disparition des signes radiologiques autorisaient l'admission de guérison complète de la lésion.

Pour la constater de visu nous pratiquâmes une gastroscopie 3 semaines plus tard. Elle était difficile en raison de la sécrétion abondante de mucus; elle permettait néanmoins de constater au niveau du tiers moyen de la petite courbure un oedème considérable entourant une fente allongée, recouverte d'une fausse membrane. L'aspect gastroscopique était celui d'un ulcère benin. Cependant on était frappé par la discordance entre la guérison clinique et radiologique et l'aspect d'un ulcère actif à la gastroscopie.

Mais dès le lendemain le malade accusa une reprise de ses troubles digestifs. Les douleurs étaient moins violentes qu'auparavant. Elles siégeaient dans la région sous-hépatique, elles avaient une irradiation droite et ascendante, c'était plutôt une gêne qu'une crampe, elle n'était pas calmée par les aliments, elle était irrégulière dans son horaire et dans son évolution. Elle était rebelle au repos, au régime et à la thérapeutique. On pensa d'abord à une réactivation transitoire peut-être due à la gastroscopie. Le siège de la douleur pouvait faire croire, à une réaction vésiculaire, mais une cholécystographie récente avait montré une vésicule normale. Le caractère rebelle et atypique de la douleur fit évoquer une transformation néoplasique de l'ulcère, mais un examen radiologique pratiqué le 11 juin 1949 montra la reproduction d'une niche identique par son siège et ses caractères à la lésion antérieure.

Avec une certaine inquiétude on se décida à une intervention chirurgicale qu'on avait voulu éviter en raison de l'hyperthyroïdie et du mauvais état général. Le malade fut préparé par la protéinothérapie et par l'iode et l'intervention fut pratiquée par le Docteur Norbert Pauly, le 7. 6. 1949.

On trouva une induration au niveau de la petite courbure, qui sur la pièce opératoire se révéla être une petite ulcération de 1 cm ½ de diamètre, entourée d'un bord à peine marqué. Il semblait s'agir d'un simple ulcère gastrique.

L'intervention fut simple, plus facile qu'on ne l'avait imaginée. Une gastrectomie subtotale fut pratiquée, les suites opératoires furent très bénignes. Le malade se leva dans les délais normaux et quitta la clinique en bon état.

Notre surprise fut grande, lorsque 15 jours plus tard le résultat histologique suivant nous parvint:

«Il s'agit d'un épithélioma cylindrique intra-épithélial.

Nous avons pratiqué dans l'ulcère une série de sections. Macroscopiquement on est frappé par l'existence d'une petite masse blanchâtre arrondie, dure, sous-jacente à l'ulcère.

Microspiquement on trouve dans toutes les coupes de très grand nodules lymphoïdes, qui parfois se présentent comme de véritables ganglions. La masse blanchâtre qui avait retenu notre attention était un de ces ganglions.

La muqueuse est relativement saine sur la majorité des coupes, à part une assez fort infection sous-jacente.

Mais sur quelques coupes on a trouvé alors des boyaux d'épithelioma cylindrique et cela exclusivement à l'*intérieur de la muqueuse*. Ces boyaux pénètrent entre les glandes normales, on remarque des monstruosités mais pas de mitoses.

Nous avons encore pratiqué d'autres coupes pour trouver une pénétration de la muscularis éventuelle, nulle part nous ne l'avons vue.

On est donc obligé d'admettre qu'il s'agit d'un épithélioma très localisé, probablement exclusivement intra-épithélial, n'ayant pas encore eu le temps de pousser en profondeur.

On est même frappé par le fait que sur les coupes en séries on trouve toujours une petite bande de glandes saines entre les formations épithéliomateuses et la muscularis.» (Dr. Schmol)

Le malade alla bien du mois de juillet au mois de novembre. Puis, une série d'incidents divers mais graves s'installèrent. Ce fut d'abord un syndrome infectieux suivi de néphrite oedémateuse avec anurie transitoire, puis compliqué d'oedème pulmonaire, rebelle au régime sans sel et aux diurétiques légers. Ce fut ensuite un tableau de myocardite avec assourdissement des bruits du coeur, troubles du rythme, effondrement tensionnel et modifications électro-cardiographiques, résistant au traitement tonicardiaque. Ce furent enfin des troubles de la mémoire avec phénomènes délirants qui aboutissaient à la mort en janvier 1950. La note digestive fut entièrement absente dans le tableau terminal. Aucune nodosité hépatique, aucune masse abdominale ou rectale et aucune adénopathie ne furent trouvées pour justifier l'hypothèse d'une néoplasie secondaire.

En somme, un cancer gastrique histologique a pu évoluer malgré des signes cliniques et radiologiques rassurants. A voir

la lésion, dont la nature cancéreuse était apparente seulement au microscope, on comprend très bien pourquoi les examens radiologiques on fait faillite. Mais cet exemple soulève la question de la fréquence possible de ces erreurs de diagnostic et nous engage aussi à rechercher les moyens de les éviter. Il est manifeste que la règle de conduite actuellement admise est inadéquate. Comme tout le monde le sait, cette règle affirme que l'on peut considérer comme bénigne toute déformation radiologique disparaissant après un traitement d'épreuve.

Sur quels éléments devons-nous donc baser nos indications diagnostiques et thérapeutiques?

Deux conceptions et deux façons d'agir se confrontent:

1) Un groupe d'auteurs préconise l'intervention systématique. Ils se basent sur le fait que l'erreur de diagnostic est très fréquente et même inévitable.

C. A. Stevenson et C. W. Yates dans un article publié en mai 1949 en «Radiology» No. 52 pages 633 à 641 sont les partisans d'une intervention systématique. Ils publient une statistique de 91 malades porteurs de lésions radiologiquement bénignes et dont ils ont pu suivre l'évolution. Sur ces 91 malades 6 malades avaient un cancer. Or, en réexaminant leurs films, pièces en mains, sachant qu'il s'agissait d'un cancer, il leur a été impossible de faire un autre diagnostic radiologique que celui de lésion bénigne. L'erreur radiologique est donc de 7%, la mortalité de gastrectomie est d'environ 4 à 7%, d'où leur conclusion: il est moins dangereux d'opérer tous les malades atteints d'ulcère gastrique que de leur laisser courir le risque d'une erreur de diagnostic impossible à éviter.

Cette conception est certes défendable, mais la gravité du problème ne doit pas faire oublier les faits suivants:

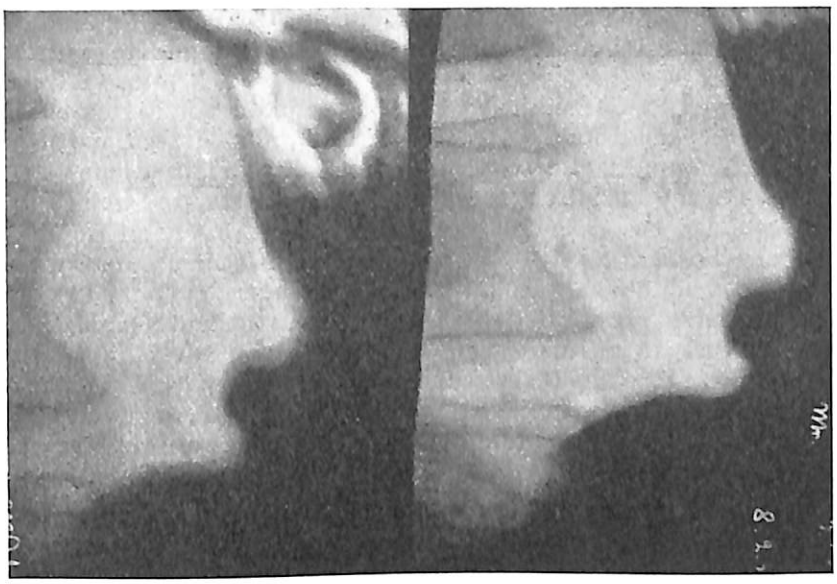
Il y a de nombreux ulcères qui guérissent après une poussée initiale.

La mortalité de 4 à 7% est celle avouée par les meilleurs chirurgiens; dans certains cas elle est infiniment plus élevée comme l'ont montré des discussions assez récentes des Sociétés Médicales de Paris.

La morbidité après gastrectomie n'est pas nulle; il n'est que de considérer le grand nombre de travaux paraissant sur l'estomac opéré.

2) Un deuxième groupe d'auteurs se refuse à cette intervention systématique. Ils préconisent un abord plus éclectique du problème thérapeutique et soutiennent qu'en multipliant les éléments d'information on parvient à diminuer considérablement la fréquence des erreurs de diagnostic.

Francis H. Smith et Sarah M. Jordan «Lahey Clinic» ont publié les résultats de leur expérience portant sur 600 cas d'ulcère gastrique. (Gastro-Enterology, 11,575-597, November 1948.) Sur ce groupe de malades ils ont trouvé des lésions cancéreuses dans 59 cas, c.àd. 9,8%. Les autres ou bien ont présenté une



Radiographies du début 8. 2. 49: Ulcère de la Petite Courbure

Radiographies du 29. 3. 49.: Aucune lesion n'est apparente

évalution bénigue clinique et radiologique (330 cas) ou bien ont été bénignes à l'intervention ou à l'examen anatomo-pathologique.

De plus ils ont suivi 111 malades pendant 5 à 23 ans. De ce nombre 2 seulement sont morts de malignité, 4 sont morts de causes inconnues, de sorte que même en combinant ces deux chiffres, il n'y aurait eu une erreur de diagnostic que dans 5,4% des cas. De ces données les auteurs concluent qu'en dépit du fait que l'estomac est un siège possible de lésions cancéreuses, cette possibilité n'est pas suffisamment dangereuse pour imposer la résection systématique. Smith et Jordan insistent sur la nécessité impérieuse de multiplier les éléments de surveillance. La radiologie garde une importance majeure, il convient d'y associer les signes cliniques, la gastroscopie, la tendance récidivante des lésions gastriques. Il ne faut accorder une valeur absolue à aucun signe pris isolément, mais il faut les juger dans leur ensemble.

En suivant ces auteurs on peut considérer comme bénigne une lésion ulcéreuse gastrique lorsqu'au bout de 6 à 8 semaines on assiste à la disparition des signes cliniques, la disparition des signes radiologiques, la disparition des signes gastroscopiques, l'absence d'hémorragies occultes et l'absence de tendance récidivante.

Il faut opérer toute lésion ulcéreuse gastrique qui ne répond pas à cet ensemble de desiderata. Il faut insister (Jordan) sur la signification grave d'une lésion gastrique ayant une tendance récidivante malgré le traitement

Quelle conclusion pouvons-nous tirer de ces deux conceptions divergentes? Il semble certain que la différenciation entre lésion bénigne et maligne de l'estomac ne doive plus se baser uniquement sur le test thérapeutique des signes radiologiques, mais elle doit reposer sur l'ensemble de la tétrade symptomatique: les signes cliniques, les signes radiologiques, les signes gastroscopiques, les hémorragies occultes et sur une notion évolutive importante, la tendance récidivante du syndrome douloureux du malade soumis à un traitement rigoureux.

C'est dire que le diagnostic d'ulcère gastrique entraîne des obligations importantes pour le médecin et le malade. Le malade doit être pénétré de l'importance d'une surveillance sérieuse malgré la disparition des signes cliniques. Le médecin doit savoir que cette surveillance comparte toute une série d'examens indispensables, s'il veut éviter des gastrectomies inutiles ou des erreurs de diagnostic fâcheuses! Autant la surveillance d'un ulcère duodénal est facile, autant la surveillance d'un ulcère gastrique est difficile et grevée de responsabilités.

Résumé: Les auteurs rapportent un cas de lésion ulcéreuse gastrique, qui, malgré une guérison clinique et une disparition des déformations radiologiques s'est révélé être un cancer à l'examen histologique.

Ils discutent la valeur relative de l'examen radiologique et rappellent les deux conceptions actuelles du traitement de l'ulcère:

L'une, se basant uniquement sur les résultats de la radiologie préconise un traitement chirurgical systématique.

L'autre, utilisant tout un ensemble d'informations cliniques et évolutives, réserve le traitement chirurgical à un nombre de cas très limité et judicieusement individualisé.

Ils opposent la difficulté du problème thérapeutique de l'ulcère gastrique à la simplicité du problème thérapeutique de l'ulcère duodénal.

LABAZ

ADRENOXYL

LABAZ

ANTIHEMORRAGIQUE VASCULAIRE
PREVENTIF ET CURATIF

- diminue le temps de saignement
- augmente la résistance vasculaire
- aucune action sur la coagulation sanguine
- aucune action hypertensive
- toxicité nulle

Echantillons et documentation sur demande.

SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES

BRUXELLES
168, Av. Louise

Labaz

Tél. : 48.94.35
48.94.40

Société anonyme

Département Pharmaceutique de la

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

A propos de deux cas de myomectomie vaginale

par M. Reiles

Communication faite à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg, le 4 mars 1950.

Au VI[e] Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française à Bruxelles, en 1929, une des questions à l'ordre du jour a été la myomectomie en dehors et au cours de la grossesse. Bien qu'il y ait eu quelques divergences de vue au sujet de l'utilité de l'intervention et de sa supériorité sur les interventions mutilatrices, spécialement l'hystérectomie abdominale ou vaginale, on s'est pourtant mis d'accord sur un point, à savoir, que la myomectomie doit être réservée aux femmes jeunes, en pleine activité génitale. Car le profit qu'on attend de cette opération réside avant tout dans la conservation de l'utérus et partant, malgré un grand pourcentage de stérilités, dans la possibilité de conceptions et dans la conservation des fonctions physiologiques en général.

M. R. SCHOCKAERT, de Louvain, à ce même Congrès, est d'avis que: «Contrairement à ce qui vient d'être dit, j'estime que la myomectomie chez une femme encore jeune et capable de concevoir, ne doit pas être une opération d'exception: au contraire, quand il y a moyen de conserver à la femme ses sécrétions ovariennes et la faculté de conception, il faut être aussi conservateur que possible, d'autant plus que la persistance de la menstruation n'est pas à dédaigner au point de vue conjugal. La relation de mes cas de myomectomie en dehors et pendant la grossesse pourra contribuer à appuyer ma façon de voir.»

Pourtant les statistiques sont là pour montrer que généralement la myomectomie est une opération qui occupe un pourcentage très réduit vis-à-vis de l'intervention qu'on emploie le plus souvent dans le traitement chirurgical du fibrome utérin: l'hystérectomie.

Le Professeur KELLER, de Strasbourg, dans ses nombreux travaux sur la myomectomie arrive aux mêmes conclusions. Il est d'avis que l'intervention se limite aux cas suivants:

1. Les femmes jeunes qui restent stériles et qui désirent un enfant;
2. La limite moyenne de l'âge est fixée à environ 35 ans:
3. Les fibromes développés dans la partie corporéale de l'utérus.

Dans la majorité des cas la myomectomie est faite par voie abdominale, voie qui donne l'accès le plus facile et permet de juger mieux que toute autre des lésions concomitantes éventuelles. On a recours plus rarement à la voie vaginale. Celle-ci n'est même pas mentionnée dans bon nombre de statistiques. C'est que les indications en sont très limitées.

Cette rareté relative des myomectomies vaginales m'a engagé à publier les deux cas suivants:

Obs. 1.

Mad. D..., âgée de 31 ans, obèse, ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Mariée depuis plusieurs années, elle n'est jamais devenue enceinte.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, ses règles surviennent à peu près toutes les 4 semaines, de durée et d'abondance variables. A partir de 1940 pourtant, les règles deviennent plus abondantes et plus irrégulières, et bientôt perdent toute périodicité. C'est à ce moment qu'un curettage est pratiqué par son médecin, intervention qui n'a pas conduit sur la voie du diagnostic et dont l'effet thérapeutique a été médiocre. Les méno-métrorragies continuent comme par avant. Si, jusque-là, il persistait un intervalle de 2—3 semaines entre les règles, parfois même de 5—10 semaines, un changement survient au début de l'année 1946. A partir du mois de février de cette année, la malade saigne de façon presque continue avec intervalles libres de 2—3 jours.

Elle est admise à la clinique le 21. 5. 46 avec un état général en déclin et une anémie secondaire se chiffrant par un taux d'hémoglobine de 40 % et 3.000.000 de globules rouges.

A l'examen gynécologique on note, en ce moment, en dehors des pertes de sang, un utérus régulièrement augmenté de volume comme une grossesse du 4e mois, dur, légèrement sensible. Le col est dilaté comme une pièce de 2 francs et dans son orifice on sent une masse dure, irrégulière, qui n'est autre chose qu'un fibrome sous-muqueux en voie d'expulsion.

La malade est mise au repos complet et on traite son anémie et son état général en vue d'une intervention. Ce traitement conduit, en l'espace de trois semaines, à une amélioration notable des pertes sanguines et les globules rouges remontent à 3,5 millions. Hémoglobine: 53 %.

L'intervention est faite le 21. 6. 46 en anesthésie lombaire à la Percaine hypobare.

Le relâchement musculaire du périnée consécutif à cette anesthésie est parfait, ce qui facilite considérablement l'accès

vaginal chez cette nullipare présentant en outre une obésité gênante.

Après décollement de la vessie et hystérotomie vaginale entérieure, une large portion du pôle inférieur de la tumeur est mise à jour et accrochée avec une pince de Museux. Des mouvements de torsion exécutés à l'aide de cette pince n'arrivent pas à l'énucléer, preuve que la tumeur n'est pas pédiculée, comme nous l'avion admis d'abord. Le fibrome, en effet, est sessile et solidement fixé à sa base d'implantation. L'exploration de la cavité utérine à l'aide du doigt montre qu'on s'est trompé en outre quant à sa taille. Il est, en réalité, beaucoup plus volumineux qu'il n'en avait l'air à l'examen gynécologique bimanuel.

L'intervention s'avérant donc plus difficile et plus laborieuse comme prévue, nous tâchons d'obtenir un accès plus aisé à l'utérus et à la tumeur en faisant une large incision pararectale gauche suivant le procédé de SCHUCHARDT. Ensuite, décollement de la vessie jusqu'au repli péritonéal vésico-utérin. Morcellement du fibrome par large excision cunéiforme de sa portion inférieure. Prolongation de l'incision de la paroi utérine antérieure jusque près du fond après avoir ouvert le cul de sac vésico-utérin ce qui nous permet d'arriver plus facilement jusqu'à la base d'implantation du fibrome et de procéder à son énucléation après incision de sa capsule.

La myomectomie terminée, il persiste dans le fond utérin une large plaie qui saigne assez fortement. Cependant, un simple tamponnement arrête cette hémorragie de façon définitive. Fermeture de l'hystérotomie et du péritoine vésico-utérin par des points isolés au catgut. Drainage de l'espace rétro-vésical. Tamponnement du vegin.

Le fibrome après énucléation a largement la taille de deux poings.

Les suites opératoires sont absolument normales et la femme quitte la clinique 20 jours après l'intervention.

Obs. 2.

Mad. S. M., 34 ans, nullipare, est admise à la clinique le 5. 4. 48 pour métrorragies récidivantes après deux curettages, dont l'un a été fait en octobre 1947 et l'autre en mars 1948.

Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont toujours été régulières, de durée et d'abondance normales. Ce n'est que vers le début de l'année 1947 qu'elles sont devenues plus longues et plus abondantes. Fin sept., se sont installées des pertes de sang continues qui ont conduit à un curettage, en octobre 1947. Début décembre les métrorragies ont repris et un 2e curettage a été fait au mois de mars 1948. Comme ce curettage n'est pas arrivé non plus à arrêter l'hémorragie, la malade nous fut adressée.

Nous nous trouvons alors en présence d'une femme dont l'état général, malgré les pertes de sang prolongées, est relativement bon.

A l'examen gynécologique nous constatons outre les pertes de sang un col entr'ouvert, perméable au doigt. A travers l'orifice interne on sent le pôle inférieur d'une tumeur dure, arrondie, qui est immédiatement reconnue comme étant un fibrome sous-muqueux en voie d'expulsion. L'utérus lui-même est assez fortement augmenté de volume, bosselé et de consistance très dure. Les annexes sont normales.

Nous nous décidons, dans le cas particulier, d'aborder l'énucléation de ce fibrome par la voie vaginale.

L'intervention est faite le 7. 4. 48 en anesthésie rachidienne à la Procaine.

Après incision transversale de la muqueuse vaginale à 2 cm au-dessus de l'orifice externe, la vessie est décollée et refoulée jusqu'au niveau du cul de sac péritonéal vésico-utérin. Incision longitudinale de la paroi cervico-utérine antérieure, en son milieu, jusqu'à ce que le fibrome fût facilement accessible. Il est saisi avec une pince de Museux et désinséré à l'aide de plusieurs mouvements de torsion. Pertes de sang minimes.

Le fibrome a la taille d'un oeuf de poule environ.

Fermeture de l'hystérotomie vaginale antérieure par points isolés Tamponnement.

Les suites opératoires sont excellentes et la femme quitte la clinique le 10e jour.

J'ai pu suivre ces deux femmes jusqu'à ce jour. A part quelques troubles menstruels sous forme d'oligoménorrhée, elles vont bien, mais attendent toujours une grossesse qu'elles désirent ardemment.

Ces deux observations nous prouvent qu'il est possible, même chez des nullipares, d'enlever par la voie vaginale des fibrome d'un volume appréciable.

Or, de nos jours, presque tous les auteurs sont d'accord pour conférer à la myomectomie, tant abdominale que vaginale, un rôle important dans la thérapeutique chirurgicale des fibromes de l'utérus. C'est surtout chez la femme avant l'âge de 35 ans que cette opération a ses indications, puisqu'elle respecte la physiologie des fonctions génitales et laisse persister un espoir de maternité.

Les discussions dans la littérature et dans les Sociétés savantes ont été très animées avant que les indications de la myomectomie aient été posées, telles que nous avons l'habitude de les admettre et appliquer aujourd'hui. Les adversaires de la méthode ont toujours préconisé, entre autre, la mortalité plus élevée de la myomectomie vis-à-vis de l'hystérectomie subtotale ou totale et le danger de la récidive. Le professeur KELLER (La myomectomie; ses suites opératoires. Bull. de la soc. de Gyn. et d'Obst., 1929, page 590) cite une mortalité de 10 % pour les myomectomies et de 2—3 % pour les hystérectomies subtotales et totales. Plus récemment, dans la Semaine des Hôpitaux de

Paris N. 15, 1948, le même auteur écrit ce qui suit: «Un assez grand nombre de publications ont prouvé, avec des chiffres à l'appui, que les résultats étaient excellents et que les malades ne courraient pratiquement pas plus de risques que par l'ablation subtotale de l'utérus fibromateux. Néanmoins la myomectomie envisagée d'une façon plus large comme on doit le faire de nos jours, n'est pas encore devenue une opération courante dans les mains de beaucoup de chirurgiens. C'est pour cette raison qu'il peut paraître utile de préciser les indications de la myomectomie comme nous l'appliquons.»

L'opération ayant laissé en place un ou plusieurs noyaux fibromateux se développant dans la suite, une intervention peut redevenir nécessaire.

Sans doute cette restriction a-t-elle une certaine raison d'être, mais la fréquence des récidives n'est pas telle, qu'elle puisse jeter le discrédit sur une méthode opératoire qui ne fait que confirmer la confiance que nous mettons en elle.

Voici quelques chiffres de fréquence des récidives après myomectomie, chiffres empruntes au travail de MERIEL et BAILLAT présenté au VI[e] Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française: DOLERIS et CHEVRIER ne citent que deux récidives dans les statistiques connus à l'époque.

LONGUET trouve 2 récidives sur 192 observations réunies par lui.

ENGSTROEM trouve 0 récidive sur 180 cas.

HOWARD KELLY trouve 2 récidives sur 97 cas.

ZWIBEL trouve 4 récidives sur 563 cas = 0.74 %.

FERENDINOS trouve 3 récidives sur 290 cas.

GILES trouve 9 récidives sur 88 cas = 10 %.

MAYO trouve 12 récidives sur 504 cas = 2.5 %.

PACAUD trouve 8,47 % de récidives pour les cas opérés par GOULLIOUD.

On voit que la fréquence diffère notablement suivant les auteurs. De même, l'âge joue un rôle non négligeable. La femme jeune verra plus facilement récidiver un fibrome que la femme âgée chez laquelle la ménopause fera disparaître les noyaux fibromateux en voie de formation.

Tout ce matériel statistique concerne les interventions par voie abdominale. Il est à présumer que les récidives dans les énucléations par voie vaginale soient plus fréquentes, parce que, la multiplicité des noyaux fibromateux étant la règle, l'un ou l'autre passera inaperçu lors de l'intervention et continuera à se développer dans la suite.

Un autre problème éminemment important est celui des chances de grossesse après myomectomie. Une des indications majeures de l'intervention n'est-elle pas de conserver à la femme jeune ses fonctions génératrices?

REEB a observé 2 grossesses sur 13 énucléations abdominales. LERICHE et LEGENE estiment que les chances de grossesse sont minimes. ENGSTROEM relate 6,5 % de grossesses, NYSTROEM même 33 % et GOULLIOUD 27 %.

Quoique les écarts entre les différents auteurs soient appréciables, si on prend la moyenne, les résultats obtenus ne sont pas du tout négligeables. Les chances de succès sont plus grandes chez les femmes qui ont déjà eu des enfants que chez les nullipares.

Il s'agit dans nos deux observations de nullipares qui désirent sincèrement une grossesse. Mais à côté de leur dystrophie utérine ces deux femmes présentent des troubles hormonaux qui contribuent à assombrir le pronostic.

J'ai revu la deuxième malade récemment. Elle est venue consulter pour une aménorrhée de 4 mois qui avait fait naître chez elle un espoir de grossesse. L'examen a montré qu'il s'agissait d'une aménorrhée fonctionnelle.

Une hystérosalpingographie faite à la même occasion a montré une perméabilité tubaire normale ainsi qu'une cavité utérine à contours réguliers, non déformée et sans traces de tumeur.

Un traitement hormonal a été institué.

Nos deux observations suscitent en outre quelques considérations de technique opératoire.

C'est le mérite de A. MARTIN d'avoir montré, aux environs de 1870, la possibilité de la chirurgie conservatrice par voie vaginale, même pour les fibromes intra-muraux.

L'ablation de polypes fibreux pédiculés ne présente aucune difficulté technique. De même, en cas de petit fibrome intracervical, il suffit de dilater le col ou de faire deux incisions latérales pour arriver à en faire l'énucléation de façon tout à fait simple. Par contre, l'intervention est beaucoup plus compliquée, quand un fibrome plus volumineux siège dans la cavité utérine, au-dessus de l'orifice interne fermé ou faiblement dilaté. Ici on est obligé de faire l'hystérotomie vaginale, selon la technique classique. Parfois la situation élevée du fibrome et sa large base d'implantation nous oblige à ouvrir la cavité péritonéale au niveau du cul de sac vésico-utérin, comme nous l'avons fait dans notre première observation. Ceci n'a, en réalité, qu'une valeur tout à fait secondaire, puisque le péritoine est refermé soigneusement à la fin de l'énucléation.

Pour faciliter l'ablation de certains fibromes volumineux on a avantage à morceler la tumeur. Cette manière de faire facilite considérablement la technique en rendant d'abord l'accès plus facile et, ensuite, en permettant de voir ce qu'on fait. En effet, il est très important de rester dans le bon plan de clivage, représenté par la limite entre la tumeur elle-même et sa capsule. Cette précaution nous met à l'abri d'hémorragies fort désagréables et souvent dangereuses. La présence d'une capsule est

même une condition de réussite de l'intervention, autrement on est obligé de faire l'hystérectomie vaginale.

Il nous reste à mentionner deux complications qui ont souvent conduit à un échec de l'intervention: l'hémorragie et l'infection.

Très souvent l'hémorragie se produit, quand, comme nous venons de le voir, l'opérateur ne se trouve pas dans le bon plan de clivage entre tumeur et paroi utérine. Dans la majorité des cas un tamponnement serré de l'utérus et du vagin, ainsi que l'administration d'ocytociques, arrivent à arrêter cette hémorragie, comme il a été le cas dans notre première observation. Si non, l'hystérectomie s'impose.

L'infection a perdu beaucoup de son importance et de ses dangers depuis l'avènement des antibiotiques. Ceux-ci, en effet, nous permettent d'en venir à bout très aisément et très rapidement.

Un soin tout particulier doit être donné à la question du mode d'anesthésie à employer dans ces cas. L'anesthésie rachidienne a le grand avantage de donner un relachement complet de la musculature du périnée, de sorte que la voie d'accès à l'utérus est très sensiblement facilitée. Si à cette anesthésie on ajoute une incision pararectale de SCHUCHARDT, même l'étroitesse habituelle du vagin de la nullipare ne présente plus guère d'obstacle. Nos deux observations en sont la preuve.

Il est donc établi aujourd'hui que la myomectomie a acquit droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale des myomes de l'utérus, si on se tient strictement aux indications bien établies et bien limitées telles qu'elles ont été décrites dans la littérature.

Quand on parle de myomectomie tout court, on envisage généralement l'intervention par la voie haute. Ceci implique déjà que les indications par la voie vaginale sont bien plus rares. Bon nombre de travaux sur la myomectomie n'en parlent même pas et les statistiques modernes nous fournissent des chiffres de myomectomies vaginales relativement faibles.

Les anciens auteurs, au contraire, ont pratiqué cette opération plus souvent que nous et c'est chez eux que nous trouvons les statistiques les plus complètes. C'est ainsi que GUSSEROV rapporte, en 1878, 154 énucléations vaginales avec 33,1 % de mortalité. ENGSTROEM, 11 ans plus tard, n'indique plus que 4.5 % de mortalité sur 129 cas; OLSHAUSEN 3,2 %. Selon DOEDERLEIN la mortalité est due avant tout à l'anémie, les thromboses, les cardiopathies et l'infection.

La statistique de H. SCHMID, de Prague, qui compare la mortalité des différentes interventions abdiminales et vaginales pour fibrome, est assez intéressante:

85 myomectomies abdominales	—	1,2 %
227 hystérectomies subtotales	—	2,2 %

170	hystérectomies totales	— 3,5 %
143	hystérectomies vaginales	— 3,5 %
63	myomectomies vaginales	— 6,4 %

L'auteur insiste encore une fois sur le fait que l'infection est à la base de cette mortalité relativement élevée.

Les conclusions qu'il faut tirer de cette étude sont les suivantes: La myomectomie par voie vaginale est un procédé chirurgical exceptionnel, employé seulement dans des cas bien déterminés et judicieusement choisis, comme pour toutes les myomectomies; il n'y a que les femmes jeunes en pleine activité génitale et en état de devenir mère qui sont susceptibles de profiter de cette intervention. Pourque l'indication de la voie vaginale soit remplie, il faut, en outre, que la situation du fibrome soit strictement sousmuqueuse et qu'il ne soit pas trop volumineux. Ainsi conçu, le procédé peut donner actuellement de bons résultats entre les mains de ceux qui sont au courant des techniques chirurgicales vaginales. Les nullipares, même si elles présentent des voies vaginales très étroites, ne sont pas exclues de cette technique, à condition d'employer l'anesthésie lombaire et, le cas échéant, de faire une large incision pararectale.

2

nouveaux régulateurs

du système cardiovasculaire

1

QUIDINAL

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

INDICATIONS: Troubles de l'éréthisme cardiaque

DOSES: 1 à 3 comprimés par jour.

2

MANGANOCHOLINE

Acéthycholine-retard, active per os. (Manganochlorure d'acéthilcholine 0,05).

INDICATIONS: Troubles de l'hypertension.

DOSES: 3 à 6 comprimés par jour ou plus.

Traitement mixte

QUIDINAL-MANGANOCHOLINE

INDICATIONS: Hyper-tension et hyperkynésie cardiaque

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

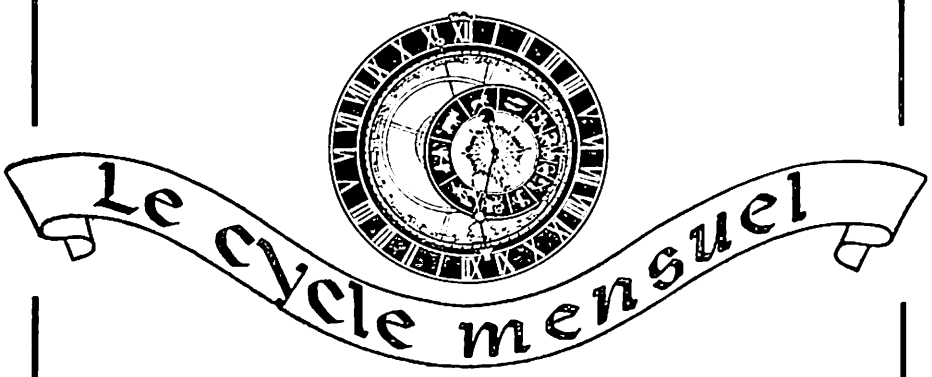
Echantillons et littérature sur demande

LABORATOIRES SAPOS S.A. GENÈVE

REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG:

PROPHAC

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone: 30-73



LE DISMÉNOL

(Acide Parasulfamidobenzoïque + Diméthylamidopyrazolone) 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

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone : 30-73

Avantages en Radiothérapie antitumorale de l'irradiation intravaginale en gynécologie

par M. Demoullin

L'introduction de la thérapie de contact en gynécologie a apporté un progrès notable, mais pose de nombreux problèmes nouveaux dans la thérapie antitumorale.

D'une part, le bistouri est souvent insuffisant pour enlever sans trop de mutilations toutes les cellules cancéreuses, d'autre part il est difficile d'améliorer les résultats de la radiothérapie profonde.

Pour une amélioration en radiothérapie antitumorale deux voies s'offrent à nous:

1) le fractionnement des doses
2) la localisation stricte des irradiations sur la tumeur.

Le but reste le même, atteindre d'une part avec efficacité les cellules cancéreuses, d'autre part épargner le plus possible les tissus sains avoisants et éviter les réactions nuisibles à l'organisme.

Le *fractionnement des doses* amène une augmentation de la différence de sensibilité entre les tissus normaux et anormaux. La cellule cancéreuse aura plus de chances d'être surprise au moment de sa plus grande vulnérabilité aux rayons.

La deuxième possibilité d'améliorer nos résultats se base sur une *irradiation* très intense de la tumeur en épargnant le plus possible les tissus sus- et sousjacents.

En vertu de la loi de la distance, plus la lésion est superficielle, plus il faut en rapprocher le foyer pour que l'énergie distribuée aux tissus malades seuls soit maximum. Au contraire, plus les lésions sont profondes plus nous avons intérêt à éloigner la source pour que les tissus interposés ne reçoivent pas un surdosage inutile et dangereux.

Notre but ne sera donc pas une irradiation homogène des tissus dans lesquels se trouve la tumeur, mais au contraire

une irradiation d'une intensité différenciée, atteignant avec efficacité la tumeur elle-même sans attaquer les tissus sains. *Martius* a donné à cette forme idéale de radiothérapie le nom de «Kleinraumbestrahlung». *Gros* parle d'irradiations de petits volumes.

Chaoul, partant de l'idée que la longueur d'onde n'a rien de spécifique en radio-thérapie, parce que c'est uniquement l'énergie absorbée qui compte, pense qu'il faut pouvoir se rapprocher des conditions de la Curiethérapie. Il cherche à obtenir avec les rayons X la même irradiation qu'avec les rayons de Curie: Une forte dose totale, un étalement chrono logique de la dose et une même distribution dans les tissus, c'est-à-dire des doses décroissant rapidement en profondeur. C'est ainsi qu'il développa la technique de la thérapie de con-tact, ou littéralement: La thérapie à courte distance et à bas voltage. Le volume irradié étant très petit, de quelques centimètres cubes seulement, en plus des avantages obtenus lors de la guérison locale, on évite le «mal des rayons», qui est en réalité la conséquence des irradiations d'un grand volume. Après les irradiations, même avec de très fortes doses, les malades ne présentent normalement pas de troubles et leur état général peut s'améliorer durant le traitement.

L'application de la méthode dépend naturellement de la localisation et de l'étendue de la tumeur, lesquelles rendent parfois l'action d'une dose homogène et suffisante très difficile. La solution technique changera donc selon les conditions imposées par cette localisation.

Pour une *tumeur superficielle*, on réussit facilement par des petits champs et une décroissance rapide de l'intensité en profondeur (rayons moux) à obtenir une répartition très favorable de la dose donnée. L'irradiation des paramètres jusqu'à la paroi pelvienne, même si on part du vagin, ressort incontestablement du domaine de la thérapie profonde. Comme la possibilité d'utiliser plusieurs champs d'irradiation n'existe pas dans la thérapie intravaginale, le quotient des doses en profondeur est défavorable. Ainsi Chaoul a reproché au début à la méthode de *Schaefer-Witte* de renverser littéralement les lois de la thérapie de contact. Il oppose avec raison que pour la muqueuse vaginale la dose serait très élevée au lieu d'être très basse et inversement pour la paroi pelvienne.

Cette objection aurait toute sa valeur si on irradiait à travers la peau au lieu de le faire à travers la muqueuse vaginale. La radio-résistance de celle-ci est plusieurs fois plus grande que celle de la peau. D'après Kepp on peut donner sans accidents graves des doses de 30.000 à 40.000 r, les champs d'irradiation étant petits et les doses étalées convenablement. La méthode de Schaefer-Witte grâce à ces avantages associés au fractionnement des doses a amené des améliorations notables de nos résultats radiothérapeutiques en gynécologie.

Van der Plaats admettant que seule compte la dose absorbée et que les cellules cancéreuses les plus profondes, situées à la limite du tissu sain, doivent recevoir une dose d'environ 3000 r, a développé la méthode de la dose unique massive (cautérisation).

Malgré de grands avantages, à savoir la brièveté du traitement (ce qui en permet l'utilisation sur les néoplasmes profonds mis à nu par le chirurgien) et l'économie de la méthode, cette technique présente un sérieux inconvénient: La moindre erreur sur l'épaisseur de la tumeur entraîne des erreurs importantes sur la dose totale en surface les doses risquent d'être, ou trop faibles, et alors il y aura récidive, ou trop fortes et alors apparition de radionécrose (Gros).

La radiothérapie profonde utilise des rayons durs. La qualité d'un rayonnement est caractérisée par sa courbe d'absorption dans les tissus; cette qualité dépend de la répartition de l'énergie suivant la profondeur, elle intervient uniquement pour apporter le maximum d'énergie à une distance donnée. Ainsi à chaque profondeur correspond un faisceau donnant la plus grande absorption et par conséquent le meilleur rendement.

Il est évidemment très difficile de connaître la profondeur et l'étendue exacte de la tumeur, il est donc illusoire de vouloir faire des calculs trop précis, parce que les données ne peuvent être connues que d'une façon très approximative.

Il y a quelques années on prétendait que les irradiations les plus pénétrantes étaient les plus efficaces et surtout en Amérique ce fut une véritable course vers les voltages élevés, vers les plus petites longueurs d'ondes, vers les absorptions plus faibles par la peau. Mais il semble que si le coût de telles installations a augmenté avec le voltage, les avantages sur la radiothérapie à 200 K.V. n'ont pas augmenté en proportion.

En Allemagne *Holfelder* signale une amélioration des résultats. Il utilise des doses fractionnées lentement décroissantes — au début il donne des doses fortes pour atteindre efficacement la néoformation et empêcher l'accoutumance aux rayons — l'irradiation se fait par plusieurs petits champs dirigés en feu croisé, de plus il fait un usage fréquent de la compression. *Dumesnil de Rochemont* a perfectionné une méthode ancienne, la méthode de rotation. L'essentiel de toutes ces méthodes est de ménager le plus possible la peau et les tissus sains irradiés afin de pouvoir porter une dose efficace an niveau de la tumeur.

En *gynécologie* la méthode interne avec un tube spécial — Siemens-Körperhöhlenrohr — construit par Schaefer-Witte nous donne la possibilité de soumettre les cancers localisés dans le vagin ou son voisinage immédiat, à une irradiation intravaginale intense et bien limitée.

Le tube proprement dit se trouve enfermé dans un manchon radioopaque en porcelaine qui protège la malade contre la haute tension amenée sous un cable à grand isolement. Le faisceau

cathodique qui est dirigé à travers un tube creux soudé au verre du tube, pénètre jusqu'au fond où il frappe l'anticathode terminale qui obture le tube. On n'utilise que des rayons qui traversent cette anticathode en cuivre doré sur la face interne. Le tube métallique creux et son extrémité anticathodique sont à la terre et sont refroidis par une circulation d'eau dans une chemise entourant le tube. Le faisceau devra donc traverser outre l'anticathode la couche d'eau de refroidissement et la mince lame de la chemise ce qui équivaut environ à 0,5 mm de Cu. La plus petite distance focus-peau réalisable est de 10 mm. mais le traitement se fait généralement à 2 ou 3 cm de l'anticathode.

Des tubes métalliques radioopaques qui portent à leur extrémité des filtres en Cu. diaphragment la partie utile du faisceau qui sort de l'appareil. Des *«calottes»* graduées appliquables sur ces filtres nous permettent de fixer la distance foyer — tumeur et *les quotients des doses profondes* dans les limites déterminées et volontairement étroites où cela est nécessaire.

Les courbes isodoses dépendent de la forme des différents filtres.

Comme nous l'avons vu, la dose ne décroit pas seulement d'autant plus rapidement que la radiation est plus molle, mais encore que la distance foyer-peau est moins grande. Cette décroissance rapide est désirable dans les cas où le tube peut être mis en contact avec la tumeur.

Même quand les rayons doivent traverser des tissus sains avant d'arriver au niveau de la tumeur on peut faire absorber à celle-ci une dose cancéricide parce que la muqueuse vaginale est bien plus radiorésistante que la peau.

Schaefer-Witte réussit à améliorer la dose en profondeur par un rayonnement plus dur, donc plus pénétrant. Voltage de 90 à 100 K. V. et filtrage par Cu.

Kepp a essayé à reproduire des doses spatiales semblables avec le tube de contact à K.V. sans filtrage notable en augmentant la distance focus-peau. Distance choisie telle que la mise en place des tubes métalliques dans la cavité vaginale ne présente pas de difficultés et que la direction du rayonnement reste exactement la même que celle de la méthode Schaefer-Witte. Il a étudié pour cette méthode une série de tubes métalliques spéciaux, utilisés à notre clinique avec de bons résultats.

En Amérique *Nolan* et *Stanbro* utilisent eux aussi une radio-thérapie intravaginale pénétrante (140 à 200 K.V.) avec distance anticathode-peau de 30 cm. Un spéculum spécial est utilisé, soit rigide de 3 à 4 cm de diamètre, soit extensible du type *Erskine;* il peut être radioopaque ou radiotransparent. Ce spéculum doit pouvoir être orienté latéralement de 15° de façon à irradier les paramètres, de plus ces auteurs disent qu'il convient de lui donner une forte inclinaison latérale et antérieure.

Chaoul et *Teschendorf* avaient développé une technique analogue, dont l'inconvénient était de ne pas pouvoir diriger

d'une façon aussi précise les rayons sur les infiltrations paramétrales qu'avec le tube de Schaefer-Witte, ou les tubes développés par Kepp.

Après comparaison avec les procédés que nous venons de résumer nous voyons que la technique intravaginale avec le tube de Schaefer-Witte permet l'irradiation des petits volumes, pratiquée avec un appareil de dimensions réduites très maniable. Elle réalise un traitement économique pour la malade et le médecin. Selon la localisation et l'étendue de la tumeur on choisit le tube métallique approprié. Dans les cas de tumeurs décelables au toucher rectal, on peut mettre convenablement en place le localisateur sous contrôle rectal, après l'avoir fixé, on introduit le tube qu'on fixe au localisateur. De la sorte on réussit facilement à diriger le faisceau irradiant entre la vessie et le rectum sur les infiltrations paramétrales.

Depuis 1932 on pratique cette méthode au service du prof. Martius avec l'appareil de Schaefer-Witte. Les doses utilisées et leur fractionnement ont été soumis entre temps à diverses modifications, nous n'avons pas et nous n'avons jamais eu l'intention en gynécologie, de soumettre les tumeurs uniquement à ce traitement. Les dispositions anatomiques sont trop complexes. Nous lui associons la radiothérapie profonde et la Curiethérapie, si nous avons la possibilité d'obtenir ainsi une meilleure dose spatiale. Ceci n'exclut évidemment pas que la radiothérapie intravaginale soit devenue une technique essentielle pour l'irradiation des petits volumes en gynécologie, technique qui présente comme nous allons le voir de précieux avantages.

Sans revenir par la suite sur le côté théorique nous allons essayer de donner un bref aperçu des nouvelles possibilités de cette méthode en gynécologie.

Nous traiterons successivement les différentes localisations du cancer et nous indiquerons brièvement notre technique thérapeutique sans trop insister sur les doses données.

Quelques cas seront choisis comme exemples de traitements donnés.

1° CANCER DU COL

Le stade I n'est pas difficile à traiter. On a deux méthodes qui donnent à peu près les mêmes résultats. *L'opération* d'après *Wertheim* ou d'après *Schauta*, ou bien *l'introduction de radium* dans la cavité cervicale du col de l'utérus.

Seulement en cas de contre-indication (annexite) nous irradions la lésion initiale avec le tube Schaefer-Witte.

A un stade plus avancé la lésion initiale reste facile à traiter, mais les infiltrations paramètrales sont difficiles à atteindre. Si nous les attaquons par la radiothérapie externe seule, nous devons donner des doses très élevées qui compromettent l'état général de la malade. D'autre part d'après *Martius* le

radium n'est efficace que sur un rayon de 3 cm, si on veut éviter des lésions des organes voisins.

Ainsi depuis 1932 Martius a commencé à utiliser l'irridiation intravaginale. Sous contrôle rectal nous introduisons le tube que nous orientons exactement dans la direction des infiltrations. De cette manière l'irradiation qui est de petit volume reste entièrement limitée aux tissus pathologiques. Ainsi nous atteignons efficacement les infiltrations paramétrales en irradiant un petit volume, ce qui était impossible avec la radiothérapie externe.

Il y a sans doute des métastases ganglionnaires que nous n'atteignons ni avec le tube Schaefer-Witte ni avec le radium. Donc nous ne pouvons pas renoncer à la thérapie externe. Pour éviter un surdosage dans les régions où nous avons déjà appliqué la thérapie intravaginale et le radium, nous ne dirigeons pas nos champs de manière convergente mais divergente.

Nous donnons 4 champs: 2 de dos et 2 de face qui s'entrecroisent du côté homolatéral dans la paroi pelvienne.

Pour la mise en place du radium nous recommandons de l'introduire dans la partie cervicale du col sous forme de crayon, si l'introduction ne fait pas trop de difficultés. S'il y a cratère important nous apposons une plaque radifère. Il est important d'agrandir la distance col-rectum et col-vessie par des tampons que nous introduisons dans le cul-de-sac antérieur et postérieur. De cette manière nous constatons moins de fistules.

L'essentiel de la thérapie intravaginale est de bien orienter le tube sur les infiltrations paramétrales. Comme nous l'avons déjà dit antérieurement, cette thérapie est une méthode par contact. Les infiltrations atteignant des distances de 5—7 cm elles ressortent de la thérapie profonde. Mais la paroi vaginale étant plus radiorésistante que la peau nous pouvons accepter un quotient de dose défavorable et atteindre des doses cancéricides à la paroi pelvienne sans trop léser la paroi vaginale. Il est évident que nous devons suffisamment fractionner nos doses et irradier des petits champs. A la suite d'une irradiation très intense nous constatons parfois de petites ulcérations à la paroi vaginale, qui toutefois guérissent rapidement.

En suivant cette technique nous avons rarement observé une urémie subite, accident qui est bien plus fréquent lors de l'irradiation externe même avec la méthode Coutard. Nous supposons que l'oedème local qui souvent est à l'origine de la compression des uretères et donc de l'urémie, lors de l'irradiation, est proportionnel au volume irradié.

Tout le problème de la radiothérapie des cancers du col réside dans la distribution d'une dose suffisante même pour les cellules cancéreuses les plus éloignées. Les localisations multiples exigent une association judicieuse des différentes techniques; à savoir la radiothérapie externe, la Curiethérapie et la radio-

thérapie intravaginale qui elle s'est déjà assurée un rôle prépondérant dans le combat contre le cancer du col à tous les stades. Elle s'attaque avant tout aux infiltrations paramétrales et fournit un traitement efficace dans de nombreux cas inguérissables sans elle.

Après quelques changements apportés au cours des années à notre technique, l'expérience nous a fait préférer les dosages suivants:

Curiethérapie: La cellule radifère dont le filtrage total équivaut à 0,5 mm Pt. est introduite dans la cavité cervico-isthmique ou dans le cratère. Nous donnons 4000 mgh. dont nous administrons 2000 mgh au commencement, 2000 mgh au milieu du traitement.

Si l'introduction dans la cavité cervico-isthmique est impossible nous donnons 3000 mgh seulement. Au début, au milieu et à la fin du traitement 1000 mgh. La cellule radifère sera placée devant la portion vaginale.

Thérapie vaginale: Avec le filtre de distance en biais nous irradions les paramètres de sorte qu'une dose de 2400 r soit absorbée par la paroi pelvienne à 5 cm de profondeur. Nous étalons les doses sur 12 séances à 200 r chacune.

Thérapie profonde: La dose est environ de 1200 r sur la tumeur pelvienne de chaque côté, obtenue par 12 séances à 100 r dose en profondeur.

Deux champs sur le ventre et deux champs sur le dos (10 × 15 cm). 2060 r D. S. = 12 × 172 r D. S. = 100 % dose érythème de la peau.

Ces champs sont divergents pour épargner l'espace soumis déjà à l'action du radium. Les doses de profondeur de 1200 r par côté sont obtenues par l'addition des deux champs soit du côté gauche soit du côté droit.

Champ vulve périnée (8 × 10) cm.

1240 r dose en surface = 8 × 155 r D. S. = 60 % dose érythème. La durée totale de l'irradiation est de 28 jours.

Pendant 24 jours nous faisons alterner jour après jour la thérapie interne et externe, pour les jours réservés à la thérapie externe nous irradions successivement les 4 champs dans la même séance. Pendant les mêmes 12 jours nous pratiquons 8 séances d'irradiation par le champ périnée-vulve.

Pendant les 12 jours restants nous pratiquons la thérapie intravaginale, les côtés droit et gauche étant traités au cours de chaque séance.

Les doses indiquées pour la thérapie externe se rapportent à des rayons durs (180 K.V. filtre 0,5 mm Cu, couche de demi-absorption = C. D. A. = 0,8 mm Cu, distance focus-peau F. P. = 40 cm).

Le traitement s'effectue d'après le schéma suivant:

1 jour: Application du radium.
2 jour: Enlèvement du radium. Pas d'autre irradiation.
3 jour: Thérapie profonde: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
4 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
5 jour: Th. pr.: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
6 jour: Th. intravaginale: irradiation des 2 champs.
7 jour: Th. pr.: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
8 jour: Th. intravaginale: irradiation des 2 champs.
9 jour: Th. pr.: irradiation des champs et du champ vulve-périnée.
10 jour: Th. intravaginale: irradiation des 2 champs.
11 jour: Th. pr.: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
12 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
13 jour: Th. pr.: irradiation des champs et du champ vulve-périnée.
14 jour: Application du radium.
15 jour: Enlèvement du radium. Pas d'autre irradiation.
16 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
17 jour: Th. pr.: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
18 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
19 jour: Th. pr.: irradiation des 4 champs et du champ vulve-périnée.
20 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
21 jour: Thérapie profonde: irradiation des 4 champs.
22 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
23 jour: Thérapie profonde: irradiation des 4 champs.
24 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
25 jour: Thérapie profonde: irradiation des 4 champs.
26 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.
27 jour: Thérapie profonde: irradiation des 4 champs.
28 jour: Thérapie intravaginale: irradiation des 2 champs.

L'état général de la malade est toujours plus ou moins troublé par la décomposition de la tumeur et la résorption toxique des produits de dégradation.

On note le manque d'appétit et la sensation de dépression. Mais tous ces phénomènes disparaissent régulièrement après la fin de l'irradiation et sont en général suivis d'une notable amélioration de l'état général et d'une augmentation de poids parfois considérable. Nous soumettons donc également des femmes cachectiques au traitement.

Les fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales se manifestant après ce traitement nous donnent un certain indice quant

aux dégâts causés par l'irradiation des tissus sains en profondeur. D'après nos statistiques, au début de l'application de la radiothérapie vaginale nous comptonts 9,8 % de fistules. Leur fréquence a regressé considérablement par la suite, elle est maintenant de 1%. Soulignons donc que non seulement la fréquence de l'apparition de fistules n'augmente pas, mais diminue considérablement.

Le processus de régression de la tumeur pelvienne se fait avec des signes locaux bien moins violents que dans le cas de la méthode *Coutard*. En effet, comme nous l'avons dit déjà *) la méthode Coutard nous contraint à interrompre le traitement lors de l'apparition d'un oedème de la muqueuse des urètres et lors de leur compression complète causée par une infiltration inflammatoire de voisinage s'ajoutant à l'infiltration cancéreuse. Cette obstruction subite et complète des uretères et l'urémie n'est que très rarement observée, si nous utilisons la thérapie vaginale. Dans le cas d'une hydronéphrose assez prononcée, nous voyons souvent diminuer rapidement des petites infiltrations sous étalement convenable des doses et nous réussissons de la sorte à libérer les uretères. Dans le cas ou les deux uretères sont comprimés par le cancer, il vaut mieux les soumettre l'un après l'autre à la thérapie pour éviter ainsi le danger d'une anurie complète.

Depuis 1926 déjà Martius n'opére plus les cas qui présentent une infiltration paramétrale sûre. Depuis 1937 il soumet tous les cas de cancer du col non opérés au traitement radiothérapeutique intra-vaginal. Pour 351 cas de malades traitées de la sorte il eu 35,9% de guérisons. Les statistiques définitives à partir de l'année 1939 nous manquent encore. Mais pour 404 cas de malades avec infiltration nette des paramètres observées pendant 2 à 6 ans, dernière date de l'examen de contrôle fin 1946; pour les années 1941 à 1944 il a 53,7% de guérisons — chiffre que nous ne pouvons pas encore considérer comme définitif parce qu'il ne donne pas uniquement les cas de malades guéries pendant 5 années et plus. Après la mise au net de cette statistique, nous la communiquerons prochainement.

Cas: Madame Jeanne B., 40 ans:
Diagnostic: Cancer du col stade III.

Observation: Cratère profond dans la région de la portion vaginale. Le cancer s'étend sur le cul-de-sac antérieur ainsi que sur le côté droit du vagin. Infiltration large des deux paramètres s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne.

Thérapie: (du 27 octobre 1942 au 2 décembre 1942):
Curie-thérapie: 3000 (2000 + 1000) mgh la cellule radifère étant placée dans le cratère.

*) *Demoulin:* L'importance de l'urographie intraveineuse dans le traitement par radiothérapie du cancer inopérable du col utérin. — Paris médical 7/1949.

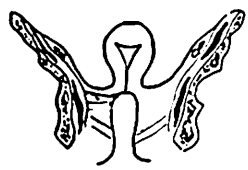
Radiothérapie externe: 1236 r dose en profondeur. Dose donnée par un champ de dos et un champ de ventre de chaque côté (champs divergents).

Radiothérapie intravaginale: 2400 r (12 × 200 r) dose à la paroi pelvienne par champ. Irradiation des deux champs.

Poids: Avant le traitement 55,6 kg. — Après le traitement 53,3 kg.

Examens de contrôle: 5 mai 1943: 70 kg. Cicatrice dans le paramètre droit, paramètre gauche sans particularités. 20 janvier 1948: 61 kg. Paramètres sans particularités.

27.10.42.



5.5.43.

20148

2° CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

L'extirpation totale de l'utérus et des annexes reste la méthode qui présente les meilleures chances de guérison. Malheureusement le mauvais état général des malades pour la plupart très âgées ne permet plus l'intervention chirurgicale et nous force de les soumettre à la radiothérapie. L'irradiation de ce cancer reste toujours du domaine presque exclusif de la curiethérapie et nous nous efforçons de rendre la distribution de la dose spatiale aussi favorable que possible. Nous prenons soin que le radium introduit dans la cavité de l'utérus s'adapte le plus possible à la paroi interne de l'organe. La méthode du *Radiumhemmet* de Stockholm, indiquée par *Heymann*, qui consiste à remplir la cavité de l'utérus de cellules radifères de forme ovale nous paraît plus favorable que la méthode qui utilise une cellule en forme de crayon.

Pour *l'épithélioma du chorion* nous préférons l'extirpation totale de l'utérus avec traitement radiothérapeutique postopératoire à cause des métastases fréquentes de ce cancer.

Cas: Madame Meta T., 56 ans:

Diagnostic: Adéno-carcinome du *corps de l'utérus* avec infiltration étendue des paramètres.

Observation: Portion vaginale sans particularités. Infiltration plus large du paramètre gauche que du paramètre droit. Les deux infiltrations paramétrales s'étendent jusqu'à la paroi pelvienne.

Thérapie: 10 mai 1947 au 12 juin 1947:

Curie-thérapie: 5000 (3000 + 2000) mgh par cellules radifères introduites dans la cavité utérine.

Radiothérapie externe: 1236 r dose en profondeur par côté obtenue par la somme d'un champ de ventre de côté.

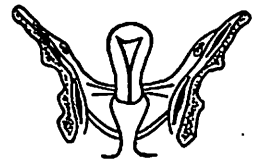
Radiothérapie intravaginale: 2400 (12×200) r dose à la paroi pelvienne par champ. Irradiation par 2 champs.

Poids: Avant le traitement 48 kg. Après le traitement 45 kg.

Examens de contrôle: 10 septembre 1947: 47 kg. Cicatrices dans les deux paramètres. 20 octobre 1948: 49 kg. Cicatrices dans les deux paramètres.

10.5.47

10.9.47



20.10.48

3° CANCER DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE

Les meilleurs résultats sont obtenus par l'opération radicale. Il convient de procéder dans tous les cas à une radiothérapie fractionnée postopératoire. Dans les cas inopérables les résultats radiothérapeutiques sont peu encourageants. En effet. la plupart des tumeurs de l'ovaire sont tellement radiorésistantes qu'elles nécessitent pour garantir le succès une dose de rayons très élevée. C'est l'irradiation externe qui joue le rôle principal. Pour atteindre les foyers d'ensemencement dans le péritoine. le mésentère et les autres organes, il faut choisir des champs très étendus ce qui correspond à des doses spatiales très élevées. Dans de rares cas seulement l'irradiation par le Schaefer-Witte est utile pour atteindre des tumeurs résiduelles et les métatases isolées dans le cul-de sac de Douglas.

Cas: Madame Hélène W., 47 ans:

Diagnostic: Récidive d'un cancer de *l'ovaire droit.* En 1942, nous avions procédé à l'extirpation totale de l'utérus et des annexes pour cancer des deuxovaires. Comme radiothérapie postopératoire nous avions donné 1200 r (6×200 r) dose en surface par champ, répartie sur 2 champs de dos et 2 champs de ventre.

Observation: Tumeur dure de la grosseur d'une orange dans la région de l'annexe droite.

Thérapie: (25 janvier 1943 — 18 février 1943):

Radiothérapie externe: (12 × 200 r) par un champ de dos et de ventre droit.

2400 r (12 × 200 r) dose en profondeur (à la paroi pelvienne) donnée par le filtre en biais.

Poids:

Avant le traitement: 60 kg.

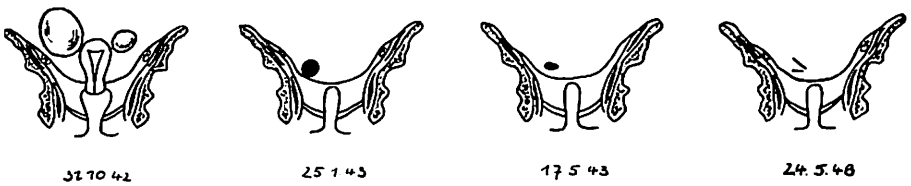
Après le traitement: 58,5 kg.

Examens de contrôle:

17 mai 1943: 59 kg. Dans la région de l'annexe droite tumeur de la grosseur d'une noix.

18 août 1943: 60,5 kg. Petit bassin: La tumeur a disparu.

24 mai 1948: 62 kg. Petit bassin: Il ne reste que des adhérences cicatricielles.



4° CANCER DU VAGIN

Le traitement chirurgical du cancer du vagin est très délicat et très mutilant. Dans la plupart des cliniques qui disposent de radium on préfère la Curiethérapie. L'application du radium est facile pour les cancers circulaires. Dans ces cas on peut continuer à l'utiliser. Si le cancer est localisé sur une seule face on doit diaphragmer les rayons dirigés sur les autres faces, ce qui est difficile. Dans ces cas, nous utilisons le Schaefer-Witte, qui nous permet de localiser exactement les rayons, de fractionner les doses et de suivre de près la régression des lésions.

Ainsi nous évitons plus facilement le surdosage et les fistules.

La radiothérapie intravaginale soumet la tumeur à une irradiation intense et directe. La faible distance foyer-muqueuse amène une décroissance rapide de la dose en profondeur ce qui la rend semblable à la Curiethérapie. L'avantage de la radiothérapie de contact est qu'on peut diaphragmer le faisceau irradiant et qu'on peut augmenter l'intensité de l'irradiation ce qui permet de donner une dose voulue en profondeur. Nous ne renonçons jamais à la radiothérapie externe et nous choisissons des champs irradiant en même temps les ganglions inguinaux.

Cas 1: Madame Anne S., 62 ans:

Diagnostic: Cancer vaginal.

Observation: Tumeur de la grosseur d'une pièce de 5 francs dans le cul-de-sac postérieur droit. Infiltration de la grosseur de

deux doigts dans le paracolpium droit s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne.

Thérapie: Du 29 août 1946 au 17 octobre 1946:

Radiothérapie externe: 2400 r (12 × 200 r) dose à la paroi pelvienne droite avec le filtre droit. 2400 r (12 × 200 r) dose à la paroi pelvienne avec le filtre en biais.

Poids: Avant le traitement 58 kg., après 57 kg.

Examens de contrôle: 17 décembre 1946: 61,5 kg. Infiltration de grosseur d'un pouce dans le paracolpium droit. 20 septembre 1948: 63 kg. Cicatrices dans les paracolpiums gauche et droit.

Cas 2: Madame Anne S.:

Diagnostic: Récidive sur le *moignon vaginal* après extirpation totale pour cancer du corps de l'utérus pratiquée dans notre service en janvier 1948. Pas d'irradiation postopératoire.

Observation: Ulcération cancéreuse dans le fond du vagin sur la paroi latérale gauche. Derrière l'ulcération on constate une induration de la grosseur d'une noix qui se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne par une infiltration de la grosseur d'un crayon.

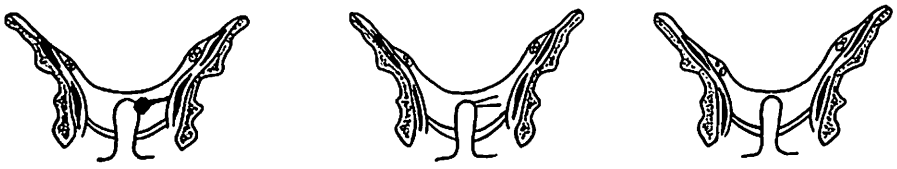
Thérapie: Du 7 juin 1943 au 5 juillet 1943:

Radiothérapie intravaginale:

2400 r (12 × 200 r) calculés pour une profondeur de 5 cm par le filtre droit.

Poids: Avant le traitement: 45,4 kg. Après: 43 kg.

Examens de contrôle: 18 octobre 1943: 45 kg. Vagin lisse. Cicatrices dans le paramètre gauche. Le reste du petit bassin est libre. 13 janvier 1948: Guérison complète.



7 6 43 18.10.43 13.1.48

5° CANCER DE LA VULVE ET DE L'URETRE

Pour les mêmes raisons que nous venons de citer à propos du cancer du vagin nous ne pratiquons plus l'extirpation de la vulve et des ganglions inguinaux.

Actuellement nous avons trois traitements à notre disposition:

1) Electroexcision de la tumeur avec traitement radiothérapeutique post-opératoire.

2) Electrocoagulation du cancer avec traitement radiothérapeutique post-opératoire.

3) Traitement radiothérapeutique tout court.

Pour les cas opérables nous pratiquons l'électroexcision avec traitement radiothérapeutique post-opératoire.

Pour les cas inopérables nous pratiquons le traitement radiothérapeutique soit avec le Schaefer-Witte soit avec le Chaoul. Pour accélérer le traitement et diminuer les doses nous commençons par l'électroexcision des parties exophytiques.

Les cancers de l'urètre et les cancers vulvo-urétraux prennent une place à part. Le traitement opératoire et l'électroexcision sont impossibles à cause des mutilations. On les traite généralement par les rayons. Le radium est appliqué sous forme d'aiguilles ou de moulages. Nous employons la thérapie de contact. Nous irradions les ganglions. Dans les cas où les ganglions sont trop radio-résistants *Martius* a essayé ces derniers temps une méthode nouvelle. Pour épargner la peau nous la rabattons au niveau des ganglions et la fixons à la peau saine pour la durée du traitement. Nous irradions alors les ganglions par la radiothérapie de contact jusqu'à leur fonte après quoi nous remettons la peau en place.

Cas: Madame Auguste S., 54 ans:

Diagnostic: Cancer de la *vulve*.

Observation: Cancer de la grande lèvre s'étendant sur la petite lèvre jusqu'au voisinage de l'urètre. En tout le cancer a l'étendue d'une main. Dans la région inguinale droite plusieurs ganglions de la grosseur d'une noisette. La région inguinale gauche est libre.

Thérapie: Du 22 septembre 1945 au 13 octobre 1945.

Opération: Electroexcision de la tumeur dans les tissus sains.

Radiothérapie post-opératoire: Irradiation externe par le tube de Schaefer-Witte sur la région de l'électroexcision. 2400 (12 × 200 r) calculés pour une profondeur de 2 cm. Filtre droit focus-peau: 2 cm.

Radiothérapie externe sur les 2 régions inguinales: 4000 r (20 × 200) dose en surface d'une irradiation semi-pénétrante. (C. D. A. 0,15 mm Cu, champs 6 × 8 cm).

Poids: Avant le traitement: 47,8 kg, après 47,5 kg.

Examens de contrôle: 18 décembre 1945: 50 kg., région irradiée de la vulve présente une teinte claire, elle est molle. 18 septembre 1946: 46,5 kg. Petite ulcération de la grande lèvre droite. 6 février 1947: 50 kg. L'ulcération est guérie. 6 juillet 1948: 51 kg. Toute la région lisse.

22.9.45 18.12.45 18.9.46 6.7.48

Cas: Madame Berthe S., 61 ans.

Diagnostic: Cancer de *l'urètre.*

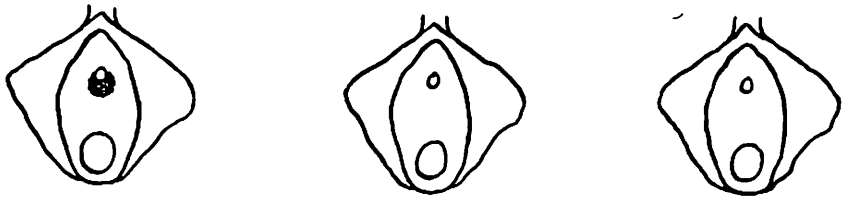
Observation: Tumeur de la grosseur d'une noisette dans la région postérieure du méait de l'urètre.

Thérapie. Du 28 décembre 1944 au 26 février 1945.

Irradiation externe dirigée sur la tumeur 2400 r (12 × 200 r) calculés pour une profondeur de 2 cm. Filtre droit du tube Schaefer-Witte. 4000 r (20 × 200 r) sur les ganglions inguinaux de chaque côté, dose en surface d'une irradiation semi-pénétrante. (C. D. A.. 0,15 mm Cu., champs 6 × 8).

Poids: Avant le traitement 70 kg. Après le traitement 52,2 kg.

Examens de contrôle: 25 avril 1945: 70 kg. Toute la région est lisse. 8 juin 1948: 66 kg. Toute la région lisse.



28.12.44 25.9.45 8.6.48

En résumé l'amélioration de nos résultats en radiothérapie des tumeurs malignes en gynécologie se base sur un fractionnement des doses et une localisation aussi stricte que possible des irradiations sur la tumeur. Dans les cas où le cancer est localisé dans le vagin ou n'en est pas très éloigné, la radiothérapie intravaginale nous donne la possibilité de guérir de nombreuses malades qui sans cela seraient incurables. Notons néanmoins que l'association des diverses thérapeutiques indiquées présente toujours la garantie d'une guérison plus certaine.

Travail fait à la Clinique Gynécologique de la Faculté de Médecine de Goettingen:

Médecin-chef: Prof. *H. Martius.*

Chef du service de radiothérapie: *R. Kepp.*

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE LUXEMBOURG

BIBLIOGRAPHIE

Arneson: Radiology 49, 4, 1947.

Annual Report on the Results of Radiotherapie in Cancer of the Uterine cervix. III. Vol. League of Nations, Health Organization Genf 1938.

Demoullin M.: Paris médical, No. 7, 1949.

Demoulin-Kepp: Journal de Radiologie, No. 11-12 1949.

Sous presse: *Demoulin-Kepp:* Journal de Radiologie, 1950.

Forsell: in *Lazarus,* Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, S. 457. I. F. Bergmann 1929.

Gentil Fr.: The journ. of the int. College of surgeons, 9, 4, 1946.

Gros Charles: La Radiothérapie de Contact.

Heymann: Strahlenthe. 29, 407 (1928).

Heymann-Benuer: Acta radiol. 1946, 328.

Heymann-Reuterwall-Benuer: Acta radiol. 194.

Mrs. Hurdon: Strahlenther. 63, 679 (1938).

Jenkinson: Radiology, 49, 4, 1947.

Kepp: Dtsch. med. Wschr. 1947, 34.

Kepp: Aerztl. Wschr. 1948. 334.

Kepp: Zbl. Gynäk. 1947, 333.

Kepp: Geburts- u. Frauenheilk. 1941, 289.

Kepp-Athanassiu: Strahlenther. 76, 62 (1946).

Kepp-Athanassiu: Strahlenther. 76, 56 (1946).

Kepp-Sommer: Zbl. Gynäk. 1944, 285.

Kepp-Witte: Dtsch. zahnärztl. Ztschr. 1947, 675.

Kirchhoff: Strahlenther. 53, 193 (1935).

Kirchhoff: Strahlenther. 65, 579 (1939).

Kirchhoff: Zbl. Gynäk. 1939, 2144.

Laborde: Strahlenther. 63, 658 (1938).

Lacassagne-Baclesse-Reverdy: Radiothérapie des cancers du col de l'utérus — Masson 1941.

Martius: Dtsch. med. Wschr. 1937, 293.

Martius: Dtsch. med. Wschr. 1938, 953.

Martius: Arch. Gynäk. 173, 97 (1942).

Martius: Dtsch. med. Wschr. 1943, 145.

Martius-Kepp: Strahlenther. 71, 627 (1942).

Martius-Kepp: Zbl. Gynäk. 1942, 2.

Magyar: Geburtsh. u. Frauenheilk. 1944, 289.

du Mesnil de Rochemont: Strahlenther. 71, 512 (1942).

Meyer H.: Zbl. Gynäk. 1913, 1741.

Müller E. A. W.: Strahlenther. 76, 334 (1947).

Müller H. J.: Strahlenther. 70, 243, (1941).

Nolan et Stanbro: Radiology 49, 4, 1947.

Schaefer: Die Röntgentherapie des Uteruskarzinoms mit dem Körperhöhlenrohr. — Verl. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1941.

Schaefer-Witte: Strahlenther. 33, 581 (1929).

Schinz: Strahlenther. 61, 58 (1937).

Smith Frank R. et *Pollack:* Surgery, Gynecology and Obst. 84, 1, 1947.

Stutzer: Strahlenther. 76, 361 (1947).

Taylor-Twombly: Aemr. J. Roentgenol. 56, 513 (1946).

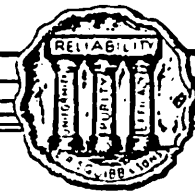
William R. Given: American Journal of obst. and gyn. 53, 6, 1947.

Winternitz: Brit. Journ. of Rad. XXI. 241, 1948.

Witte: Strahlenther. 72, 177 (1942).

Witte: Rev. med. germ. ib.-amer. 1938, 427.

Witte: Strahlenther. 77, 193 (1948).



CRYSTICILLINE* „FORTE"

SQUIBB

300.000 U. Pénicilline procaïne
+ 100.000 U. Pénicilline cristallisée
injectable en suspension aqueuse.

●

Assure rapidement une pénicillinémie élevée
qui se maintient pendant 24 à 36 heures.

●

Fioles de 400.000 unités + 1 ampoule eau distillée
Fioles de 4.000.000 Unités

●

* Marque déposée E. A. SQUIBB & SONS, N. Y.

SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES

BRUXELLES
168, Av. Louise

Labaz

Tél. : 48.94.35
48.94.40

Société anonyme

Département Pharmaceutique
de la
SOCIETE 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 Sulfogaiacolate de K, Creosote et Lactophosphates,
Ephedion	Sirop pectoral à base d'Ephedrine.
Rheumacalm	Antirhumatismal externe très efficace.
Scabiola	Scabiès, Affections de la peau, boutons, eczémas démangeaisons.
Sapoformyl	Antiseptique, désinfectant à base de formol, très efficace non irritant. Lavages, désinfections de linge etc.

Produits du

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

SOCIÉTÉ ANONYME

LUXEMBOURG

23, rue Mercier

Un curieux syndrome polyviscéral

par Frédéric Hippert

Monsieur M. B., né le 5. V. 1922 à Constantine en Algérie, est hospitalisé le 17. V. 1949 pour une entorse du pied gauche sans lésions osseuses. Le soir la température monte à 39,9 °, mais le lendemain matin le malade est apyrétique. Cette fébricule, avec apyrexie matinale et acmés thermiques vespéraux, accompagnés de sueurs abondantes, se maintient dans la suite et n'est guère influencée par la pénicilline à doses massives.

Le 14 juin le malade est transféré dans notre service. Il déclare n'avoir jamais été malade. L'état général laisse beaucoup à désirer. Les muqueuses, un peu pâles, ne montrent aucune pigmentation pathologique. Les téguments sont plutôt secs, légers oedèmes sus- et sousmalléolaires, plus accusés à gauche. La peau de l'abdomen présente un teint brun-noirâtre, sans taches. Pas de prurit. Système pileux s. p. Langue saburrale, humide. Dents, gorge et pharynx s. p. Adénopathies cervicoaxillaires: ganglions de volume inégal, assez durs, indolores, isolés les uns des autres, non adhérents aux plans sus- et sousjacents. Poumons s. p. Coeur de volume normal, tachycardie, souffle systolique à la base, sans propagation. Tension artérielle au Boulitte 9,5/6,0. Abdomen souple, indolent, ni réseau veineux, ni ascite. Foie, non douloureux déborde d'un et demi travers de doigt le grillage costal. Région vésiculaire non douloureuse à la pression. La rate déborde nettement le rebord costal, se montre indolore mais assez dure. Fonctions digestives non troublées, reins non palpables. On ne perçoit pas de masses rétropéritonéales. Toucher rectal s. p. Rien à signaler au niveau du contenu du scrotum. Os et articulations s. p. Au tiers supérieur de la musculature des mollets on constate des masses dures, bosselées et extrêmement douloureuses à la pression. La peau susjacente est intacte.

Système nerveux: Pupilles normales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus, nerfs crâniens s. p. Réflexes cutanés conservés. Réflexes tendineux vifs aux extrémités inférieures. Clonus patellaire, Babinski bilatéral. Atrophie musculaire, particulièrement marquée à gauche. L'hypothénar et les muscles interosseux à gauche présentent également un certain degré d'atrophie. La sensibilité profonde et superficielle ne semble pas touchée. Pas d'ataxie en position couchée. Sphincters intacts.

La station debout et la démarche sont impossibles par suite des douleurs violentes ressenties aux mollets. Ponction lombaire à 2 reprises: Pression et Queckenstedt normaux, liquide clair, albumine 0,01%, leucocytes 0,3 par mm^3, glucose 0,65‰, BW ∅.

Examens radiologiques: Organes intrathoraciques et colonne vertébrale s. p. Aucune ombre pathologique à la région rénale. Os des jambes, articulations sacroiliaques et coxofémorales s. p.

Hémogramme: Hémoglobine 62%, globules rouges 3550000, globules blancs 3900, poly 66%, mono 12%, lympho 15%, éos. 3%, promyélocytes 2%, myélocytes 1%, métamyélocytes 1%, temps de saignement 3', temps de coagulation 7,5', signe du lacet négatif.

Myélogramme: rien d'anormal à signaler, pas de parasites.

Examens de laboratoire: Urée sanguine 0,35‰, glycémie 0,92‰, bilirubinémie 0,0022‰, cholestérinémie 177 mgr %, NaCl 620 mgr %, réserve alcaline (van Slyke) 65 vol. %, vitesse de sédimentation 55/88 mm, BW ∅, Widal ∅. Sérodiagnostic pour mélitococcie ∅, 2 hémocultures faites en plein acmé thermique sont restées stériles. Paludisme ∅.

Les divers examens ont donc révélé:

1) Une fébricule prolongée, avec apyrexie matinale et acmés thermiques vespéraux sans frissons, mais accompagnés de sueurs abondantes,
2) un syndrome ganglionnaire,
3) un syndrome splénohépatique,
4) un syndrome hématologique,
5) un syndrome pyramidal bilatéral sans altération chimiques et cellulaires du liquide céphalorachidien et sans altérations osseuses de la colonne vertébrale,
6) un syndrome d'hypotension et cutanéomusculaire.

Les réponses du laboratoire permettent d'exclure avec certitude une affection du groupe typhique, le paludisme, la brucellose, une cryptoleucose et une leucose aiguë. Rien, ni la clinique, ni les antécédents, ne plaide en faveur de la maladie d'Osler. La leucopénie et l'absence d'une maladie antérieure de la peau et des voies digestives excluent l'existence d'un abcès profond qui aurait pu échapper à l'examen clinique. Le diagnostic s'oriente d'abord vers une fièvre hodgkinienne avec localisations viscérales multiples, mais ce diagnostic n'a pu être retenu. Fallait-il donc, en fin de compte, considérer ce polysyndrome comme bacillaire? Pour arriver à un diagnostic étiologique nous fîmes extirper un ganglion cervical par notre chirurgien R. Schuman. Le professeur Géry qui procéda à l'examen histologique de la pièce, nous fit parvenir la réponse suivante:

«Adénopathie tuberculeuse chronique. Les lésions sont de deux âges différents: les plus nombreuses sont de petits follicules, pouvant être caséeux sans ramolissement qui sont très fortement scléreux; il s'y ajoute une efflorescence récente de follicules non scléreux, elle est assez discrète.»

Le traitement institué avant l'examen histologique et consistant en injections de streptomycine (1 gr par jour), d'extraits hépatiques, de vitamines C et B, fut donc continué, mais la dose de streptomycine fut portée à 2 puis à 1.5 gr par jour. Le malade reçut en tout 92 grammes.

Le 5. 10. 1949, le malade quitte l'hôpital. La marche est quasi normale, les adénopathies ont disparu, l'hémogramme s'est normalisé, le foie a repris son volume normal, l'état général s'est notablement amélioré, la fonte des masses tumorales au niveau de la musculature des mollets est complète. Mais la rate reste palpable, le Babinski est devenu moins net à gauche et plutôt douteux à droite.

Conclusion: Le résultat de l'examen histologique et l'épreuve thérapeutique par la streptomycine nous semblent constituer un argument assez concluant en faveur de l'étiologie tuberculeuse de cette pyrexie d'allure septicémique et des atteintes viscérales à départ probablement ganglionaire.

Un antianémique puissant....

L'EXTRAIT HÉPATIQUE

IBSA

contient à l'État pur et concentré
la substance antianémique du foie
Boîtes de 5 amp. 3 cmc.
» » 3 » 5 »

L'extrait hépatique IBSA contient un excellent anesthésique et les piqûres sont pratiquement indolores Dans les cas où il s'agit de malades hypersensibles une suradjonction d'un anesthésique local n'est pas contre-indiquée.

INSTITUT BIOCHIMIQUE IBSA
LUGANO

REPRESENTANT GENERAL POUR LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone: 30-73

Sur un cas de myélomatose décalcifiante diffuse

par Léon Delvaux

La forme décalcifiante diffuse du myélome, décrite pour la première fois en 1938 par *Weissenbach* et *Lièvre*, est à présent bien connue et son diagnostic relativement aisé si, en présence de douleurs osseuses, s'accompagnant d'une décalcification diffuse et d'anémie, on pratique systématiquemen une ponction osseuse sternale et une analyse quantitative et qualitative des protéïnes du sang.

Il s'agit d'une malade de 47 ans, adressé à la Clinique Médicale A de Strasbourg le 5. 2. 48 pour douleurs dorso-lombaires en rapport avec un affaissement vertébral de D. 10 et une décalcification prononcée de toute la colonne dorso-lombaire.

Cette femme, qui n'a jamais été sérieusement malade, exerce le métier de femme de ménage et a travaillé dur toute sa vie.

Depuis deux ans environ elle souffre de douleurs dorso-lombaires intermittentes, étiquetées de lumbago, ne la gênant nullement dans l'exercice de son métier. Ces douleurs sont modérées, bien supportables et apparaissent après de longues stations debout et surtout en se penchant en avant, mais elles n'ont jamais entraîné une interruption de son travail. Il y a 4 semaines, pendant la lessive, la malade voulant se baisser, ressent brusquement une douleur très subite et extrêmement violente dans la région lombaire, irradiant en ceinture vers les deux flancs et lui coupant la respiration, l'obligeant à s'aliter immédiatement. La position debout et même assise lui sont insupportables, vu les douleurs qu'elles déclenchent immédiatement, tandis que couchée à plat dans son lit les douleurs se calment lentement. Après 8 jours de repos complet, il persiste une certaine raideur de la colonne vertébrale avec une douleur sourde, mais permettant la reprise du travail à condition de ne pas trop se baisser.

Deux semaines après, le matin au lever, reprise des mêmes douleurs lombaires paroxystiques, irradiant cette fois

en ceinture vers le flanc droit et le bassin et s'accompagnant de constriction thoracique et d'angoisse. La malade doit reprendre le lit.

Elle entre le 5. 2. 48 dans le service du Professeur *Warter* à la Clinique Médicale A de Strasbourg. Nous voyons une femme de 47 ans, de constitution robuste qui ne fait pas, au premier abord, l'impression d'une grande malade. L'état général est satisfaisant, l'appétit bon et le poids ne semble pas avoir diminué sensiblement. Le teint est frais, mais contraste avec une décoloration pronocée des muqueuses. Il existe un léger fébricule à 37°8 le soir.

La colonne dorso-lombaire est raide, les muscles lombaires sont contracturés, mais il n'existe pas de déformation appréciable. Le moindre mouvement dans le sens antéro-postérieur ou latéral est extrêmement douloureux et la malade évite tout changement de position. A la pression et à la percussion la colonne est très sensible dans le segment D. 9 à L. 3 avec maximum en D. 12.

L'examen viscéral est entièrement négatif; il n'existe aucun signe neurologique sauf peut-être une exagération des réflexes tendineux des membres inférieurs qui sont égaux des deux côtés. Pas de troubles spinctériens.

Des radiographies de face et de profil de la colonne vertébrale montrent une décalcification diffuse très prononcée de tout le rachis dorso-lombaire: toutes les vertèbres sont anormalement transparentes, leurs contours légèrement irréguliers et cernés par une fine ligne opaque et des lésions ostéophytiques aux angles vertébraux. D. 11 est nettement affaissée, en forme de coin. Les côtes montrent également une décalcification diffuse évidente, mais cependant moins nette que le rachis. Tous les autres os, en particulier le crâne, paraissent normaux.

Les examens courants de laboratoire ne montrent rien de spécial: Urée 0,31%, glycémie 1,2 °/₀₀, Calcémie 88 mgr. °/₀₀.

Urines: Albumine et sucre ∅, cristaux de phosphate dans les urines.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum ∅.

En somme, il s'agit donc d'une femme de 47 ans, présentant depuis deux ans des lombalgies discrètes et depuis 4 semaines des douleurs rachidiennes intenses, en rapport avec une décalcification diffuse du rachis et des côtes et un écrasement de D. 11.

Nous envisagions à première vue la possibilité d'une tumeur métastatique de la moelle osseuse, mais aucune tumeur primitive n'était décelable et l'évolution relativement longue de 2 ans de la maladie depuis ses débuts discrets ne parlait pas en faveur de cette hypothèse. C'était l'examen

du sang avec la ponction sternale et l'analyse des protéïnes du sang qui devaient rapidement éclaircir le diagnostic.

Il existe une anémie normochrome considérable de 1,8 millions. Hb. 35%, leucocytes 4.400. Formule sanguine: Polynucléaires neutrophiles 50%, Myéloblastes 1%, Promyéloblastes 6%, Myélocytes 7%, Métamyélocytes 11%, Lymphocytes 17%, Monocytes 6%, Plasmocytes 2%. Sur 100 globules blancs 3 érythroblastes. La vitesse de sédimentation globulaire était très fortement accélérée à 100 mm en 10 minutes et 150 mm en 20 minutes. Le myélogramme, très anormal, montre une infiltration par endroits massive, par endrotis plus diffuse, de grandes cellules plasmocytaires. Leur noyau de volume variable, mais toujours considérable, presque toujours excentrique, à réseau chromatinien grossier et contenant souvent 1—2 nucléoles. Le protoplasma est fortement basophile et contient de nombreuses vacuoles. Quelques rares caryokinèses.

L'examen des protéïnes du sang devait nous confirmer le diagnostic de myélome plasmocytaire que le myélogramme avait rendu évident: il existait en effet une hyperprotéinémie consirédable de 106,9 gr $^{0}/_{00}$ dont globulines 79 $^{0}/_{00}$ et sérines 29 $^{0}/_{00}$ et inversion du rapport S/G à 0,37. Phosphore soluble du plasma 65 mgr $^{0}/_{00}$. Phosphatases 1,97 unités Bodansky.

L'albumosurie de Bence-Jones était toujours négative, mais une certaine atteinte rénale fut mise en évidence par un net déficit du P. S. P.

Nous n'avons pu suivre l'évolution ultérieure de notre malade, vu qu'elle rentrait chez elle après 3 semaines d'hospitalisation, mais nous avons appris qu'elle est décédée 3 mois plus tard. Un essai de calcithérapie avec vitamine D semblait avoir produit une légère amélioration de ses douleurs rachidiennes. Nous avions envisagé un traitement à la Stilbamine, que nous n'avons cependant pas pu nous procurer et qui n'aurait probablement rien changé à l'allure de la maladie.

Notre observation se superpose pratiquement à toutes les observations de myélomatose décalcifiante diffuse rapportées depuis sa première description par *Weissenbach* et *Lièvre*. Ce qui l'en distingue est l'inhabituelle abondance d'éléments myéloïdes jeunes dans le sang circulant et la présence de quelques érythroblastes et plasmocytes. L'intérêt en est de rappeler une fois de plus que devant un syndrome de décalcification douloureuse du rachis avec anémie, il faut penser à la possibilité d'une myélomatose et vérifier le diagnostic par une ponction sternale et une analyse de la protéinémie.

Travail fait à la Clinique Médicale A de Strasbourg (Directeur: Prof. Warter)

SANS STRYCHNINE — SANS ARSENIC

LE

GLYCOLIXIR*

« SQUIBB »

n'est pas un coup de fouet
mais . . . .
le véritable tonique physiologique de l'activité musculaire.

Elixir de goût agréable
à base de Glycocolle

½ à 1 verre à liqueur 3 fois par jour
¼ d'heure avant les repas

Fatigabilité habituelle
Convalescences
Etats adynamiques post-infectieux

* Marque déposée E. R. SQUIBB & SONS, N. Y.

SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES

BRUXELLES
168, Av. Louise

Labaz

Tél. : 48.94.35
48.94.40

Société anonyme

Département Pharmaceutique
de la

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

L'iode et le soufre retard

dans le traitement du rhumatisme chronique dégénératif

(et plus particulièrement de la Coxarthrose)

par Jacques Graber-Duvernay et Guy Van Moorlechem

On sait que la plupart des produits médicamenteux injectés par voie intra-veineuse ou intra-musculaire ont une action plus ou moins intense, mais que leur effet s'épuise en un temps relativement court, dépassant rarement quelques heures. D'où la nécessité de multiplier ces injections qui peuvent devenir à la longue, une pénible sujétion pour le malade, si l'on veut que l'action médicamenteuse soit efficace et soutenue.

D'autre part, quelques médicaments sont mal supportés par l'idiosyncrasie de certains individus. On connaît l'intolérance aux sels d'or ainsi qu'à l'iode et aux iodures pouvant obliger à suspendre le traitement lorsque des choses trop importantes sont utilisées. D'où l'idée de fournir à l'organisme d'une manière moins brutale, mais de façon plus régulière et plus soutenue, le principe actif du médicament. On sait que ce but est parfois remarquablement atteint par l'implant d'hormones sous la peau; il l'est aussi, dans une moindre mesure, par l'association de la polyvinyl-pyrrolidone à certains médicaments. Jusqu'à ce jour, cette association a surtout été réalisée avec la pénicilline, l'insuline et le salicylate de soude. De l'avis unanime la polyvinyl-pyrrolidone retarde la diffusion du médicament et prolonge son élimination: elle répond ainsi parfaitement à nos préoccupations.

L'iode et le soufre constituent un des rares bons moyens de thérapeutique médicale dont nous disposions dans le traitement du rhumatisme chronique dégénératif et plus particulièrement de la coxarthrie dépistée précocement. A plusieurs reprises l'un de nous a insisté sur l'intérêt du diagnostic précoce de la coxarthrose; il permet d'instituer une thérapeutique active qui peut, dans certains cas, arrêter l'évolution de l'affection. Cette thérapeutique se résume, au stade de début, dans la mise au repos relatif de la hanche, grâce à un appareillage orthopédique,

et aussi dans l'administration de soufre et d'iode, *jusqu'au seuil de la tolérance*, puisque la trop rapide élimination du médicament nous obligeait, jusqu'à ce jour, à prescrire des doses élevées et administrées de façon prolongée.

Le traitement de demain, *à la faveur d'un dépistage précoce, sera essentiellement orthopédique et médicamenteux:* il devra même être préventif dans une forte proportion de cas, puisque ce sont surtout les hanches mal formées qui se compliquent d'arthrite; et c'est là tout un chapitre de la médecine sociale qui reste à ouvrir. Il devrait être, tout au moins, conseillé aux malades ayant eu dans la première enfance une réduction uni- ou bilatérale de luxation congénitale de la hanche, de choisir une professin n'exposant pas l'articulation au surmenage ou aux traumatismes. Sans doute, le traitement chirurgical ne doit plus être le dernier essai de la thérapeutique, néanmoins, il n'est qu'un pis aller, puisque dans les formes déjà évoluées, il laisse persister la boîterie, et quelquefois tout ou partie de la douleur.

Pour les raisons que nous avons énumérées plus haut (effets thérapeutiques transitoires, accidents médicamenteux, enthousiasme modéré des patients pour des piqûres répétées et quelquefois assez douloureuses), nous avons pensé à associer la médication iodée et soufrée à la polyvinylpyrrolidone. Nous utilisons le mélange extemporané du contenu de trois ampoules dont l'une est composée de 0 gr. 10 d'iode, 0 gr. 20 d'iodure de sodium et 2 cc d'eau distillée; la deuxième de 0 gr. 24 d'hyposulfite de magnésie, 0 gr. 01 de novocaïne et 2 cc d'eau distillée; la troisième renferme 1 gr. 25 de polyvinylpyrrolidone dissoute dans 5 cc d'eau distillée. On aspire dans la même seringue le contenu des deux premières ampoules auquel on ajoute les 5 cc de la solution de polyvinylpyrrolidone. A l'exception de ce dernier produit ces ampoules se trouvent dans le commerce; il est bien évident que d'autres formules plus ou moins proches de celle-ci peuvent être utilisées.

Pour le moment nous avons prescrit cette médication à une quarantaine de malades souffrant de coxarthrie. Pour vingt-sept d'entre eux, atteints de formes douloureuses déjà quelque peu évoluées, l'utilisation de la même formule médicamenteuse, à l'exception de la polyvinylpyrrolidone, n'avait donné les années précédentes, qu'un résultat nul ou insuffisant. Pour seize de ceux-ci, il en a été tout autrement depuis l'adjonction de la polyvinylpyrrolidone. Les douleurs nocturnes ont disparu, la marche est devenue plus aisée et le rayon d'action plus important. Par suite de la disparition de tout ou partie des contractures antalgiques, l'articulation est devenue plus souple et certains mouvements, tels que ceux nécessités par la mise en place du soulier, facilités.

Dans les quatorze cas se rapportant à des formes de début, dont l'existence ne saurait être mise en doute, ni cliniquement,

ni radiologiquement, le résultat a été très favorable dix fois. Il est vrai que sept de ces malades bénéficient d'un appareil orthopédique type Bouvier, fait d'un corset et d'un cuissard en matière plastique, reliés l'un à l'autre à la hauteur du grand trochanter par un articulé métallique, et ainsi est évitée dans une large mesure la pesée sur la hanche. Les malades ne souffrent qu'à la suite de marches prolongées et la boîterie est inexistante ou à peine esquissée. Il est bien évident que le traitement thermal a agi ici favorablement et que le résultat est plus complet, dans les formes de début, lorsque crénothérapie et physiothérapie conjuguent leurs effets à ceux de la médication soufre-iode retard.

Un autre intérêt de la méthode réside dans la réduction du nombre des piqûres. Tandis qu'avant l'adjonction de la polyvinylpyrrolidone, trois séries, de vingt ampoules jumelées, au rythme quoditien étaient nécessaires annuellement, il semble bien, depuis l'association polyvinylique, que deux séries de vingt injections d'ampoules trijumelées, au rythme de deux par semaine, séparées l'une de l'autre par un intervalle de quatre à cinq mois, soient suffisantes. D'ores et déjà on peut dire que la polyvinylpyrrolidone, en retardant et prolongeant l'assimilation par l'organisme du soufre et de l'iode, apporte un élément du plus grand intérêt dans le traitement médical du rhumatisme chronique dégénératif, et plus particulièrement de la coxarthrose. Il est prudent, évidemment, d'attendre l'épreuve du temps pour conclure de façon définitive, mais nous pensons que dès maintenant il convient d'user de cette méthode dans tous les cas où l'on aura pu faire de façon relativement précoce un diagnostic de coxarthrose.

(Travail reçu en avril 1949.)

Pureté absolue - Contenance garantie

Longue conservation

caractérisent nos préparations

OLDEVIT «GEWO»

OLDEVIT

SOLUTION HUILEUSE

20.000 u. i. vitamine D_2 par 1 ccm. Flacons de 10 ccm.

OLDEVIT SUPER-CONCENTRÉ

SOLUTION HUILEUSE

750.000 u. i. Vitamine D_2 par ccm.
Flacons de 1 et 5 ccm. (par voie boccale)
Ampoules (pour injections) de 1 ccm.

SOLUTION GLYCÉRO-ALCOOLIQUE

750.000 u. i. Vitamine D_2 par Flacon (4 ccm.)

INDICATIONS

Rachitisme floride, ostéomalacie réfractaires ostéoporose, ostéoartropathie, pneumonie des rachitiques, psoriasis.
Pendant la croissance, la grossesse et la lactation.

Les Fils d'Ed. Geistlich S. A. pour l'industrie chimique
sect. pharmaceutique Wolhusen / Suisse

REPRESENTANT GENERAL POUR LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG:

PROPHAC

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone: 30-73

Amélioration du test fonctionnel de la Phénol-Sulfone-Phtaléine (P. S. P.) par la cure de Vittel

par A. Mugler

Ce n'est pas sur les seules sensations subjectives que repose la renommée de Vittel comme cure de désintoxication et d'amélioration des fonctions rénales. Il y a des signes objectifs traduisibles en chiffres qui ne permettent pas le doute.

Nous avons pensé que l'étude du test de la P.S.P. pourrait être une démonstration intéressante de l'action de la cure.

Le test de Rowntree, étudié en France particulièrement par le professeur Pasteur-Vallery-Radot et ses élèves, consiste à injecter, par voie intramusculaire, 6 mgr. de la substance colorante et à doser sa concentration dans les urines émises en 70 minutes et aussi 130 minutes après l'injection.

Les chiffres normaux sont 60 % en 70 minutes et 90 % en 130 minutes.

Nous avons employé ce test chez un certain nombre de nos malades. Ce n'est que chez ceux où un premier taux d'élimination était nettement insuffisant que nous avons demandé une deuxième détermination en fin de cure.

Bien entendu, les examens furent faits dans les mêmes conditions, au début et à la fin de la cure, et nous avons pris toutes les précautions pour éviter les erreurs de technique.

Voici les chiffres que nous avons trouvés chez les malades étudiés.

M. R...	Néphrite scléreuse ...	60	63	+ 5 %
M. B...	Urémie sans signe de néphrite	69	73	+ 5,7 %
M. Li...	Insuffis. hépato-rénale K- = 0,14.....	48 (en 70')	51 (en 70')	+ 6,2 %
Mme H...	Goutteux et insuf. rénale	55	62	+ 12 %
Mme La...	Néphrite parcellaire hématurique	71	81	+ 14 %

M. E...	Goutteux et insuf. rénale	50	60	+ 18 %
Mme Li...	Pyélonéphrite	35 (en 70')	42 (en 70')	+ 20 %
Mme S...	Néphrite hypertensive	44	53	+ 20 %
Mme Z...	Obésité	50	60	+ 20 %
M. V...	Hypertendu avec insuffisance rénale ...	42 (en 70')	55 (en 70')	+ 28 %
Mme P...	Néphrite azotémique (urémie 1,31)	18	18	pas de modification

Ces chiffres sont éloquents. En 20 à 25 jours de cure en moyenne, nous obtenons, chez des insuffisants rénaux, des améliorations de l'épreuve de la P. S. P. variant entre 5 et 28 %. Notons qu'il s'agit là de cas pathologiques nets.

Les facteurs circulatoires ne peuvent intervenir grandement dans ces cas, du fait que nous ne voyons pas, à Vittel, de cas à insuffisance cardiaque grave. Nous ne trouvons pas non plus parmi les malades étudiés d'insuffisants hépatiques graves.

Cependant, même si, comme l'admettent Mauriac et Troissart, on admet l'intervention d'un facteur hépatique, l'amélioration constatée nous met encore à l'aise. Car l'action de la cure de Vittel, en ce qui concerne l'insuffisance hépatique, est aussi efficace que pour l'insuffisance rénale.

C'est ainsi que l'intervention d'un facteur hépatique pourrait être évoquée en particulier chez M. Li..., et aussi chez Mme Z..., M. V...

Cependant ceci ne nous paraît pas certain, car chez les autres malades, il n'y a pas d'insuffisance hépatique décelable.

En conclusion, l'amélioration par la cure de Vittel du test de la P. S. P. est un fait éloquent en faveur de l'action de ses eaux sur la fonction de dépuration rénale.

LAIT ALBUMINEUX

en poudre

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

Marque «Ursa» non écrémé

Aliment curatif des diarrhées infantiles et des nourrissons

Indications: Les mêmes que pour le lait albumineux frais:

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

Marque «Ursa 2» 2/3 écrémé

Indications:

Combiné au lait maternel dans l'alaitement mixte, en particulier pour prématurés et enfants qui, quoique nourris au sein, sont dyspepsiques ou enclins à la diarrhée. Spasmes pyloraux. Eczéma, croûte de lait.

SOCIÉTÉ LAITIÈRES DES ALPES BERNOISES

STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg:

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

Echantillons médicaux et littérature détaillée à disposition.

SANALEPSI RUSSI

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires.

NEODIGESTASE

(anciennement DIGESTASE RUSSI)
Ferments peptiques en solution glycérinée.

HEPARENZYME RUSSI

Lipase hépatique en solution glycérinée.

QUIDINAL

Association quinidine-barbiturique-sédatif cardiaque.

MANGANOCHOLINE

Acétylcholine-retard, active per os.

DERMAVIPP

Pommade à la vitamine PP non grasse.

REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG :

PROPHAC

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone : 30-73

Ersetzen abgebrochener Zähne auf Brücken durch Kunstharzzähne

von Ernest Schumacher

Das Ersetzen abgebrochener Zähne auf Brücken bietet im allgemeinen grosse Schwierigkeiten, besonders wenn es sich bei dem zu ersetzenden Zahn um einen solchen mit genieteten Platinstiften handelt. Eine genaue Einpassung auf den Brückenkörper ist fast unmöglich. Meistenteils ist auch an ein korrektes Nieten des neuen Zahnes im Munde nicht zu denken, speziell bei Gliedern mit Kaufläche, da in diesem Falle die Stifte nicht nicht mit dem Nietrad zu erreichen sind. In vielen Fällen war der Zahnarzt gezwungen, die Brücke herauszunehmen und die Reparatur durch den Zahntechniker ausführen zu lassen. Dies war nicht nur eine mühselige Arbeit für den Praktiker, sondern auch eine kostspielige Sache für den Patienten.

Als uns seinerzeit von der Firma Erzinger, Schönenwerd, das neue Kunstharz «Hesacryl» vorgeführt wurde, hatte so mancher von uns gehofft, mittels diesem wohl sehr brauchbaren Obturations- und Kronenmaterial auch künstliche Zähne auf Brücken ersetzen zu können. Leider wurden wir enttäuscht. Auf die Frage, ob Zähne auf Brücken durch Hesacrylzähne ersetzt werden könnten wenn die Platinstifte des abgebrochenen Zahnes aus dem Brückenglied herausgerissen seien, erwiderte der Vorführende, die Herstellerfirma habe hierin selbst noch keine Erfahrung.

Nach Versuchen an alten Brücken habe ich 2 Methoden ausgearbeitet, abgebrochene Zähne auf Brücken durch Kunststoffzähne zu ersetzen, die Erfolg versprechend erscheinen. Da diese Brückenreparaturen glücklicherweise selten sind, hatte ich bisher nur 3 Mal Gelegenheit, diese Versuche am Patienten zu erproben.

1. Methode: Ersetzen des abgebrochenen Zahnes mittels Kunstharz. (Verwendet wurde Hesacryl und selbstverständlich wurden alle Gebrauchsanweisungen der Herstellerfirma eingehalten.)

Die Arbeitsweise ist kurz folgende: Falls der abgebrochene Zahn vorhanden, wird er (resp. die Bruchstücke) in seine Fassung gelegt und eventuell mit Klebewachs festgeklebt. Wenn nicht, wird auf der Brücke ein Zahn aus Gips modelliert. Hierauf wird mittels einer Abdruckmasse (Stents, Kerr) ein Vorguss angefertigt und nach Erkalten vorsichtig von der Brücke gelöst. Unterschnitte im Abdruck des zu ersetzenden Zahnes sind zu entfernen. Der weitere Verlauf richtet sich genau nach den Vorschriften für Füllungen und Kronen der Herstellerfirma des Kunstharzes. Der Vorguss dient nur dazu, den Kunststoff auf das Brückenglied zu pressen, wie bei Füllungen der Finger und bei Kronen die Acrylkrone. (Cellophanscheibe nicht vergessen!)

Um ein gutes Resultat zu erzielen sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

1) Leichtes Anrauhen des Brückengliedes, mit leichten Unterschnitten mesial und distal.

2) Starke Kompression des Kunstharzes unter Verwendung des Vorgusses zwecks Realisierung einer korrekten Polymerisation.

3) Beim Polieren, genaues Abschleifen der Schneidekante des künstlichen Zahnes so, dass dieser die Goldschneide nicht überragt. Bezweckt wird dadurch, den Kaudruck durch das Goldglied aufzufangen.

Diese Methode habe ich bisher an 2 Patienten versucht:

1. Patient: Etwa 20-jährige Brücke 7.6.5.4.3/

3/ Richmondkrone. Goldglied stark vestibularwärts durchgebogen. Platinstiftzahn samt Stiften herausgesprengt. Vorguss 5.4.3.2/. Die Reparatur wurde vor 4 Monaten ausgeführt und ist bis heute unverändert. Vorher war der Zahn innerhalb eines Monats 2 Mal resultatlos ersetzt worden.

2. Patient: Neue Brücke 3.2.1/1.2

/1 Zahn in Höhe der Stifte abgebrochen. Stifte sind festgenietet. Vorguss 1/1.2. Reparatur seit 2 Monaten ausgeführt. Bis heute unverändert.

2. Methode: Ersetzen des abgebrochenen Zahnes durch handelsüblichen Kunststoffzahn. Einsetzen mit Hesacryl.

Da Hesacryl sich mit jedem anderen Kunstharz verbindet, lag der Gedanke nahe, den fabrikmässig hergestellten Zahn mit Hesacryl einzusetzen. Der Arbeitsgang ist möglichst einfach. Anrauhen sowohl des Zahnes wie des Brückengliedes mittels Radbohrer. Leichte Unterschnitte mesial- und distalwärts. Sind die Stifte des abgebrochenen Zahnes noch fest im Glied verankert, werden in den Zahn 2 Kanäle gebohrt in welche die Stifte hineinpassen. Bei dieser Methode wird der nötige Druck zwecks Polymerisation des Kunststoffes mittels des einzusetzen-

den Zahnes ausgeübt. Sie ist einfacher und weniger zeitraubend als die vorhergehende und bietet den Vorteil, dass die Farbe des neuen Zahnes festliegt und dass der Zahn während der Polymerisation im Munde fertig modelliert werden kann. Sie scheint besonders geeignet für Fälle, in denen die Stifte noch fest im Metall verankert sind, während die 1. Methode bei fehlenden Stiften vorzuziehen ist.

Patient: Brücke /3.4.5.6

4 Zahn herausgebrochen. Stifte sind festgenietet. Reparatur vor 6 Wochen ausgeführt.

Im allgemeinen scheint Kunstharz ein geeigneteres Material für Brückenzähne zu sein als das Porzellan. Es ist elastischer und lässt sich leichter durchbiegen als der starre Porzellanzahn, der bei der geringsten Beanspruchung auf Biegung aus seiner Fassung herausgesprengt wird.

REPRESENTANT pour le Gr.-Duché de Luxembourg

PROPHAC
RUE BAUDOUIN, 25
LUXEMBOURG
Tél. 30-73

Ein Herz in Sicherheit!

Kombetin
Myokombin
Strophoral
Verodigen

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim

Generalvertretung für das Großherzogtum Luxemburg

PROPHAC – Baudouinstraße 25 – Luxemburg – Tel. 30-73

GENERAL-VERTRETUNG FUER DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBOURG:

PROPHAC

Beaudouinstrasse 25 **LUXEMBOURG** Telefon: 30-73

Neuere Arbeitsmethoden im klinischen Laboratorium

von J.-P. Weis

(Fortsetzung)

Die Plasmaprothrombinbestimmung

1935 veröffentlichte Quick seine erste brauchbare Plasmaprothrombinbestimmungsmethode und gab damit den Anstoss zu einer Reihe von Arbeiten, die in der Folgezeit erschienen und die für die Diagnostik und Therapeutik von sehr grosser Wichtigkeit wurden.

Zwar besitzen wir auch heute noch keine Methode, die allen Ansprüchen zugleich gerecht wird, die sowohl für Forschungszwecke, als auch für die Klinik brauchbar wäre. Es konnten aber zwei verschiedene Gruppen von Methoden ausgearbeitet werden, mit deren Hilfe die gestellten Probleme gelöst werden können.

Wir unterscheiden zwischen Einphasen- und Zweiphasenmethoden.

Die Einphasenmethoden sind besonders den Bedürfnissen der Klinik angepasst. Sie nehmen relativ wenig Zeit in Anspruch und können auch für Reihenuntersuchungen und für pädiatrische Zwecke mit kleinen Blutmengen ausgeführt werden.

Die Zweiphasenmethoden hingegen stellen meist recht beträchtliche technische Schwierigkeiten. Sie besitzen dafür aber grössere Genauigkeit und Zuverlässigkeit als die Einphasenmethoden und eignen sich besonders für Forschungszwecke.

A. *Die Prothrombinbestimmung dient dem Studium der Blutgerinnung.*

Wir wissen, dass Mangel an Prothrombin die Koagulation des Blutes hemmt, dass Ueberschuss an Prothrombin hingegen unerwünschte Gerinnungsvorgänge hervorrufen kann.

Das will aber nicht heissen, dass Blut mit normalem Prothrombingehalt auch eine normale Gerinnungszeit aufweist, denn diese ist auch noch von anderen Faktoren abhängig.

B. *Prothrombinmangel lässt den Verdacht auf eine Leberschädigung aufkommen.*

Erniedrigter Prothrombinspiegel, der nach Vitamin-K-zufuhr (Kollertest) nicht wieder auf normale Werte ansteigt ist mit der grössten Wahrscheinlichkeit als eine Schädigung des Leberparenchyms zu deuten.

Prothrombin ist ein Eiweisskörper mit fermentartigem Charakter, der fast ausschliesslich in der Leber gebildet wird, und zwar nur in Gegenwart von Vitamin K.

Diese Kenntnisse ermöglichten es, die Prothrombinbestimmung zu einem spezifischen Leberfunktionstest weiter zu entwickeln. Durch parenteral zugeführtes Vitamin K wird ein eventuell vorhandener Vitamin-K Mangel, der eine normale Prothrombinbildung auch bei intaktem Lebergewebe verhindern würde, ausgeschaltet und so eindeutige Verhältnisse geschaffen.

C. *Die Plasmaprothrombinbestimmung ermöglicht es zuletzt, die Gefahren, die bei Verwendung von Antikoagulantien immer vorhanden sind, auf ein Mindestmass zu beschränken.*

Die Blutgerinnung schematisch gesehen

Die Gerinnung des Blutes spielt sich in zwei verschiedenen Phasen ab.

Erste Phase. Irgendwo im Körper ensteht ein Trauma. Aus den verletzten Gewebszellen und den Blutplättchen wird Thrombokinase in Freiheit gesetzt. Wenn keine Leberschädigung vorliegt und genügend Vitamin K bis zur Leber vordringen kann, enthält das Blut genügend Prothrombin, um sich mit der gebildeten Thrombokinase, bei Gegenwart von Kalziumionen, zu Thrombin umzusetzen.

Thrombokinase + Prothrombin + Kalzium = Thrombin.

Zweite Phase. Im Blute vorhandenes Fibrinogen wird vom eben gebildeten Thrombin fermentativ zu Fibrin umgelagert. Fibrin ist ein gallertartiges Gebilde, das sich vorzüglich dazu eignet, kleine Gefässverletzungen mechanisch zu verschliessen.

Thrombin + Fibrinogen = Fibrin.

Beide Phasen der Blutgerinnung sind stark von der vorhandenen Temperatur abhängig, Tatsache, die für die Gerinnungsversuche in vitro ungemein wichtig ist, aus Bequemlichlichkeitsgründen aber nur zu oft vernachlässigt wird.

Aus dem Blutgerinnungsschema ergeben sich folgende Schlüsse für die Praxis.

Die Blutgerinnungsfähigkeit und zum Teil auch die Blutungsbereitschaft sind abhängig:

1. Vom Prothrombingehalt des Blutes.
2. Von der Vitamin-K-Zufuhr zur Leber.

3. Vom Blutkalziumspiegel.
4. Vom Fibrinogengehalt des Blutes.
5. Von der Zahl der Blutplättchen und ihrer qualitativen Beschaffenheit.

Beeinflussung der Blutgerinnung durch äussere Faktoren

Beeinflussung der Blutgerinnung durch äussere Faktoren.

Es gibt eine Reihe von Stoffen, welche die normale Blutgerinnung mehr oder weniger stark beeinflussen können und aus diesem Grunde zum Teil eine therapeutische Verwendung gefunden haben. Dabei können die gerinnungshemmenden Wirkungen auf verschiedenem Wege zustande kommen.

Dicumarol verhindert die Prothrombinbildung in der Leber. Phosphor und Chloroform zerstören bei länger dauernder Einwirkung das an der Prothrombinbildung beteiligte Lebergewebe und machen eine normale Blutgerinnung unmöglich.

Heparin verhindert die Umwandlung des Prothrombin und Thrombin. Ascorbinsäure, Schlangengift, Trypsin und Ammoniumsulfat wirken ebenfalls direkt auf Prothrombin ein.

Liquoide Roche, Hirudin, Heparin, Kobragift, verschiedene Farbstoffe, sowohl saure wie basische, hemmen die Gerinnung des Blutes über das Thrombin, indem sie zum Teil die Transformation von Fibrinogen zu Fibrin hemmen.

Ich möchte die Reihe der blutgerinnungshemmenden Stoffe nicht schliessen, ohne die Sulfonamide zu erwähnen, die heute zu den meist gebrauchten Arzneimitteln gehören und die auf doppeltem Wege die Gerinnung des Blutes beeinflussen können. Erstens, indem sie die an der Vitamin-K-Bildung interessierte Bakkterienflora zerstören (gehemmte Prothrombinbildung durch Vitamin-K-Mangel) und zweitens, indem sie auch das gebildete Fibrin angreifen.

Antikoagulantia vom Typus des Dicumarols, die eine Prothrombinbildung in der Leber verhindern, besitzen länger andauernde unangenehme Nachwirkung. Sie sind schwer auf den Patienten abzustimmen und somit gefährlicher als die übrigen Antikoagulantia.

Technik der Prothrombinbestimmung

Ihrer relativen Einfachheit wegen hat sich die Methode von Quick, oder eine Methode, die sich durch leichte Modifikationen aus der Quickschen Methode ergab, in den meisten Laboratorien eingebürgert, und zwar sowohl als Makro- wie auch als Mikromethode.

Wenn man Blut stets mit derselben Menge Oxalat ungerinnbar macht, ein konstantes Quantum Kalziumchlorid ver-

wendet und Thrombokinase im Ueberschuss zusetzt, so ist die Blutgerinnung abhängig von der Prothrombinkonzentration.

Der Prothrombingehalt des Blutes kann deshalb aus der Gerinnungszeit ermittelt werden.

Nachfolgend beschreibe ich die in meinem Laboratorium zur Anwendung kommende Methode (Quick). Ich betone dabei, dass vergleichbare Resultate nur dann erzielt werden können, wenn man peinlichst genau jeden Punkt berücksichtigt.

Die Blutentnahme. Man verwendet eine trockene 2 cm^3 Spritze. In diese werden 0.3 —0.4 cm^3 Natriumoxalatlösung (M/10) eingesaugt. Durch Zurückziehen des Kolbens bis zur 2 cm^3 Marke wird die Glaswand der Spritze mit Oxalat angefeuchtet. Dann wird die Oxalatlösung bis zur 0.2 Marke entleert. Das Blut wird an der Kubitalvene entnommen. Dabei ist unnötige Stauung zu vermeiden.

Durch sorgfältiges, sachtes Umkippen (nicht Schütteln) der Spritze, wird der Inhalt gemischt und dann vorsichtig, unter Vermeidung von Schaumbildung, in ein 15 cm^3 Zentrifugenglas entleert. Durch leichtes Hinundherbewegen des Röhrchens, ohne dass das Blut aber mit dem Stopfen in Berührung kommt, wird der Inhalt vollständig gemischt.

Anschliessend wird bei schnelldrehender Zentrifuge wenigstens 15 Minuten zentrifugiert, um die Thrombozyten, die auf die Blutgerinnung einen unbeabsichtigten Einfluss ausüben können, zu entfernen.

Das klare Plasma wird sofort abgehoben und in ein trockenes Röhrchen übertragen.

Mit der Prothrombinbestimmung sollte man nicht länger als 4 Stunden warten und das Plasma während dieser Zeit zwischen 4—7 Grad aufbewahren.

Lösungen:

Thrombokinaselösung. Quick verwendet zur Herstellung seiner Thrombokinaselösung getrocknetes Kaninchenhirn.

Andere Autoren verwenden Schlangengift. Auch Frauenmilch wird als Thrombokinasequelle empfohlen.

Kleineren Laboratorien ist es jedenfalls zu empfehlen, mit einer käuflichen, standartisierten Thrombokinase zu arbeiten. Ich verwende trockene Trombokinase der Firma Hoffmann-La Roche in Basel.

100 mgr. dieser Thrombokinase werden in einem Zentrifugenglas mit 3 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung gemischt und unter öfterem Umschwenken 30 Minuten stehen gelassen.

Um etwa vorhandenes Prothrombin oder Antithrombin zu zerstören wird die Thrombokinaseaufschwemmung 10 Minuten auf 50° erhitzt.

Darauf wird etwa ½ Minute bei 1000 Touren in der Minute zentrifugiert und die überstehende Suspension abgehebert.

Die Thrombokinaselösung behält ihre Wirksamkeit nur einige Stunden.

Natriumoxalatlösung. 1.34 gr. Natriumoxalat $Na_2(COO_2)$ wird in 100 cm^3 Wasser gelöst.

Kalziumoxalatlösung. 0.548 gr. $CaCl_2$ 6 H_2O in 100 cm^3 H_2O lösen.

Das Wasserbad. Man benutzt ein quadratisches elektrisch heizbares Wasserbad, mit automatischer Temperatureinstellung. Die Hinterfläche des Wasserbades wird mit einem schwarzen Papier verklebt.

Die Beleuchtung erfolgt von oben.

Der Eintritt der Gerinnung ist nicht immer leicht festzustellen, da nicht immer die ganze Flüssigkeit fest wird, sondern manchmal nur eine partielle Gerinnung eintritt, mit Opaleszenzfäden und -flocken.

Durchführung der Bestimmung. Alle Reagentien und die zu benutzenden Tuben und Pipetten werden auf 37° erhitzt, und in das eben beschriebene Wasserbad gebracht.

In ein Wassermannröhrchen gibt man 0.10 cm^3 Plasma. Nach 5 Minuten fügt man 0.10 cm^3 Thrombokinaselösung hinzu, wartet etwa eine Minute und gibt 0.10 cm^3 Kalziumchloridlösung in das Thrombokinaseplasmagemisch. Zugleich wird die Stoppuhr in Gang gesetzt. Man kann nun jede Sekunde einen ausgeglühten Platindraht durch das Gemisch führen, bis der erste Fibrinfaden an dem Drahte hängen bleibt, oder aber durch leichte schaukelnde Bewegungen den Inhalt mischen und die Veränderungen einfach mit dem Auge beobachten.

Starkes Aufrühren der Flüssigkeit ist möglichst zu unterlassen. Die an der Stoppuhr abgelesene Zeit ist die Prothrombinzeit Jede Bestimmung wird dreimal wiederholt.

Hierauf wird das Blut, aus Gründen, die bei der quantitativen Bestimmung zur Besprechung kommen, mit einem bzw. mit 3 Teilen physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und von jeder Verdünnung 3 weitere Bestimmungen ausgeführt.

Die Prothrombinbestimmung als Mikromethode

Wenn die Prothrombinbestimmung öfters wiederholt werden soll, oder wenn nur kleine Blutmengen zur Verfügung stehen, bedient man sich mit Vorteil einer Mikromethode.

Bei peinlichst genauen Arbeiten und Einhalten aller für die Makromethode angegebenen Vorschriften, lassen sich mit dieser vergleichbare Resultate erhalten.

Mikromethode nach Fiechter. Aus der Fingerbeere werden 0.015 cm^3 Blut entnommen und mit M/10 Oxalatlösung auf 0.15 cm^3 aufgefüllt. Die Oxalatblutmischung wird in ein Glaschälchen von 3—4 cm^3 Durchmesser gebracht, das in einem Wasserbad von 38° hängt. Man gibt 0.15 cm^3 Thrombo-

kinaseaufschwemmung und 0.15 cm^3 Kalziumchloridlösung hinzu und liest an der Stoppuhr in dem Augenblick die Zeit ab, in welchem sich ein Koagulum bildet.

Schnellmethoden. In manchen Laboratorien hat man die Mikromethoden soweit vereinfacht, dass ein genaues Abmessen der Versuchsflüssigkeit und der Reagentien überflüssig wird. Auch bedarf es weder eines Thermometers, noch eines Wasserbades, und da das Blut ohne Kalziumoxalat- oder Zitratlösung entnommen und der Kalziumgehalt des Blutes als normal angenommen wird, fällt auch der Kalziumchloridzusatz weg. Die ganze Bestimmung besteht darin, dass man einen Tropfen Blut mit einem Tropfen Thrombokinaseaufschwemmung mischt und die Gerinnungszeit an der Uhr abliest. Diese Methoden werden natürlich sehr widersprechend bewertet.

Zweiphasenmethoden

Wie der Name es schon andeutet, werden bei diesen Methoden die Gerinnungsphasen des Blutes getrennt untersucht. Sie geben zuverlässigere Resultate als die Einphasenmethoden, können in klinischen Laboratorien jedoch nur dann durchgeführt werden, wenn täglich eine grössere Zahl Blutproben untersucht werden kann.

Besondere Beachtung verdient die Zweiphasenmethode von Rieben, weil sie verschiedene nennenswerte Neuerungen brachte.

Rieben stellt den Normalwert der Prothrombinaktivität an käuflichem Trockenplasma fest. Auf diese Weise werden von Tag zu Tag vergleichbare Resultate erhalten und die normalen Plasmaprothrombinschwankungen berücksichtigt.

Auch verwendet Rieben erstmalig getrocknetes Fibrinogen.

In der ersten Phase wird Prothrombin durch Zugabe einer Thrombokinase-Kalziumlösung zu Thrombin aktiviert.

In der zweiten Phase wird die Zeit gemessen, die das gebildete Thrombin benötigt, eine zugegebene Fibrinogenlösung zu Fibrin umzuformen.

Berechnung.

Wir haben gesehen, dass bei den verschiedenen Methoden der Prothrombinbestimmung der messbare Vorgang ein verschiedener sein kann.

Die Prothrombinzeit stellt somit ebenfalls eine Grösse dar, die bei gleichbleibendem Blutmaterial, je nach der Methode oder dem Thrombokinasepräparat, beträchtlich Unterschiede aufweisen kann. Aus diesem Grunde wurde der Prothrombinindex eingeführt, der angibt, wie sich eine gegebene Prothrombinzeit zur Normalzeit verhält.

Er wird berechnet nach der Formel:

$$\frac{\text{Prothrombinzeit des Normalplasmas}}{\text{Prothrombinzeit des unbekannten Plasmas}} \times 100$$

Die Prothrombinzeit kann auch einfach in Prozenten ausgedrückt werden nach der Formal:

$$\frac{\text{Prothrombinzeit des Patientenplasmas}}{\text{Prothrombinzeit des Normalplasmas}} \times 100$$

Vorzugsweise gibt man aber an, wieviel Prozente Prothrombin sich im Patientenplasma befinden. Man verhindert auf diesem Wege missliche Verwechslungen.

Zwischen der Prothrombinzeit und dem Prothrombingehalt eines Blutes besteht keine mathematische Relation. In der Praxis behilft man sich deshalb mit einer experimentell gefundenen Parabelformel, an der man die Prothrombinmenge in Prozenten abliest.

Wenn man ein normales Blutplasma um 50% verdünnt, seinen Prothrombingehalt also ebenfalls um 50% senkt, so kann man feststellen, dass die Prothrombinzeit nur um ein weniges verändert ist. Erst wenn der Prothrombingehalt unter 30% zu liegen kommt, fangen die Prothrombinzeiten an sich merklich zu verändern.

Deshalb verdünnt man jedes zu untersuchende Plasma zweckmässig mit einem bzw. mit 3 Teilen Blut. Auf diese Weise gelingt es auch die weniger beträchtlichen Schwankungen zu erfassen.

Es besteht jedoch erst Blutungsgefahr, wenn der Prothrombingehalt unter 20% sinkt.

Vitamin-K-Test

Er dient hauptsächlich zur Unterscheidung eines Parenchymikterus von einem Verschlussikterus und wird nach Koller folgendermassen ausgeführt:

Entnahme von Oxalat-Blut morgens nüchtern. Quantitative Prothrombinbestimmung. Direkt anschliessend, Verabreichung von Vitamin-K (30 mgr. Synkavit, am besten intramuskulär.)

24 Stunden später zweite Prothrombinbestimmung.

Wird der Prothrombindefizit in 24—48 Stunden gar nicht beeinflusst, so liegt nach Koller eine schwere, meist nicht mehr ausheilbare Leberschädigung vor.

Wird die Prothrombinzeit hingegen wieder normal, so kann eine schwere, schon fortgeschrittene Leberparenchymschädigung ausgeschlossen werden.

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dann um eine Resorptionsavitaminose.

Nachfolgende Tabelle, entnommen dem Buche «Die Bluteiweisskörper des Menschen», von Wuhrmann und Wunderly, zeigt, bei Erkrankungen der Leber, den Zusammenhang zwischen Prothrombin, Senkungsgeschwindigkeit des Blutes, Takatareaktion, Weltmannband und Cadmiumreaktion.

	SK	WeR	Tak	CD	Prothrombin
Leberzirrhose	Mässig bis stark erhöht	verbreitert			vermindert
Hepatitis epidemica	mässig erhöht, selten normal	verbreitert	o. d. neg.	(+)	vermindert od. normal
Icterus catarrh. anfangs	normal	verbreitert	neg		vermindert od. normal
später	normal selten erhöht	verbreitert		+	vermindert od. normal
Posthepatische Zustände	normal	normal oder leicht verbreitert	neg.	+ od. neg.	normal
Akute gelbe Leberatrophie	stark erhöht	sehr stark verbreitert			stark vermindert
Mechanischer Ikterus anfangs	normal	stumm od. schmal	neg.	neg. od. +	vermindert durch Vit. K-zufuhr behebbar
später	mässig bis stark erhöht	verbreitert, bei Tumoren verkürzt	selten +	+	
Hämolytischer Ikterus	stark erhöht	verbreitert			vermindert
Tumoren der Leber	erhöht	schmal od. stumm	neg		normal
Cholangitis	stark erhöht	verbreitert selten verschmälert	+	+	vermindert

DANS LES TROUBLES
FONCTIONNELS DU PANCRÉAS:

Pankrotanon
HAUSMANN

qui contient des ferments
pancréatiques, standardisés,
stables et protégés contre
l'action nocive du suc gastrique

HAUSMANN ST. GALLEN

REPRESENTANT GENERAL POUR LE GRAND DUCHE DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Baudouin **LUXEMBOURG** Téléphone: 30-73

ANTIDIARRHÉIQUE NATUREL

(Poudre de fruits riches en pectine, additionnée de sucre nutritif Alete (1% sur la dissolution)

DIAREX

MARQUE DÉPOSÉE

Indications:

Dyspepsie aiguë et chronique.

Dystrophie et décomposition avec selles liquides.

Intoxications (alimentaires et infectieuses).

Entérite, Colite et Dysenterie.

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

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES

STALDEN i. E. SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS

A propos du nouveau Centre médico-pédagogique

par Eloi Welter

La nécessité de créer un service médico-pédagogique dans notre pays s'est surtout imposée depuis la fin des hostilités.

Le nombre toujours croissant d'enfants et d'adolescents déséquilibrés inadaptés et dégénérés frappait d'abord les éducateurs de toutes les catégories: les parents, les instituteurs, les prêtres, les médecins etc. Dans tous les secteurs de l'éducation et de l'instruction: les écoles publiques, les orphelinats, les ateliers techniques, les organisations sportives etc., un bloc de plus en plus encombrant de jeunes insociables menaçait de paralyser les services de la vie sociale et culturelle.

A la séance publique de la Chambre des Députés du 1er avril 1949, notre Ministre de l'Education Nationale, Monsieur Pierre Frieden, dénonçait le grand danger que notre jeunesse luxembourgeoise était en train de courir. En effet, d'après les rapports officiels reçus par les services compétents, 20—30 % des élèves des écoles primaires étaient retardataires! Pour permettre un aperçu tant soit peu succinct sur cette grande masse d'enfants déficients, Monsieur le Ministre les subdivisa en 4 catégories:

1) un premier groupe est caractérisé par des enfants, qui par paresse, par carence des parents ou des maîtres, par la faute du milieu social, perdent pied et lâchent le troupeau;

2) «il y a une seconde catégorie d'arriérés plus difficiles à traiter et à corriger; ce sont les inadaptés, les enfants rebelles à la discipline scolaire»;

3) il faut leur adjoindre une 3e catégorie, celle des enfants moralement abandonnés qui errent en marge de l'école.

4) Enfin une 4e catégorie d'arriérés est de la compétence du médecin-psychiatre. En vue de donner des soins spéciaux à ces anormaux, le Gouvernement chargea un médecin-psychiatre «d'organiser un centre médico-pédagogique dans le domaine d'abord de l'assistance sociale, qui, dans la suite, pourra étendre son action sur tous les enfants qui auront besoin d'une aide de ce genre, y compris ceux qui tombent sous la compétence de la justice».

Cette première ébauche d'une organisation médico-sociale nouvelle signifie une vraie date dans l'histoire de notre médecine et hygiène nationales. En effet, c'est pour la première fois que la science psychiatrique a fait son entrée officielle dans le domaine de notre pédagogie et de notre instruction générale.

Pour se rendre compte de l'importance de cette décision ministérielle, quelques explications sont nécessaires. Il est clair qu'il ne s'agit pas ici d'un service de psychiatrie infantile dans le sens étroit du mot, puisque dans l'esprit du Gouvernement la psychiatrie doit collaborer de son point de vue spécial à la pédagogie de nos établissements scolaires. Cette collaboration psycho-pédagogique présuppose évidemment le développement moderne de la psychiatrie avec ses connaissances exactes sur l'évolution de la personnalité concrète de l'enfant et les retards ou déviations auxquels ce dernier peut être exposé. De ces efforts conjoints est né petit à petit une synthèse de connaissances nouvelles mises au service de l'enfant déséquilibré. Pratiquement c'était d'abord en Amérique et puis en Angleterre que ces Instituts psycho-médicaux avaient trouvé leurs premières réalisations. En Europe, c'est la Suisse qui a donné l'exemple en créant, sous l'impulsion du Dr Répond, un centre médico-pédagogique à Malevoz (Canton de Vaud). Depuis, ce mouvement a conquis rapidement les pays voisins: la France, la Belgique, la Hollande etc.

Pour ce qui est de notre pays, il est facile de comprendre que la bonne volonté seule ne pouvait pas suffire. Une œuvre pareille ne se réalise pas en un jour. En outre, il faut un personnel qualifié et une opinion publique éclairée et — ce qui en ces temps difficiles a son importance — des disponibilités financières. Pour ces raisons, notre Gouvernement, en attendant, s'est contenté de jeter les premières bases de cette organisation dans le cadre des orphelinats de l'assistance publique.

Quand on parle dans notre pays d'enfants arriérés, on pense immédiatement à l'Institut St. Joseph de Betzdorf, où depuis un demi-siècle, les Soeurs de Ste Elisabeth dépensent, sans compter, leurs forces physiques et morales aux services de ces pauvres épaves humaines. Il n'était que naturel d'attaquer le problème de notre psycho-pathologie infantile en cet endroit où les enfants de tous les autres orphelinats du pays étaient dirigés quand leur arriération avait atteint un tel degré que leur présence était devenue un obstacle ou même un scandale pour les autres enfants. De cette manière, Betzdorf est devenu le point névralgique de tout notre système de protection de l'enfance anormale. Et c'est pourquoi Monsieur le Ministre de l'Assistance Sociale rattacha provisoirement à l'Institut de Betzdorf le premier médecin du service médico-pédagogique, mais il lui donna en même temps la mission complémentaire de faire des visites régulières aux orphelinats du Limpertsberg, d'Itzig, de Grevenmacher et

du Rham en vue d'y dépister ou d'y soigner les cas susceptibles de tirer un bénéfice médical ou pédagogique quelconque de cette pratique médicale.

Il est extrêmement intéressant de considérer les résultats des premiers sondages faits dans les différents orphelinats par le soussigné chargé depuis le 2 juillet dernier de ce service.

Nombre global des enfants à l'Orphelinat du Rham: 220; au Limpertsberg: 154; à Itzig: 85; à Grevenmacher: 90; Total: 548, dont 324 à l'âge scolaire. Parmi ces derniers il y a à peu près 10—12 % (chiffre moyen) qui présentent des troubles psychonerveux avec ou sans arriération mentale (enuresis, troubles caractériels, tics, peurs nocturnes etc.). En tenant compte du nombre total, on peut évaluer le nombre d'enfants ayant besoin d'une aide médicale spéciale à 50 ou 60. Ces petits malades demandent un diagnostic et un traitement spécial et on n'a qu'à se rappeler la lenteur et la diversité de ces interventions psychoanalytiques pour comprendre la perte de temps qu'un médecin sérieux devrait être prêt à sacrifier. Un service semi-journalier régulier serait un minimum à exiger.

Quant à l'Institut de Betzdorf, il doit être, comme il a été dit plus haut, traité à part.

Voici un court aperçu du développement de cette maison: A la fin de l'année 1906, on y soignait 18 enfants. En 1916 ce chiffre était monté à 61. Dix ans plus tard à 125. Encore 10 ans plus tard (en 1936) à 179 et aujourd'hui nous comptons 249 enfants à Betzdorf.

Cette montée alarmante du chiffre de nos anormaux hospitalisés ne signifie évidemment pas une dégénérescence toujours croissante de notre population. Mais il y a ici en partie le jeu des circonstances: on place aujourd'hui les enfants plus facilement à Betzdorf; d'abord parce que la maison est plus connue et puis parce que la vie d'un anormal dans une famille moderne est devenu un obstacle plus pénible à supporter que jadis.

Dans le nombre total de ces enfants hospitalisés, 115 fréquentent des classes scolaires spéciales. En dehors de ces arriérés, il y a 68 imbéciles ou idiots incapables d'apprendre quoi que ce soit (47 sont aphasiques plus ou moins complètement!). Le reste, c'est-à-dire environ 60 sont capables d'être employés à des travaux ordinaires. Il est évident que tous ces enfants doivent être considérés comme des malades plus ou moins graves. On trouve ici toute la gamme des dégénérescences congénitales ou acquises; des séquellaires de méningites et d'encephalites ordinaires, épidémiques et syphilitiques avec hémiplégie ou paralysie partielle accompagnées de modifications et de perturbations psychiques; des dysglandulaires, des dyshypophysies, du nanisme etc. Le nombre des maladies de Little est de 10; celui des convulsifs de 33, dont la plus grande partie sont des épileptiques vrais. Le mongoloïdisme est représenté par une dizaine d'enfants. A côté de ces somato-psychiques, il y a un

nombre important d'enfants de toutes les catégories qui sont atteints de caractériopathies, de Thymopathies et de psychopathies frustes (30-40). Les troubles névropathiques et psychonévropathiques sont de même représentés par un nombre important. Le démembrement exact de ces groupes demandera encore du temps. Mais un fait certain résulte de cette statistique provisoire: l'Institut St. Joseph n'est pas un hospice mais une vraie clinique, qui doit être organisée comme telle. Un médecin spécialisé y devrait prendre la direction médicale, prêt à y faire journellement le don total de son art, de sa science et de sa personne. Sa présence devrait se manifester dans tous les coins et recoins de la maison: dans les classes, les champs de travail, les salles de jeu et les dortoirs. Il faudrait mettre à sa disposition des infirmières psychologues avec laboratoires appropriés.

La psycho- et somatopédagogie est en pleine évolution et d'année en année, les méthodes diagnostiques et thérapeutiques vont se compliquer et se multiplier. Il est faux d'objecter l'inutilité de ces efforts en présence du nombre énorme des soidisants chroniques incurables. Il y a une quarantaine d'années, un certain nombre de nos représentants politiques étaient encore d'avis qu'à la Maison de Santé d'Ettelbruck un seul médecin serait déjà un luxe et aujourd'hui 3 médecins actifs et éminents ont du mal à venir à bout du travail exigé par la pratique psychiatrique moderne. Au point de vue de la construction, Betzdorf devrait être disposé en pavillons séparés; la bâtisse actuelle rappelle trop la caserne.

En envisageant l'avenir de l'Institut de Betzdorf, on ne doit pas oublier que de plus en plus, tous les cas graves de désiquilibre ou de dégénérescence infantiles vont être dirigés vers cette maison et de cette manière notre «Centre national pour arriérés» se constituera tout seul.

D'ailleurs, cet endroit est tout prédestiné à ce rôle futur de clinique psychopathologique infantile; d'abord pour une raison historique: car c'est ici que les premiers soins de ce genre ont été donnés dès 1905, ensuite parce que les Soeurs de Betzdorf sont préparées moralement et intellectuellement à ce travail spécial: une expérience de presque 50 ans leur a donné une vraie tradition avec l'intuition et le doigté dans le contact avec ces pauvres malheureux.

Il reste encore à dire un dernier mot sur l'organisation à Luxembourg-Ville d'un centre médico-pédagogique qui, comme Monsieur le Ministre le faisait clairement entendre dans son discours, doit étendre son action sur tous les enfants qui auront besoin d'une «aide de ce genre».

Il y a en effet à côté des cas graves de Betzdorf ou de ceux qui tombent sous la responsabilité de l'assistance sociale, un nombre important de petits anormaux ou de petits mentaux inadaptés, nécessitant l'aide de la médecine pédagogique. Or, comme il a déjà été dit plus haut, tout le monde sait aujourd'hui

que les problèmes de l'Instruction Publique sont inséparables de ceux de l'Education générale et vice versa! Cela signifie qu'à côté du maître d'école ou du professeur imbu de la science pédagogique classique doit se trouver le médecin-psychiatre. Toute pédagogie doit être en même temps une psychothérapie scientifique basée sur une connaissance approfondie des fonctions physiologiques. En conséquence, toute organisation scolaire doit être doublée d'une organisation médico-pédagogique. Dans notre pays ce centre doit se trouver à Luxembourg-Ville et son action doit s'étendre par l'intermédiaire d'infirmières psychologues-visiteuses et stationnaires jusque dans le moindre petit village de notre pays.

Il est évident que la réalisation d'un tel programme ne pourra se faire que par étapes successives selon les possibilités financières du pays et en raison d'une expérience progressivement enrichie.

Quoi qu'il en soit; la première pierre d'un nouvel édifice social est posée. Son importance ne pourra pas être surestimée puisqu'il s'agira de l'équilibre physique et moral de l'enfance et de la jeunesse de notre peuple tout entier. En conséquence, notre Gouvernement doit être félicité pour son initiative.

BOEHRINGER MANNHEIM · BOEHRINGER MANNHEIM · BOEHRINGER

Bei allen

Jnfektionskrankheiten

Sulfonamid-Durchstoss-Therapie

mit

LADOGAL

(p-Aminobenzolsulfonoxymethylamid-N1-d-glukosidsulfons. Natr.)

40%ige Lösung

LADOGAL LIQUIDUM
oral
flüssig, zum Einnehmen

LADOGAL-AMPULLEN
parenteral
intravenos

LADOGAL ist auch in maximalen Dosen **gut verträglich.**

LADOGAL bewirkt Entfieberung innerhalb 24 Stunden bei rechtzeitiger Anwendung und genügender Dosierung.

LADOGAL-Dosierung für Durchstoß-Therapie:
Intravenöse Injektion von 1—3 Ampullen, anschließend orale Gaben von 50—200 ccm innerhalb ½—2 Tagen.
Bei Säuglingen und Kindern Tagesdosis 1,5 g pro kg Körpergewicht.

LADOGAL-Packungen:
Schachtel mit 3 Ampullen zu je 20 ccm
Anstaltspackung mit 25 Ampullen zu je 20 ccm
Flasche mit 50 ccm (oral)
Anstaltspackung mit 500 ccm (oral)

BOEHRINGER MANNHEIM

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.m.b.H., MANNHEIM

Generalvertretung für das Großherzogtum Luxemburg
PROPHAC – Baudouinstraße 25 – Luxemburg – Tel. 30-73

BOEHRINGER MANNHEIM · BOEHRINGER MANNHEIM · BOEHRINGER

LOTERIE NATIONALE

▼

L'œuvre sociale par excellence

La Tuberculose pulmonaire au Grand-Duché de Luxembourg de 1945 à 1949

par René Koltz

"There is practically no aspect of human relationship which does not affect, to a greater or lesser degree, the incidence of tuberculosis, and it has been well said that the best barometer of any country's progress in civilisation, health and welfare, is to be found in the annual returns of the number of its people who die from this disease."

John B. McDougall : Tuberculosis, a global study in social pathology.

Dans ce travail nous nous proposons d'établir quelques données statistiques concernant la tuberculose pulmonaire au Grand-Duché.

Si ces données nous paraissent intéressantes par elles-mêmes, d'un point de vue purement scientifique, elles le sont encore autrement, par l'interprétation qu'elles appellent, et surtout par les conclusions pratiques qu'il faut en dégager pour la lutte antituberculeuse dans notre pays.

Nos documents de base ne sont pas aussi complets et aussi exempts de causes d'erreur que nous l'aurions désiré. Mais après les avoir comparés avec ceux des pays environnants, nous sommes convaincus qu'ils nous permettent d'arriver à des déductions valables.

Nous avons utilisé les documents suivants:

les données de l'Office de la statistique générale (décès par tuberculose déclarés à l'état civil);

les données du Ministère de la Santé Publique (décès et cas de maladie tuberculeuse déclarés en vertu des arrêtés du 29 avril 1924 et du 27 novembre 1944 sur la déclaration obligatoire de la tuberculose);

les rapports annuels des dispensaires de la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose.

Nous remercions ces organismes de leur collaboration très active à l'établissement de nos statistiques.

Pour éviter l'influence des fluctuations annuelles, assez importantes en raison du nombre restreint de cas entrant en ligne de compte pour une population de 300 000 habitants, nous avons étendu nos investigations à une période de cinq ans, du 1er janvier 1945 au 31 décembre 1949. Cette façon de procéder nous permettra de donner une image plus valable et plus équilibrée de la mortalité et de la morbidité par tuberculose.

Pour la même raison nous avons insité surtout sur les chiffres concernant la tuberculose pulmonaire.

Sur 898 décès par tuberculose toutes formes de 1945 à 1949, il y en a 760 par tuberculose pulmonaire et 138 par tuberculose des autres organes. Donc les décès par tuberculose pulmonaire représentent 84,6% de tous les décès par tuberculose.

Sur 1517 cas de maladie tuberculeuse déclarés de 1945 à 1949, il y a 1356 cas de tuberculose pulmonaire et 161 cas de tuberculose des autres organes. 89,3% de tous les cas déclarés sont des tuberculoses pulmonaires.

Tous les cas de décès et de maladie ont été rapportés au lieu de la résidence habituelle, ce qui est indispensable si l'on veut avoir une idée exacte de la répartition régionale de la tuberculose. L'Office de la statistique générale et le Service sanitaire ont tenu compte de cette exigence dans leurs statistiques.

I. Mortalité

Pour évaluer la mortalité par tuberculose nous disposons de deux sources.

En vertu des arrêtés du 29 avril 1924 et du 27 novembre 1944 la déclaration des décès par tuberculose et des cas de maladie tuberculeuse est obligatoire pour les médecins.

La loi n'exige pas la déclaration des causes de décès devant l'état civil. Pratiquement la cause de décès est toujours demandée par l'officier de l'état civil, dans la très grande majorité des cas la déclaration n'est pas refusée et le plus souvent elle est accompagnée d'un certificat médical. Les renseignements ainsi obtenus sont transmis par les administrations communales à l'Office de la statistique générale.

En étudiant les chiffres fournis par le Service sanitaire et l'Office de la statistique générale nous avons constaté des divergences importantes, en ce sens que les chiffres de l'Office de la statistique générale sont en général beaucoup plus élevés. Ainsi par exemple pour l'année 1948 le Service sanitaire mentionne 123 décès par tuberculose toutes formes, tandis que l'Office de la statistique générale a reçu la déclaration de 171 cas. D'où proviennent ces divergences? Très souvent d'un simple oubli ou d'une certaine insouciance du médecin, noyé dans les paperasseries administratives et se demandant avec raison pourquoi il doit faire deux déclarations, l'une pour le Service sanitaire et l'autre pour l'état civil. Il faudrait introduire un cer-

tificat de décès unique, à remettre à l'état civil, qui de son côté transmettrait la partie médicale au Service sanitaire.

Nous avons utilisé pour notre travail les chiffres de l'Office de la statistique générale, qui constituent un minimum, car il y a certainement des décès par tuberculose, qui, pour des raisons psychologiques ou autres, sont déclarés comme décès par bronchite chronique ou pneumonie.

Quelle est la proportion de ces cas? Il est difficile de l'évaluer, de même que celle des cas de tuberculose-maladie non déclarés. Nous croyons qu'elle n'est pas très importante dans les centres urbains ou industriels, où la tuberculose n'est plus cette maladie honteuse, inavouable, qu'il faut cacher à tout prix, et qu'il est d'ailleurs difficile de cacher indéfiniment. Rares sont les malades qui peuvent se soigner à leurs frais et qui ne sont pas pris dans le rouage bienfaisant des dispensaires et de la sécurité sociale.

A la campagne la proportion des cas de décès et de maladie non déclarés est plus élevée. Il sera possible de l'évaluer indirectement en comparant la mortalité et la morbidité dans les secteurs ruraux.

A. Mortalité par tuberculose pulmonaire en général et par cantons.

Le tableau I renseigne sur la mortalité par tuberculose pulmonaire de 1945 à 1949. Pour chaque canton il mentionne le nombre d'habitants, le nombre des décès, la moyenne annuelle et le taux des décès par 100 000 habitants et par an.

Tableau I

Décès par Tuberculose pulmonaire de 1945 à 1949

Cantons de résidence	Nombre d'habitants moyenne quinquennale	Décès par tuberculose pulmonaire					Décès 1945—1949	Moyenne annuelle	Décès par 100 000 habitants et par an
		1945	1946	1947	1948	1949			
Luxbg.-Ville	61 938	51	25	36	30	35	177	35,4	57.2
» Campagne	15 327	16	4	14	6	2	42	8,4	54,8
Esch-s.-Alzette	93 928	63	47	48	49	40	247	49,4	52,6
Capellen . . .	16 091	7	4	7	12	3	33	6,6	41,0
Mersch . . .	12 614	10	11	7	4	4	36	7,2	57,1
Diekirch . . .	16 698	13	6	4	11	8	42	8,4	50,3
Redange . . .	11 774	5	5	9	6	5	30	6,0	51,0
Wiltz.	12 419	7	2	4	3	4	20	4,0	32,3
Clervaux . . .	12 127	9	6	6	7	2	30	6,0	49,5
Vianden . . .	2 432	4	2	—	3	2	11	2,2	90,5
Grevenmacher	14 307	11	9	7	12	7	46	9,2	64,3
Echternach . .	10 233	7	2	—	5	4	18	3,6	35,2
Remich. . . .	10 592	11	4	6	4	3	28	5,6	52,9
Grand-Duché	290 480	214	127	148	152	119	760	152,0	52,3

Pour le centre urbain de Luxembourg le taux des décès par 100 000 habitants et par an est de 57.6, pour la région industrielle du canton d'Esch de 52,6 et pour l'ensemble des cantons ruraux avec 134 614 habitants de 49.9.

Le taux pour l'ensemble du pays et par an est de 52.3.

De 1945 à 1949 il y a une régression nette des cas de décès par tuberculose pulmonaire, constatée aussi dans les pays environnants.

Où en est la mortalité tuberculeuse au Grand-Duché par rapport à celle des autres pays? Pendant l'année 1948 le taux de décès par tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants a été de

25 au Danemark
28 au Pays-Bas
30 aux U.S.A
37 au Canada
53 en Angleterre
58,2 au Grand-Duché de Luxembourg
73.5 en France

Pour l'année 1949 le taux au Grand-Duché est de 47.3.

Le pourcentage des décès par tuberculose toutes formes du total des décès pendant la période de 1945 à 1949 est de 4,7%. (En France: 6%).

B. Mortalité selon le sexe.

Le tableau II montre les variations de la mortalité tuberculeuse selon le sexe. Malgré le nombre restreint de cas nous avons ajouté les chiffres concernant la tuberculose non-pulmonaire.

Tableau II

Mortalité tuberculeuse selon le sexe, (1945—1949)

Sexe	Tuberculose pulmonaire	%	Tuberculose non-pulmonaire	%
Hommes	454	59,7	74	53,6
Femmes	306	40,3	64	46,4
Total	760	100,0	138	100,0

La mortalité par tuberculose pulmonaire est donc beaucoup plus grande chez les hommes, tandis que pour la tuberculose non-pulmonaire les chiffres tendent à se rapprocher. Suivant certaines statistiques étrangères la mortalité par tuberculose non-pulmonaire est même plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

C. Mortalité selon l'âge

L'étude du tableau III montre que le pourcentage de la mortalité par tuberculose pulmonaire jusqu'à l'âge de 15 ans, est très faible, ce qui concorde avec ce que nous savons de la régression de la tuberculose pulmonaire infantile à l'étranger. C'est entre 20 et 60 ans que se situe le maximum de la mortalité par tuberculose pulmonaire.

Pour la tuberculose non-pulmonaire (surtout la méningite tuberculeuse) la situation est différente. Il y a une mortalité importante entre 0 et 15 ans.

Tableau III

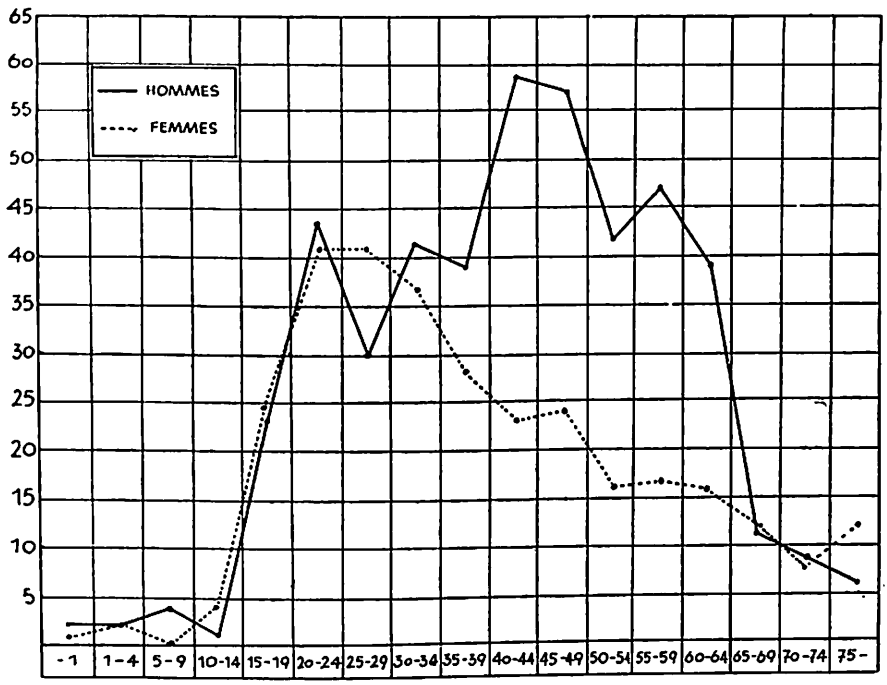
Mortalité tuberculeuse selon l'âge (1945—1949)

Age	Tuberculose pulmonaire	%	Tuberculose non-pulmonaire	%
0—14	16	2,1	36	26,1
15—20	47	6,2	15	10,9
20—40	300	39,5	34	24,6
40—60	283	37,2	41	29,7
60—	114	15,0	12	8,7
	760	100	138	100

D. Variations de la mortalité par tuberculose pulmonaire selon l'âge et le sexe.

En combinant les données mentionnées plus haut nous pouvons établir un graphique, qui donne une image particulièrement éloquente des variations de la mortalité par tuberculose pulmonaire selon l'âge et le sexe.

Ce graphique se rapporte à la totalité des décès par tuberculose pulmonaire de 1945 à 1949. Les groupes d'âge ont été portés en abscisse et le nombre des cas en ordonnée.



Mortalité par tuberculose pulmonaire selon l'âge et le sexe. (1945 à 1949)

Pour les deux sexes la mortalité est faible jusqu'à l'âge de 15 ans. Il y a une augmentation rapide de 15 à 24 ans. Jusque là les deux tracés ont cheminé parallèlement, puis ils commencent à s'écarter. La mortalité féminine décroît régulièrement, tandis que la mortalité masculine monte et atteint son maximum pour le groupe d'âge de 40 à 45 ans.

On a trop insisté sur l'importance de la mortalité infantile par tuberculose pulmonaire. En réalité elle est faible chez nous et aussi dans les pays environnants. Il importe de tenir compte de ce fait dans l'élaboration d'un plan de lutte antituberculeuse.

La tuberculose pulmonaire est une maladie de l'âge adulte, et surtout de l'homme adulte. Nos efforts devront porter avant tout sur le dépistage précoce de la tuberculose chez les hommes adultes.

Comment expliquer le parallèlisme et puis l'écart des tracés pour les deux sexes selon les groupes d'âge? Si chez les enfants il y a des variations identiques pour l'un et l'autre sexe, nous devons admettre un facteur commun, qui est la contagion, tandis que chez les adultes les divergences constatées relèvent de facteurs sociaux extérieurs à la maladie. Ce sont les mauvaises conditions de travail, le surmenage, l'organisation défectueuse des loisirs et l'alcoolisme.

Tableau IV — *Décès par tuberculose*

Age des décédés	Décès en général			Décès par tbc. pulmonaire			Décès par toutes autres tuberculoses		
	m	f	Ens.	m	f	Ens.	m	f	Ens.
moins d'un an	850	635	1 485	2	1	3	3	3	6
1 à 4	153	148	301	2	2	4	3	9	12
5 à 9	104	63	167	4	—	4	4	2	6
10 à 14	100	64	164	1	4	5	7	5	12
15 à 19	137	101	238	23	24	47	7	8	15
20 à 24	164	127	291	43	41	84	6	3	9
25 à 29	149	126	275	30	41	71	5	5	10
30 à 34	202	144	346	41	37	78	5	3	8
35 à 39	270	172	442	39	28	67	6	1	7
40 à 44	390	236	626	58	23	81	8	5	13
45 à 49	521	361	882	57	24	81	6	5	11
50 à 54	548	420	968	41	16	57	3	5	8
55 à 59	700	516	1 216	47	17	64	7	2	9
60 à 64	911	730	1 641	39	16	55	1	3	4
65 à 69	1 171	977	2 148	11	12	23	1	1	2
70 à 74	1 293	1 241	2 534	9	8	17	2	2	4
75 et plus	2 332	2 749	5 081	7	12	19	—	2	2
Age inconnu	16	4	20	—	—	—	—	—	—
Total	10 011	8 814	18 825	454	306	760	74	64	138

E. Décès par tuberculose et décès en général

Nous terminons cette étude sur la mortalité tuberculeuse par un tableau révélant le pourcentage des décès par tuberculose suivant l'âge et le sexe par rapport à la mortalité en général pendant la période de 1945 à 1949. (Tableau IV).

Sur 238 adolescents décédés à l'âge de 15 à 19 ans, 62 sont morts de tuberculose, c'est à dire 26%.

Sur 291 jeunes gens décédés à l'âge de 20-24 ans, 93 sont morts de tuberculose, c'est à dire 32%. Les pourcentages correspondants pour les groupes d'âge de 25 à 29, et de 30 à 34 ans, sont de 29.4% et de 24.8%.

II. Morbidité

L'étude de la morbidité par tuberculose pulmonaire est basée sur les documents fournis par le Service sanitaire et la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose.

Les réserves que nous avons faites pour la mortalité, s'appliquent aussi à la morbidité. Avec cette différence que la proportion des cas non déclarés est certainement plus élevée. Cela dépend peut-être de l'interprétation des constatations cliniques et radiologiques en ce qui concerne les tuberculoses pulmonaires non bacillifères, mais en majeure partie des raisons psychologiques bien connues.

et décès en général (1945—1949)

Total des décès par tuberculose			Pourcentage tbc. pulm. par décès en général			Pourcentage toutes autres tbc. par décès en général			Pourcentage toutes tbc. par décès en général		
m	f	Ens.	m	f	Ens.	m	f	Ens.	m	f	Ens.
5	4	9	0.2	0.1	0.2	0.4	0.5	0.4	0.6	0.6	0.6
5	11	16	1.3	1.3	1.3	2.0	6.1	4.0	3.3	7.4	5.3
8	2	10	3.9	—	2.4	3.8	3.2	3.6	7.7	3.2	6.0
8	9	17	1,0	6.3	3.0	7.0	7.8	7.3	8.0	14.1	10.3
30	32	62	16.8	23.8	19.7	5.1	7.9	6.3	21.9	31.7	26.0
49	44	93	26.2	32.3	28.9	3.7	2.4	3.1	29.9	34.6	32.0
35	46	81	20.1	32.5	25.8	3.4	4.0	3.6	23.5	36.5	29.4
46	40	86	20.3	25.7	22.5	2.5	2.1	2.3	22.8	27.8	24.8
45	29	74	14.4	16.3	15.2	2.3	0.6	1.6	16.7	16.9	16.8
66	28	94	14.8	9.8	12.9	2.1	2.1	2.1	16.9	11.9	15.0
63	29	92	10.9	6.6	9.2	1.2	1.4	1.2	12.1	8.0	10.4
44	21	65	7.5	3.8	5.9	0.5	1.2	0.8	8.0	5.0	6.7
54	19	73	6.7	3.3	5.3	1.0	0.4	0.7	7.7	3.7	6.0
40	19	59	4.3	2.2	3.4	0.1	0.4	0.2	4.4	2.6	3.6
12	13	25	0.9	1.2	1.1	0.1	0.1	0.1	1,0	1.3	1.2
11	10	21	0.7	0.6	0.7	0.2	0.2	0.2	0.9	0.8	0.9
7	14	21	0.3	0.4	0.4	0.0	0.1	0.0	0.3	0.5	0.4
—	—	—	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
528	370	898	4.5	3.5	4.0	0.7	0.7	0.7	5.3	4.2	4.7

A. Morbidité en général et par cantons

Nous avons condensé le résultat de nos investigations au tableau V. Ce qui frappe, c'est la morbidité élevée de la ville de Luxembourg, de la région industrielle du canton d'Esch, par rapport à la morbidité des cantons ruraux. Si pour la ville de Luxembourg il y a sur 100 000 habitants et par an 105,6 cas déclarés de tuberculose pulmonaire, pour le bassin minier 126,3 cas, il y en a seulement 64,8 pour l'ensemble des cantons ruraux.

Ce serait une conclusion prématurée et passablement arbitraire que d'affirmer que la morbidité tuberculeuse des régions rurales est tellement inférieure à celle des villes, et de répéter le vieux refrain de la «ville meurtrière» et de la vie saine à la campagne. L'étude des mortalité et morbidité comparées nous amènera à une autre conclusion. Certes la tuberculose fait moins de ravages à la campagne, mais l'écart énorme des taux de morbidité entre ville et campagne relevé dans nos statistiques est dû en majeure partie au dépistage insuffisant et à l'absence de déclarations complètes.

B. Morbidité selon le sexe

Pour la morbidité selon le sexe nous retrouvons à peu de chose près les pourcentages constatés pour la mortalité tuberculeuse, c'est à dire la prépondérance considérable de la tuberculose pulmonaire chez les hommes.

Tableau V

Morbidité par tuberculose pulmonaire de 1945 à 1949

Cantons	Nombre d'habitants moyenne quinquennale	Cas de tuberculose pulmonaire					Total 1945 – 1949	Moyenne annuelle	Par 100 000 habitants et par an
		1945	1946	1947	1948	1949			
Luxbg-Ville	61 938	55	59	81	70	62	327	65.4	105.6
Luxbg.-Camp.	15 327	13	7	8	8	16	52	10.4	67.9
Esch-s.-Alzette	93 928	95	156	100	116	126	593	118.6	126.3
Capellen	16 091	4	11	9	10	11	45	9.0	55.9
Mersch	12 614	7	7	10	7	5	36	7.2	57.1
Diekirch	16 698	23	12	22	21	18	96	19.2	115.0
Rédange	11 774	4	8	6	6	6	30	6.0	51.0
Wiltz	12 419	4	3	9	9	3	28	5.6	42.7
Clervaux	12 127	5	7	14	3	6	35	7.0	57.7
Vianden	2 432	2	—	5	2	3	12	2.4	98.7
Grevenmacher	14 307	4	4	12	7	7	34	6.8	47.5
Echternach	10 233	2	1	11	3	9	26	5.2	50.8
Remich	10 592	4	10	10	9	9	42	8.4	79.3
Grand-Duché	290 480	222	285	297	271	281	1 356	271.2	93.4

Tableau VI

Morbidité tuberculeuse selon le sexe de 1945 à 1949

Sexe	Cas de maladie			
	Tuberculose pulmonaire	%	Tuberculose non-pulmonaire	%
Hommes	844	62.3	85	52.8
Femmes	512	37.7	76	47.2
Total	1 356	100.0	161	100.0

C. Morbidité selon les groupes d'âge

Ici encore nous pouvons constater que la tuberculose pulmonaire est actuellement avant tout une maladie des adultes. Les données pour établir un graphique montrant les variations de l'atteinte des deux sexes suivant l'âge nous manquent malheureusement.

Tableau VII

Morbidité tuberculeuse suivant l'âge de 1945 à 1949

Age	Cas de maladie			
	Tuberculose pulmonaire	%	Tuberculose non-pulmonaire	%
0—14	142	10.6	63	39.1
15—19	146	10.7	25	15.5
20—39	635	46.8	54	33.6
40—59	323	23.8	13	8.1
60—	110	8.1	6	3.7
Total	1 356	100	161	100

III Mortalité et Morbidité comparées

Au cours de cette étude nous avons déjà fait les réserves nécessaires au sujet des données de base dont nous avons disposé et nous avons relevé les difficultés qui s'opposent à l'établissement de statistiques exactes.

Pour serrer la réalité de plus près nous avons comparé la mortalité et la morbidité par tuberculose pendant les cinq années de 1945 à 1949, et par cantons. Pour chaque canton nous avons déterminé le rapport maladies/décès, c'est à dire le nombre de cas de maladie par décès, puis le nombre de décès sur 100 cas de maladie, et nous avons comparé enfin les taux de mortalité et de morbidité par 100 000 habitants et par an.

L'examen du rapport maladies/décès et sa comparaison avec les taux de mortalité et de morbidité par 100 000 habitants nous paraissent particulièrement intéressants pour apprécier, du moins indirectement, l'exactitude des déclarations, la fréquence réelle de la tuberculose pulmonaire et l'efficacité de la lutte antituberculeuse dans les diverses régions de notre pays.

Ce qui fait la valeur de ce rapport, c'est qu'il a été établi dans plusieurs régions de l'étranger prospectées à fond et qu'il correspond sensiblement à la situation réelle, compte tenu des conditions actuelles d'alimentation, de travail et de logement. Il se situe entre 2,5 et 3.

Comment interpréter ce rapport? Son augmentation signifie ou bien la diminution de la mortalité, ou bien l'augmentation de la morbidité ou bien les deux en même temps. Il y a donc des variations en sens inverse, les chiffres de la mortalité et de la morbidité s'écartent.

La diminution du rapport aurait théoriquement une signification inverse. Elle traduirait soit une augmentation de la mortalité, soit une diminution de la morbidité, ou bien les deux ensemble. Il serait possible de concevoir une augmentation de la mortalité avec une morbidité stationnaire, ou une diminution de la morbidité avec une mortalité stationnaire, du moins théoriquement. Mais en aucun cas la diminution du rapport sera due aux variations indiquées plus haut des deux facteurs.

En réalité les rapports faibles de 1 à 2 correspondent à un dépistage insuffisant avec une proportion élevée de cas dépistés trop tardivement, rapidement mortels et de cas ignorés, et d'un autre côté à des déclarations incomplètes.

On peut concevoir aussi des variations de la mortalité et de la morbidité dans le même sens, p. ex. augmentation simultanée des deux facteurs, ou diminution. Mais alors le rapport maladies/décès reste inchangé.

Ce rapport constitue donc à notre avis un indice valable dans des circonstances d'alimentation, de travail et de logement données et stables.

Actuellement dans les régions, où le dépistage est bien organisé et fait précocement, l'indice de morbidité a une tendance à s'accroître et la mortalité diminue en conséquence, ce qui se traduit par un rapport maladies/décès élevé. D'ailleurs ce rapport doit correspondre à une taux élevé de la morbitidé par 100 000 habitants et par an et un taux relativement faible de la mortalité.

A la lumière de ces considérations il sera possible d'interpréter le tableau VIII.

Examinons p. ex. la situation au bassin minier. Les déclarations des causes de décès sont accompagnées dans la grande majorité des cas d'un certificat médical, qu'exigent presque toutes les communes du Sud. De plus l'activité des dispensaires, le contrôle des caisses de maladie, l'éducation sanitaire plus avancée de la population assurent un dépistage assez efficace, et les déclarations des cas de maladie sont assez complètes.

Pour le bassin minier le rapport M/D est de 2,4, le nombre des décès par 100 cas de maladie de 42, chiffre le plus bas constaté au Grand-Duché, et les taux de morbidité et de mortalité par 100 000 habitants et par an sont de 126,3 et de 52,6. Après tout ce que nous venons de dire nous pouvons admettre que les documents de base pour le bassin minier sont sensiblement exacts et que la lutte antituberculeuse y est organisée d'une façon assez satisfaisante.

Le rapport M/D pour la ville de Luxembourg est de 1,8, ce qui se traduit par des taux de morbidité et de mortalité de 105,6 et 57,2.

Tableau VIII

Tuberculose pulmonaire 1945 - 1949

Cantons	Nombre d'habitants moyenne quinquennale	Cas de maladie	Cas de décès	Rapport maladies décès	Nombre des décès sur 100 cas de maladie	Sur 100 000 habitants et par an	
						Cas de maladie	décès
Luxbg.-Ville	61 938	327	177	1.8	54	105.6	57.2
Luxbg.-Camp	15 327	52	42	1.2	81	67.9	54.8
Esch-Alzette	93 928	593	247	2.4	42	126.3	52.6
Capellen	16 091	45	33	1.4	73	55.9	41.0
Mersch	12 614	36	36	1.0	100	57.1	57.1
Diekirch	16 698	96	42	2.3	44	115.0	50.3
Rédange	11 774	30	30	1.0	100	51.0	51.0
Wiltz	12 419	28	20	1.4	71	42.7	32.3
Clervaux	12 127	35	30	1.2	86	57.7	49.5
Vianden	2 432	12	11	1.1	92	98.7	90.5
Grevenm.	14 307	34	46	0.7	135	47.5	64.3
Echternach	10 233	26	18	1.4	69	50.8	35.2
Remich	10 592	42	28	1.5	67	79.3	52.9
Grand-Duché	290 480	1 356	760	1.8	56	93.4	52.3

La région mi-urbaine et mi-rurale de Diekirch montre aussi un rapport M/D élevé et il y a lieu d'admettre que les taux par 100 000 habitants sont assez près de la réalité.

A l'autre extrême l'arrondissement de Grevenmacher avec 35 132 habitants a un rapport M/D de 1,1 avec 90 décès sur 100 cas de maladie, des taux de mortalité et de morbidité de 58,1 et de 52,4. Ces chiffres ne correspondent certainement pas à la réalité, même si on admet une proportion très élevée de cas dépistés tardivement et rapidement mortels. Il est probable que le taux de mortalité de 52,4 est à peu près exact, mais le taux de morbidité de 58,1 est certainement loin au-dessous de sa valeur réelle.

Le tableau IX rend compte des données obtenues pour les différentes régions du pays.

Il est évidemment impossible d'évaluer la part qui revient dans les chiffres constatés pour les cantons ruraux aux défaillances du

dépistage et aux déclarations incomplètes, mais il y a une conclusion qui s'impose:

La lutte antituberculeuse n'est pas encore organisée d'une façon satisfaisante à la campagne, et il faut l'activer de toute urgence par une vaste campagne de propagande et de dépistage. C'est à la campagne que nous trouverons la plupart des cracheurs de bacilles ignorés ou cachés.

Tableau IX

Régions	Nombre d'habitants	Rapport Maladies Décès	Nombre des décès sur 100 cas de maladie	Sur 100 000 habitants et par an	
				cas de maladie	décès
Luxembg.-Ville	61 938	1.8	54	105.6	57.2
Cant. d'Esch-Alz.	93 928	2.4	42	126.3	52.6
Tous les cantons ruraux	134 614	1.3	77	64.8	49.9
Arr. de Diekirch	55 450	1.5	66	72.5	48.0
Cant. de Luxbg.-Camp., Capellen et Mersch	44 032	1.2	83	60.4	50.4
Arr. de Grevenmacher	35 132	1.1	90	58.1	52.4

IV. Endémicité

Avec l'endémicité tuberculeuse, c'est à dire le nombre total de tuberculeux existant à une date précise, nous arrivons à une donnée qu'il est particulièrement difficile de préciser.

Les seuls documents que nous ayons à notre disposition sont les statistiques des dispensaires de la Ligue luxembourgeoise contre la tuberculose sur le mouvement des consultants et le relevé des diagnostics.

A la date du 31.12.1949 il y avait 1157 tuberculeux (toutes formes) inscrits aux neuf dispensaires du pays, c'est à dire régulièrement suivis. Si on déduit de ce chiffre les cas de tuberculose des os, des ganglions, de la peau, des autres organes et les séquelles de pleurésie séro-fibrineuse, il reste 938 cas de tuberculose pulmonaire. Parmi ces 938 cas il y a 478 tuberculoses pulmonaires bacifillifères et 460 tuberculoses pulmonaires non bacillifères.

Quelle est la valeur de ces chiffres?

Il est évident que nos dispensaires ne connaissent pas tous les cas de tuberculose existant dans notre pays. Même si tous les cas connus étaient déclarés, il y aurait encore un certain nombre de cas ignorés, que seuls les examens en série peuvent déceler.

Dans les pays, qui ont un standard de vie comparable au nôtre, la radiophotographie en série a révélé en moyenne 4-5 sujets atteints de tuberculose pulmonaire (cas connus et cas ignorés) sur 1000 sujets examinés. Pour notre pays il faudrait admettre l'existence de 1170 à 1460 tuberculeux pulmonaires, dont 940 sont actuellement connus.

Les premiers essais de radiophotographie dans notre pays ont montré que sur 9000 sujets examinés il y en avait 15 porteurs de lésions tuberculeuses pulmonaires ignorées. Si l'on se base sur ces données on arrive au nombre de 450 cas de tuberculose pulmonaire qu'il faut encore dépister et à un total de 1375 tuberculeux pulmonaires vivant actuellement sur notre territoire.

En rassemblant toutes ces données, en les comparant avec celles de l'étranger, nous croyons pouvoir admettre, qu'il y a actuellement dans notre pays au moins 1600 personnes atteintes de tuberculose-maladie, dont au moins 1300 de tuberculose pulmonaire.

Conclusions

1. Sans données statistiques exactes et complètes, correctement interprétées, il est impossible d'orienter la lutte antituberculeuse et d'élaborer un plan d'action logique. Ici la collaboration sans réticence du corps médical et des administrations communales est de toute première importance. Il faut introduire un système de déclaration simplifié, épargnant au médecin toute surcharge administrative et garantissant le secret médical.

2. La tuberculose pulmonaire frappe de préférence les adultes, et surtout les hommes adultes. Ce fait devrait être médité par tous ceux qui continuent à croire que la lutte antituberculeuse se confond surtout avec la prévention et le dépistage de la tuberculose pulmonaire infantile.

Actuellement, dans nos centres urbains, les examens radiologiques en série sont réservés presqu'exclusivement aux enfants des écoles, et ce sont de préférence les enfants de bas âge qui sont vaccinés au B.C.G. Or ce sont avant tout les jeunes adultes et les adultes qui devraient profiter de ces mesures.

En d'autres termes: le dépistage et la prévention de la tuberculose pulmonaire doivent être dirigés, ils doivent s'adresser d'abord aux catégories d'âge particulièrement exposées.

3. L'étude comparée de la mortalité et de la morbidité par tuberculose pulmonaire montre que la lutte antituberculeuse doit être activée surtout à la campagne. L'indice maladies/décès très bas des secteurs ruraux traduit les défaillances des déclarations et du dépistage, entraînant des suites redoutables pour les malades et leur entourage.

4. Le taux moyen de la mortalité par tuberculose (toutes formes) pour les années 1945 à 1949 a été de 61,9, en 1948 de 58,2, et en 1949 de 47,3.

Ce taux est encore beaucoup trop élevé pour un pays de 300 000 habitants, qui se plaît a reconnaître à chaque occasion la perfection de ses institutions sociales, qui a un standard de vie élevé et qui est protégé contre la contamination tuberculeuse du dehors par le contrôle rigoureux de l'état pulmonaire de tous les ouvriers étrangers.

Nos réalisations sociales n'ont pas encore eu le retentissement sur l'état de la santé de notre peuple que nous sommes en droit d'attendre.

Nous dépensons chaque année des sommes énormes pour le traitement de la tuberculose, mais le budget affecté à la prévention et au dépistage de cette maladie, qui coûte chaque année au moins 80 millions de francs à notre économie nationale, est minime. Et que faisons-nous pour éviter la rechute des tuberculeux guéris, pour les reclasser?

Est-ce que nos caisses de maladie et nos assurances sociales n'auraient pas la possibilité de sortir de leurs conceptions étroites et surannées et de s'occuper aussi de la prévention? Notre doctrine de la sécurité sociale, centrée trop exclusivement sur le traitement des malades et le paiement de rentes, doit évaluer dans le sens de la prophylaxie. La sécurité sociale devrait tenir compte de l'évolution actuelle de la médecine qui s'oriente de plus en plus vers la prévention, et cela dans son intérêt matériel bien compris.

5. En définitive, pour améliorer le rendement de la lutte antituberculeuse dans notre pays, il est nécessaire:

— d'établir un plan d'action basé sur des données statistiques exactes et complètes. Le but de cette étude est précisément de fournir ces documents de base indispensables;

— de coordonner l'activité de tous les organismes intéressés de près ou de loin à la lutte antituberculeuse et de provoquer une évolution de leur doctrine conforme aux conceptions et tendances de la médecine moderne. C'est la mission du comité de coordination institué à notre demande par l'arrêté ministériel du 25 janvier 1950;

— d'élaborer une loi sur la tuberculose et de créer un organisme unique, groupant toutes les initiatives publiques et privées et responsable de la direction de toute l'action contre la tuberculose.

Une des plus grandes réussites en médecine préventive d'après-guerre

KERODEX

CREME ANTI-DERMATITE

protège vos mains

contre tous produits chimiques quelconques (acides, alcalis, couleurs, huiles, solvents, goudrons etc.)

pendant une durée de 3-4 heures

Pas d'attaque de la peau
Nettoyage sans difficulté

KERODEX a été appliqué par des ingénieurs de notre industrie lourde qui manipule les goudrons et dolomies, ils ont été très satisfaits de ses effets.

Démonstration pratique

sans engagement ni frais par

M. Alfred RIESÉ

Représentant des Laboratoires Propharma Luxembourg
41, rue d'Audun - Esch/Alzette

Documentation et échantillons sur demande aux

LABORATOIRES PROPHARMA LUXEMBOURG

DEPOSITAIRES EXCLUSIFS POUR LE GRAND-DUCHE

Ouvert: DU 1er MARS
AU 1er NOVEMBRE

Mondorf-les-Bains

GRAND-DUCHE
DE LUXEMBOURG

FOIE - INTESTIN

Nutrition - Rhumatisme

Foie Colonial

Nouveau Casino: Bar - Dancing - Salles de lecture - Billard - Bridge
Orchestre de premier ordre

CENTRE TOURISTIQUE

Renseignements: Etablissement Thermal, Téléphone: 59
Syndicat d'Initiative, Téléphone: 73

Docteurs

POUR VOS IMPRIMÉS

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER
MAISON D'ÉDITION
40, Avenue de la Gare, LUXEMBOURG - Tél. 28-70 et 30-91

Résumés des conférences de la Société des Sciences Médicales 1949-50

par Charles Jones

5-10-1949

Dr. de Rham, médecin-chirurgien à Leysin: «*Les Antibiotiques et la Chirurgie de la Tuberculose pleuro-pulmonaire.*» Le conférencier fut présenté par M. le Dr. Molitor, médecin-chef du service Sanitaire, qui donna un premier aperçu sur les résultats du dépistage systématique de la tuberculose par la radiophotographie en série, nouveau service créé environ depuis 8 mois.

Le personnel du Chemin de Fer de Luxembourg-ville, les élèves des établissements secondaires et le personnel communal de la ville de Luxembourg, 7.000 personnes environ, furent examinées. Les mesures ne furent pas coercitives, les examens non obligatoires. Sur 7.000 cas, 10 cas de tuberculose active, ouverte et ignorée des intéressés furent trouvés; 32 furent mis sous contrôle pendant 2 à 6 mois et 5 en surveillance; donc 37 cas suspects.

Après le médecin-directeur, le conférencier Dr. de Rham, exposa ses vues et ses expériences. L'antibiotique employé est la streptomycine et les résultats excellents obtenus à l'aide de ce produit, en attestent la réelle valeur, surtout comme traitement antérieur à la thoracoplastie.

Sur 579 opérations, il n'y eut que 18% de complications au lieu de 41%, sans l'administration de la streptomycine. Dans les extrapleuraux, le taux des complications se réduisit de 53% à 18% à la suite de l'emploi de la streptomycine; ensemble une réduction de 47% à 18%, donc un abaissement très sensible.

Dans quelques cas, la streptomycine fut employée par voie locale, soit immédiatement au contact des cavernes tuberculeuses, soit dans des cas de pleurésie séro-purulente, avec résultat variable.

La streptomycine est indiquée surtout chez les sujets à lésion caverneuse. Les doses employées sont de 10 à 15 gr. ordinairement, mais peuvent s'élever à 150 gr. chez certains malades bacillo-résistants.

Un autre médicament, le P.A.S., fut également employé mais paraît moins indiqué à cause des difficultés d'absorption après les opérations.

Conclusions: La streptomycine ne se substitue pas à la collapso-thérapie et aux sanatoriums, mais elle est un précieux auxiliaire. Elle est à décliner comme seul agent thérapeutique de la tuberculose, les rechutes étant trop fréquentes.

Des radiographies témoins furent présentées et démontrèrent les résultats obtenus.

Assistaient à la Conférence: Monsieur Osch, Ministre de la Santé Publique; Monsieur Muller, Consul de Suisse; Monsieur le Dr. Van Rolleghem, de Leysin, de nombreux médecins de la Ville et du bassin minier, ainsi que les infirmières des dispensaires.

★

19-11-1949

Le *professeur Buchi*, Directeur à l'Institut Pharmaceutique de Zurich: «*Aspects modernes dans le domaine de l'anesthésie locale*».

Les anesthésiques locaux (a.l.) agissent tant par voie locale que par résorption, le plus souvent par un changement chimique et moléculaire à la surface de la cellule, mais également par un revirement moléculaire à l'intérieur

de la structure colloïdale du protoplasme. Ils se rattachent à la classe alphatique et aromatique: de près ou de loin aux benzènes C.6.H.6. et peuvent être considérés comme des dérivés plus ou moins substitués à cette chaine fermée.

Plus les a.l. sont liposolubles, plus vite diffusent-ils par la zone membraneuse du cytoplasme après avoir passé la gaine de Henlé: mais ils peuvent avoir un effet actif à la périphérie de la membrane des grandes cellules qui tapissent cette gaine, en y diminuant la tension superficielle; une accumulation du médicament à la périphérie de la cellule se manifeste qui déclenche une chute osmotique des couches superficielles aux couches internes du cytoplasme, riche en lipoïdes. D'autres a.l. plus difficilement dissociables n'agissent que par voie de pénétration périphérique p. ex. la novocaïne.

Ils entrent dans la cellule en formant avec les molécules de la membrane cytologique une réaction intermédiaire, passagère, réversible, une sorte de barbotage qui change la perméabilité de la cellule.

L'auteur montre le long chemin des découvertes en anesthésie locale depuis l'emploi de la cocaïne par Reclus en France et Schleich en Allemagne, l'emploi du Tropan, du Tropin, de l'Ekgonin, le passage par le Tropococaïne, par l'Ekgonodin, pour arriver à l'eucaïne.

Une nouvelle synthèse des a.l. sur des bases nouvelles a été réalisée par l'observation de Einhorn que l'éther de l'acide aminobenzoïque agit d'une façon anesthésiante. L'orthoforme et l'anesthésine ont été introduites en thérapie, en 1905 la stovaïne, l'alypine et la novocaïne, à cette dernière se rattachent par l'ajoute d'une molécule: la tutocaïne, la panthésine.

Récemment on arrivait après des variations multiples dans les dérivés du groupe alkamin à la pantocaïne, l'une des préparations, qui avec la percaïne sont jusqu'aujourd'hui à tous les points de vue les anesthésiques les plus actifs et les moins toxiques; car si beaucoup de produits sont plus actifs localement et par résorption que la cocaïne, ils sont tout de même par leur degré de concentration et leur durée d'application assez toxiques, pouvant provoquer des désordres souvent graves et des intoxications parfois mortelles.

Par la percaïne et la pantocaïne, on atteint un index thérapeutique très favorable qui peut satisfaire le praticien, mais qui n'est pas encore l'idéal.

Comment les a.l. agissent-ils sur la fibre nerveuse?

Nous savons que celle-ci est constituée par le cylindre-axe, par la gaine de myéline, et la gaine de Schwann. La fibre nerveuse présente des étranglements connus sous le nom d'étranglements de Ranvier. Au niveau de ces étranglements la gaine de myéline, dont le squelette réticulé est plus réfractaire à toute diffusion, n'existe pas: le cylindre-axe est recouvert directement par la gaine de Schwann. Celle-ci, très mince, dont le noyau est entouré d'une très fine écorce de protoplasme grénu, est le lieu de pénétration du médicament anesthésique, comme d'ailleurs l'a prouvé la coloration par l'argent (Croix de Ranvier).

La cellule nerveuse est un noyau électrique à potentiel élevé à sa superficie. L'excitation nerveuse est véhiculée probablement par l'acétylcholine, la vitamine B, l'iodure de potassium, sans que nous connaissions cependant exactement la chimie du courant.

Par l'invasion de l'anesthésique, le potentiel ionique est influencé, les influx nerveux suspendus, l'excitation et la conductibilité arrêtées: c'est la section physiologique du nerf.

Le grand but de la pharmacologie des a.l. reste toujours de trouver le produit avec optimum d'effet possédant une constante en solution aqueuse et un minimum de toxicité.

★

3-12-1949.

Nombreux étaient les confrères venus assister à la conférence du *professeur Christophe*, de l'Université de Liège: «*l'Etat actuel de la thérapeutique des endartérites*».

Les symptômes de cette maladie-spasmes des artères périphériques par l'action du sympathique sont connus. Maint individu, dont un membre ou le bout du nez se refroidit, dont les crampes douloureuses rendent la vie pénible

et dont finalement une gangrène et des amputations en sont la conséquence inévitable et fatale, peuvent espérer que dans l'avenir une thérapie nouvelle et hardie permettra d'influencer les facteurs morbides de cette maladie inconnue encore il y a 30 ans. Les hypothèses que l'endartérite a soulevées pendant ces années, sont aujourd'hui éclairées; la thérapie de la sympathectomie, inaugurée par le professeur Leriche dans ce domaine, est plus perfectionnée que jamais. L'exploration systématique a levé le voile d'une de ces maladies énigmatiques, grâce au concours harmonieux des physiologistes, des radiologues et des chirurgiens.

Ce concours constitue une victoire de la science rationnelle et méthodique sur un mal fonctionnel obscur et désespéré.

Le conférencier montra d'abord que la sympathectomie à elle seule ne donne jamais une solution définitive. Il faut d'abord reconnaître l'étendue des lésions athéromateuses par l'artériographie, pratiquée à l'aide de l'umbrador et d'une seringue à contrecourant construite spécialement dans son service. Elle permet généralement de découvrir le lieu des lésions primitives; souvent, en regard des symptômes légers périphériques, on trouve des lésions formidables, «ahurissantes», une obstruction haute des artères iliaques près de leur carrefour au niveau de l'aorte abdominale.

L'auteur montre des radiographes claires et précises à ce sujet, dévoilant des lésions obstructrices profondes. Par une de ces radiographies il a pu démontrer qu'un homme, accusé de viol sur 2 filles, n'en a pu être l'auteur, ses artères honteuses étant absolument bouchées.

L'éminent praticien nous donne la primeur d'une de ces déductions gagnées par une observation clinique systématique: l'endartérite ne se présente jamais chez les femmes. Jusqu'aujourd'hui un seul cas sur des milliers et des milliers a pu être découvert chez l'autre sexe:

Il s'agissait d'une femme virile où l'hormone mâle, plus abondant, changeait la constitution physiologique. Le tabac, le grand accusé, n'est nullement en cause; il y a des femmes qui fument énormément et qui cependant ne sont pas atteintes de la maladie.

Effectivement par l'absorption de fortes doses d'extraits ovariens (distilbène, éthynoestryl) on est arrivé à influencer favorablement la progression de la maladie. On donne une demi-tablette par jour pendant trois à quatre mois; généralement on arrive à stopper l'évolution de la maladie, les douleurs disparaissent, la santé devient plus florissante.

Une autre technique américaine est le lit oscillant qui change de position toutes les 2 minutes. Sans que nous puissions l'expliquer, les douleurs s'améliorent, les membres se réchauffent. Chirurgicalement l'injection du ganglion stellaire, ou l'infiltration des ganglions lombaires mène également à des améliorations. Mais l'ablation du 2e ou 3e ganglion lombaire — jamais ni le 1er ni le 4e pour des raisons de troubles d'éjaculation sexuelle et d'hypersensibilisation avec nécrose consécutive à l'effort — donne des résultats de longue durée. La technique de la désoblitération à l'aide de longues curettes souples et plongeant dans la cavité de l'artère, permet d'enlever les fragments athéromateux et de rendre la perméabilité à l'artère. L'héparine ou les produits similaires sont assez dangereux: les grosses artères étant obstruées, un hématome diffus dans les tissus environnants en est souvent a conséquence.

L'avenir est à la chirurgie par la greffe veineuse ou artérielle, la dernière introduite dans la thérapie par l'américain Gross. Le segment de l'artère oblitérée est enlevé: au moyen d'une canule en vitallium on remplace le fragment de l'artère par une veine du même calibre, mais la tonicité de la paroi n'étant pas égale à celle de l'artère, mieux vaut de faire une greffe artérielle. Gross, se basant sur les travaux de Carell, a entrepris le premier cette greffe. Cependant, la spécificité des tissus a été longtemps un grand obstacle à cette pratique, jusqu'à ce qu'on ait trouvé que les cellules épithéliales perdent leur spécificité, tout en gardant leur vitalité, par une réfrigération à 1° pendant 30 jours.

Mais où trouver le segment de l'artère nécessaire pour sauver le malade? L'auteur préconise la création d'une banque d'artères, prises sur des

cadavres, comme il en existe déjà une pour la transfusion du sang et une autre pour les yeux!

14 cas ont été opérés jusqu'ici par cette méthode, 14 hommes rendus à la santé, à la vie, à leur profession. Nous assistons à l'essor d'une science nouvelle, réservant bien des promesses aux malades et aux cliniciens. Le conférencier conclut en disant que la passion de la recherche systématique, l'excitation psychique que donne un cas de réussite et la découverte d'une nouvelle méthode consolent de bien des déboires de la pratique médicale.

Cette conférence a fait sur tous les assistants une impression très vive, presque fascinante. Montrant, étape par étape, la solution scientifique d'un problème, le professeur Christophe, avec sa parfaite connaissance de la question et sa bonhomie liégeoise, nous a prouvé que la science reste une des sources de satisfaction profonde et de noble jouissance.

★

Dr. L. De Winter, médecin principal du Sanatorium Elisabeth et chef de service à l'Hôpital St. Jean à Bruges: «*Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire à Bruges de 1926—1948*».

— La tuberculose pulmonaire n'est qu'une manifestation d'une maladie générale — , telles sont les paroles initiatrices du conférencier dont la longue et patiente lutte à la tête du grand Sanatorium Elisabeth lui donne une autorité incontestable en phtisiologie. A côté des moyens thérapeutiques actuels, médicaux et chirurgicaux, le rôle du sanatorium reste toujours incontesté. Même si la localisation pulmonaire de la maladie est vaincue, le terrain n'est pas encore modifié; l'agent microbien peut se développer de nouveau sur un organisme peu résistant: ce sont les trois premières années consécutives au traitement qui sont les plus cruciales.

Parmi les méthodes chirurgicales, la thoracoplastie garde son rôle dominant. Opération à caractère radical, n'ayant que peu évolué depuis 25 ans, époque où le Professeur Sauerbruch en établit la technique classique, elle demande un personnel stable, une organisation perfectionnée, un choix judicieux de malades et reste toujours réservée pour les tuberculoses graves.

La tuberculose pulmonaire peut être répartie en lésions congestives, lésions fibreuses et lésions nécrotiques. Comme toute maladie congestive, la tuberculose pulmonaire congestive sera traitée par l'immobilisation de la région, favorisant ainsi la guérison, c'est-à-dire par la collapsothérapie simple (frénosectomie, pneumothorax).

Les lésions fibreuses où les éléments rétractés naturellement favorisent la guérison, une collapsothérapie de rétraction est indiquée. L'affaissement de l'hémithorax, le rétécissement du thorax donnent de très bons résultats.

Quant aux cas de lésions ulcéro-caséeuses nécrotiques avec grandes cavernes, seule la collapsothérapie d'oblitération avec une thoracoplastie en largeur peut encore sauver le malade.

Celleci- est pratiquée par des résections très étendues de côtes, mais au lieu de faire ces résections au ras des apophyses transverses, laissant subsister un tronçon de côte, de Winter pratique la désarticulation de celle-ci au niveau de l'articulation costo-vertébrale: la cavité de l'articulation s'ossifie à la suite. On varie la technique classique en cherchant un aplatissement du poumon dans le sens latéral au lieu de provoquer un affaissement par une descente de cet organe. Le muscle grand pectoral est appelé à servir de plomb pour obtenir l'oblitération progressive des grandes cavernes.

Cette technique est pratiquée depuis 22 ans sur 1200 malades et les résultats définitifs sont concluants: ceux qui ont refusé l'opération, n'ont pas survécu de 2-3 ans à leur infection; ceux qui ont été opérés, ont eu une survie presque spectaculaire.

La riche expérience du conférencier lui permet de cataloguer les malades tuberculeux en 4 groupes: les bons cas, les cas médiocres, les cas mauvais et les mauvais bilatéraux.

Les premiers, à prédominance de lésions fibro-caséeuses peu évolutives, apyrétiques et à petites cavernes, sont souvent justiciables du pneumothorax

extra-pleural. Les seconds, à lésions étendues, avec des cavernes dépassant 5 cm. de diamètre, ainsi que les malades à grosses cavernes, «les mauvais», sont redevables de la thoracoplastie; les plus mauvais, chez qui il y a des lésions évolutives même du côté le moins mauvais, ne sont nullement condamnés à priori: on installe un pneumo du côté le moins malade et on pratique la thoracoplastie de l'autre côté, car ce sont toujours les lésions les plus avancées, les lésions-mères, qui doivent être traitées le plus radicalement. Au bas de l'échelle se trouvent les sujets à pyo-pneumothorax perforé dans les bronches; la loi dominante exige que le foyer principal doit être éteint. Après drainage, on pratique une première, puis une seconde, voire même une troisième thoracoplastie dans le but de transformer le «tunnel» en «tranchée» à l'aide de la plèvre restante.

Le conférencier est maître en statistiques et en analyses scientifiques. Des graphiques nombreux, extrêmement détaillés, précis et laborieusement établis, permettent de tirer les conclusions suivantes: *Le résultat opératoire* de la thoracoplastie ne peut être compté comme succès que s'il y a survie d'au moins trois mois.

Le résultat thérapeutique, même si l'acte opératoire a été heureux, n'a de valeur qu'après un délai de trois ans. La technique opératoire actuelle a fait diminuer les cas d'exitus de 10%—5%. Les deux grandes complications, l'hépatisation du poumon et asystolie irréductible, sont devenues très rares, 1—2%.

Par ces statistiques, s'étendant sur 10, 15 et 20 ans, le conférencier prouve que les trois premières sont les plus funestes; sur 800 cas «mauvais», il y a eu 500 survivants; les résultats acquis après ces trois premières années se maintiennent tant chez les bons que chez les mauvais. Après 15 ans, 15% des mauvais survivent encore et 50% des cas bénins. La cause du décès est presque exclusivement la reprise de la tuberculose pendant les trois premières années et après ce temps 2/3 succombent également au bacille de Koch. En d'autres mots: la tuberculose guette toujours ceux qu'elle a attaqués une fois.

Le conférencier conclut en disant que le service social doit s'occuper des malades à leur sortie du sanatorium: il doit s'efforcer de les suivre le plus longtemps possible et de leur procurer, si nécessaire, un emploi. A l'encontre de l'opinion générale, les opérés thoracoplastiques peuvent travailler, même quelquefois peiner, sans craindre une aggravation; ils ne présentent presque pas de dyspnée; nous respirons tous avec une surface trop grande de tissu pulmonaire. Avec un bout de poumon affaissé, les opérés survivants respirent normalement! C'est la résistance du terrain qu'il faut développer et favoriser.

Ces données pratiques, trahissant une vaste expérience et un esprit synthétique et minutieux, furent récompensées par des applaudissements répétés. En effet, le rôle du chirurgien ne doit pas se borner au succès opératoire; dans la chirurgie de la tuberculose, le degré de connaissance sûre, le choix de la méthode opératoire, le triage du malade, le contrôle scientifique postopératoire sont des éléments de valeur; éléments de précaution pour l'intéressé et éléments de base pour le progrès scientifique.

★

En présence du Professeur Merklen, de Nancy, le *Dr. Yves Canel* fit une conférence sur le sujet: «*Indications de la cure thermale dans les affections gynécologiques.*»

Aujourd'hui comme autrefois les peuples civilisés et les peuples naturels demandent aux sources minérales le remède à leurs maux; les médicaments ont changé dans le cours des siècles, mais la vogue des bains thermaux a gardé sa constance et son emprise sur la gent humaine. Purement empirique et instinctive aux temps anciens, la pratique de la cure moderne repose cependant sur des recherches cliniques et des données expérimentales; ce n'est plus à tort et à travers qu'elle est pratiquée, mais les indications balnéaires sont fixées et réservées aux seules maladies susceptibles d'être influencées.

Toute cure balnéaire exerce une triple action sur l'organisme: un échange augmenté de l'assimilation et de la nutrition dans tous les organes du corps,

une action locale sur le siège de la maladie et une autre action générale psycho-thérapique due au changement d'habitude et au repos général qui permet de retrouver l'équilibre nerveux si compromis et si brisé par notre vie mouvementée.

Les stations balnéaires convenant aux maladies gynécologiques sont divisées en 3 groupes: les eaux chaudes (63 °), radio- actives et peu minéralisées, ayant une puissance d'émanation de radium et de gaz rares et un pouvoir d'action électrique appréciable telles que Luxeuil, Plombières, Bagnoles sur l'Orne; les eaux sulfureuses (34 °) telles que St. Sauveur et Uriage contenant surtout du sulfate de soude et de potassium: et les eaux salées comme Salins, à forte ou à faible teneur en chlorure de sodium d'une température de 10-20 °.

Du point de vue physiologique, les premières sont des eaux calmantes, sédatives, décongestionnantes et résolutives, convenant aux processus inflammatoires légers et, par leur action stimulante, convenant surtout aux personnes éréthiques et fragiles, souffrant de stases pelviennes veineuses ou d'adhérences inflammatoires légères. Elles stimulent généralement le système endocrinien qui est en relation intime avec le système nerveux général.

Les eaux sulfureuses sont plutôt anticatarrhales, antiinflammatoires, mais également excito-motrices, pouvant provoquer l'expulsion de corps étrangers (accouchement d'un polype intrautérin). Sédatives, elles ne conviennent pas aux personnes délicates, asthémiques, car l'irritation secondaire due à la réaction du bain classique, est souvent trop fatigante pour leur constitution.

Enfin les eaux salées sont toujours hyperexcitantes, congestives, provoquant dans le vagin une hyperémie extraordinaire et une congestion intense des organes sexuels. Mais par cette forte réaction elles sont à même de résoudre des processus fibrosclérosants, vestiges d'inflammations anciennes. Ce sont elles qui fournissent les eaux mères utilisées en clientèle ambulante et comme elles sont riches en iodures et bromures, leur action générale sédative domine souvent leur action pelvienne.

Les indications gynécologiques sont très vastes: toutes les femmes qui souffrent, toutes les femmes qui sont stériles, toutes les femmes qui ont des troubles hormonaux.

Toute cure thermale ne doit débuter qu'après réfroidissement des inflammations, après un délai de 3 semaines. Toute affection inflammatoire récente et demandant un effet stimulant est tributaire des eaux chaudes indifférentes, radioactives, type Luxeuil; c. à d. toutes les douglassites, toutes les périmétrites, et toutes les paramétrites avec plus ou moins d'empâtement. Une exception cependant existe: la tuberculose génitale qui est du domaine des eaux salées. De même, les femmes avec des séquelles légers d'annexite et des troubles neurovégétatifs, possédant une constitution plutôt atonique et ayant besoin d'une stimulation plus prononcée, sont également tributaires des eaux salines.

La grande indication des cures thermales gynécologiques, celle qui règle la vie de la famille et de la race, est la stérilité.

Luxeuil est la station balnéaire la plus célèbre en deçà des Alpes: sa renommée dépasse de loin les frontières de la France. Mais également à ce point de vue, il faut être perspicace et régler la question du lieu de la cure suivant l'origine de la stérilité. Elle peut être organique, hormonale ou humorale. Cette dernière est due à une endocervicite qui secrète des glaires toxiques pour le sperme humain: ces glaires déclenchent une agglutination pour le spermatozoïde, rendant toute fécondation éphémère voire impossible.

Les eaux sulfureuses sont les seules qui peuvent influencer heureusement cet état pathologique engendrant si facilement la mélancolie et la lassitude sexuelle.

Mais la stérilité d'origine organique généralement tubaire, en relation avec les lésions du pavillon et des adhérences périmétriques, est sujette à la cure thermale de Luxeuil. Cette cure peut se faire en liaison avec la chirurgie gynécologique conservatrice, p. ex. à une salpingotomie et débutant 15-20 jours après l'intervention. Ce début précoce prévient les exsudats postopératoires et empêche une sténose nouvelle.

Là où l'insufflation a montré des résultats faibles, où le passage réel se trouve à 100-110 cm^3-Hg. où le lipiodol n'avance qu'avec retard et montre une mauvaise diffusion, l'indication d'une cure thermale est impérative.

Mais toujours on choisit Luxueuil pour les engorgements récents ayant besoin d'une cure sédative et les eaux salines pour les lésions plus anciennes. Cette règle s'applique également aux métrites fibromateuses et aux fibromes légers interstitiels.

Sur les troubles du système hormonal, les eaux ont généralement une action stimulante: les hypohormonaux sont tributaires des stations de Luxeuil et de Salins: l'obésité hormonale en rapport avec des désordres endocriniens, attire mainte cliente à ces cures. Ce n'est pas seulement une question hygiénique une exigence de la mode et une condition de la beauté, mais également une question physiologique par l'effort demandé au coeur et au foie. Un régime diététique de jeûne, préalable à la cure thermale renforce l'effet de la dernière d'une façon positive.

L'emploi des eaux se règle sur le cycle menstruel de 21 ou 28 jours en commençant par le 14e jour du cycle. A Luxeuil, on emploie particulièrement les irrigations vaginales d'une durée de 10-30-45' même 60', irrigations à pression faible et à température modérée, car la chaleur joue le moindre rôle dans ces douches vaginales.

L'altération que provoque dans le corps humain l'excitation balnéatoire répétée, prépare toujours et amène souvent la guérison. La vertu curative transforme en peu de temps ces malades souffrants et souvent épuisés en des êtres retrempés, renaissant à la joie, à la force et à la santé.

★

Conférence du *Dr. Bordet,* Directeur de l'Institut Pasteur à Bruxelles: «*Virus et Cancer*».

Le conférencier nous introduisit dans le monde des corpuscules les plus petits, les plus élémentaires, les plus simplistes. Depuis plus de trente ans, la science médicale les a étudiés inlassablement, patiemment. Ce vaste monde, insoupçonné, invisible, mais transmissible et régénérable indéfiniment, était bien fait pour polariser l'attention des bactériologistes du monde entier et pour susciter d'innombrables recherches. L'étude des virus a été bien poussée en avant par trois réalisations: l'ultrafiltration, l'ultracentrifugation et par le microscope électronique.

L'ultrafiltration, pratiquée à l'aide de membranes en collodium «Gradacol» de porosité homogène et graduée, permet plutôt de donner les dimensions des plus petits virus, l'ultracentrifugation, tout en donnant des résultats analogues, fournit surtout des indications valables pour des virus plus gros et plus volumineux. Le microscope électronique, seule technique pour la mensuration directe des corpuscules, a permis de déterminer leur diamètre. Celui-ci varie de 15 millimicro à un quart de micro, tel le virus variolique. Nous avons pu isoler le virus variolique, celui de la rage, de l'herpès, de la grippe, de la fièvre jaune, de la fièvre aphteuse et de la polyomyélite qui constitue le plus petit virus connu jusqu'ici (15 mu). Le virus de la vaccine se rapproche de la rickettsia de la fièvre exanthématique et du bactériophage par sa grandeur et ses mutations cliniques.

Si les gros virus ont des dimensions corpusculaires assez étendues, il y en a d'autres qui sont constitués par un agrégat de quelques molécules, voire même d'une seule molécule isolée. La morphologie est différente: cocciforme, en sphérules, en massues, en bâtonnets, toutes ces formes ont été rendues visibles par des agrandissements de 5000—30.000, à l'aide de la lumière monochromatique à ondes courtes (rayons ultra-violets) sensibilisant la plaque photographique.

Le grand prgrès en virus-biologie est intervenu par la culture de ces microorganismes. Toute tentative avait échouée, jusqu'à ce qu'on découvrît que le virus ne put être cultivé sur les milieux usuels parce qu'il ne se multipliait qu'en présence de cellules vivantes (oeuf fécondé). Dès lors Stanley a pu obtenir des cultures à l'état de substance pure, p. ex. le virus

de la fièvre jaune, celui de la grippe et plus tard il a réussi la cristallisation de la substance pure. Celle-ci, au point de vue chimique est constituée par une nucléoprotéine de poids moléculaire élevée substance que nous retrouvons dans tous les noyaux des cellules. Cette virus-protéine possède au même degré la virulence du virus vivant et également le pouvoir antigénique spécifique.

Le conférencier rappelle brièvement les travaux de son père J. Bordet sur le bactériophage, très proche du virus, sur l'antigène phagique, la formation d'anticorps variés et le mécanisme de multiplication par mutations et bonds successifs. Le nombre de molécules d'anticorps se fixant sur chaque molécule de toxine-virus est très élevé: 50 mol. anticorps sur chaque mol. virus.

Quelle est la nature du virus, est-elle vivante on ne l'est-elle pas? Est-ce une forme primitive de la vie ou une diastase produite par un processus autocatalytique? Le microscope électronique n'a-t-il pas permis de voir les éléments du virus, de déceler des zônes claires et sombres et la présence d'un substratum granuleux et de vérifier en lui son comportement comme un parasite? La solution à cette question doit être dictée par le bon sens: les gros virus ont certainement un rudiment d'organisation et sont sans doute vivants, les plus petits, au contraire, qui sont constitués par une molécule unique, ne sont guère de nature vivante: il est difficile également de considérer comme animée la protéine-virus cristallisée. Cependant, il faut accepter le fait que les ultravirus se trouvent aux confins de la matière vivante et de la matière inerte. Sont-ce des rganismes intermédiaires entre ces matières, constituent-ils la frontière, le joint qui nous manque? La vie n'exige pas un assemblage de molécules complexes, les virus ont la propriété de transmettre les caractères de leur espèce et de se répandre indéfinemment, mais il leur manque une qualité vitale, ils sont sans énergie: incapables de vivre une vie indépendante, ils empruntent leur énergie à leur hôte et dépendent de la biochimie spécifique de celui-ci. (Virus de la rage ne se développant que dans les cellules nerveuses.) Après cette évoluée dans le domaine métapsychique, le conférencier vient aux relations du virus avec le cancer.

En admettant que certains virus pourraient tenir leur origine dans notre organisme même et que le rôle néfaste de ces virus ne se dégage pas encore avec la même netteté que chez d'autres maladies, on est tout de même frappé par certaines analogies biologiques et expérimentales.

Il existe deux groupes de cancer, celui des mammifères et celui des oiseaux; le premier n'est transmissible que par greffe ou mieux par transplantation, le second est transmissible par injection de filtrats (sarcome de la poule) et le principe cancérogène de ces filtrats a tous les caractères d'un virus; ainsi sa dimension a pu être mesurée au microscope électronique et a pu être déternimée comme étant de 75 m u. Le lapin sauvage souffre de verrues qui n'affectent pas la santé de l'animal; les filtrats de ces verrues, injectés à l'animal domestique y provoquent une transformation maligne. Autre exemple: En badigeonnant l'oreille d'un lapin de goudron, on y provoque l'apparition d'une petite tumeur bénigne; si l'on injecte le filtrat de cette tumeur à un autre lapin, on voit se développer un cancer à cette place.

Si le cancer est une maladie de virus, ne pourrait-il pas être déclenché par des facteurs se trouvant à l'état saprophyte dans notre corps, indépendants de la cellule, mais dont la novicité serait activée par un processus à peine connu? Le conférencier parle de certaines souches de bacilles pneumococciques, qui normalement, au point de vue morphologique, possèdent une capsule enveloppante. Il existe d'autres souches, privées de ces capsules, mais qui sont inoffensifs et ne peuvent provoquer la pneumonie. Si l'on injecte un mélange de pneumocoques réels, mais tués et de pneumocoques privés de capsules, mais vivants, donc inoffensifs, à une souris, l'animal succombe à une pneumonie: il y a donc transformation de pneumocoques privés de capsules et inoffensifs en pneumocoques virulents; la nature de l'organisme est responsable de cette transformation; il y eu changement moléculaire et le mélange n'ayant nullement la structure d'un virus a tout de même agi comme un virus.

Nous savons que le virus n'est pas l'ultime unité constitutionnelle, mais qu'elle se dissocie en des sous-unités diffusibles et que la nucléo-protéine n'est que le support, l'agrégat qui assure l'unité. Si l'on admet que ces sous-

unités vivent dans l'intimité des tissus d'une manière inoffensive, que par suite d'une perturbation enzymatique, par suite d'un déséquilibre chimique ou physique intracellulaire, il y a recombinaison des éléments du virus, qu'une synthèse ou reconstitution se fasse et qu'ils deviennent alors étrangers à la cellule, nous avons l'explication d'un phénomène de déclenchement du cancer. Car ces corpuscules se comporteraient alors en parasites, provoquant par leur fixation ou leur pénétration une perturbation de l'activité cellulaire qui se traduirait par une multiplication exagérée des cellules, une stimulation de l'activité biochimique avec changement osmotique, rupture et dégénérescence. Il y a certainement des facteurs chimiques à la base de la cancérisation endogénique; il y a de grandes probabilités qu'un ultravirus ou qu'un autre corpuscule «unitaire» le déclenche.

Le conférencier termine en laissant entrevoir que dans ce domaine de surprenantes découvertes pourront encore intervenir et que la Microbiologie, bien qu'elle ait déjà donné de grandes et bienfaisantes acquisitions à l'humanité, n'est qu'au début d'une évolution heureuse et féconde.

Le docteur François Risch
et son fils Antoine
PROPRIÉTAIRES - VITICULTEURS
à Remich
Tél. 67

se recommandent au Corps Médical

pour leurs bons crus

de Vins de Moselle 1948

RIESLING . . . . . 24 Fr.
RIESLING-TRAMINER . . . 26 Fr.

HORMONES PURES CIBA

OVOCYCLINE
Hormone folliculaire pure

Aménorrhée
Phénomènes de carence lors de la ménopause spontanée ou artificielle
Hypoplasie utérine

LUTOCYCLINE
Hormone lutéinique de synthèse

Hyperplasie glandulo-kystique
Aménorrhée (après traitement préalable à l'Ovocycline)
Avortement répété

PERANDRONE
Hormone testiculaire de synthèse

Phénomènes de carence
Troubles de la puissance
Involution masculine
Sénilité
Hypertrophie prostatique

PERCORTÈNE
Hormone cortico-surrénale de synthèse

Maladie d'Addison
Addisonisme
Ictère catarrhal
Ulcère gastrique
Diabète

SOCIETE ANONYME CIBA — BRUXELLES 3

Notre préliminaire sur l'institution d'un ordre des médecins du Grand-Duché de Luxembourg

par René Koltz

L'enquête faite par le syndicat médical du Grand-Duché de Luxembourg a montré que la majorité des membres désire une réforme de structure de la profession médicale dans le sens d'un Ordre des médecins.

La commission chargée lors de l'assemblée syndicale du 6 mars 1948 de la rédaction d'un projet s'est réunie plusieurs fois et a envisagé les multiples aspects de cette réforme qui, cela va sans dire, amènera un changement important dans l'organisation de la profession médicale.

C'est pour serrer de plus près les questions soulevées et pour établir déjà quelques données, qui pourront servir de base de discussion que cette note a été rédigée.

Une réforme de structure est nécessaire.

Et tout d'abord nous devons nous poser la question suivante:

Pourquoi tant de confrères ont-ils la conviction ou du moins le sentiment de la nécessité de la création d'une organisation, qui d'une façon très générale, doit être plus unie, plus forte et par là plus efficace que celle qui existe actuellement?

La réponse n'est pas trop difficile à trouver.

La profession médicale est menacée plus que jamais dans son indépendance et son existence.

A côté de la pléthore médicale, de la situation matérielle de plus en plus difficile du corps médical, il y a l'emprise toujours croissante de l'Etat, des caisses de maladie, des administrations privées, qui menace sérieusement la liberté de la profession médicale.

C'est la nécessité de nous défendre contre ces menaces venant de l'intérieur et de l'extérieur, qui nous hante et nous amène à la conception d'une organisation instituée par la loi, groupant obligatoirement tous les médecins de notre territoire et qui permet légalement aux membres inscrits à son tableau «de définir les règles morales de la profession, d'en maintenir le respect et de sanctionner au besoin par des mesures disciplinaires les manquements à ces règles». Nous ajouterons que cette organisation devra assurer aussi la défense de l'indépendance de la profession médicale.

L'organisation actuelle.

Certains confrères sont d'avis que l'action judiciaire, sous son aspect pénal et civil, l'action syndicale et enfin le pouvoir disciplinaire du Collège médical suffisent amplement pour atteindre ces deux objectifs: défense contre les défaillances intérieures et défense de l'indépendance de notre profession.

1) *Le pouvoir disciplinaire des tribunaux.*

Les tribunaux appliquent les sanctions inscrites au code pénal contre une série déterminée de crimes et de délits. Ce sont les crimes et les délits de droit commun, tel l'avortement, les atteintes portées au statut légal particulier

aux médecins, p. ex. l'obligation au secret professionnel, l'obligation de se conformer à la vérité dans les certificats médicaux, l'interdiction d'exercer la médecine pour les médecins condamnés pour certaines infractions de droit commun.

Mais les actions répréhensibles dont le médecin peut se rendre coupable dans l'exercice de son art sont beaucoup plus nombreuses que celles visées au code pénal.

L'appréciation de la responsabilité du médecin pour des fautes professionnelles entraînant des plaintes en dommages-intérêts est assez malaisée pour le tribunal, malgré les expertises, qui d'ailleurs sont souvent contradictoires.

2) *Le pouvoir disciplinaire du syndicat médical.*

Qu'espérer de l'action syndicale?

D'après l'article 3 des statuts du syndicat médical du Grand-Duché de Luxembourg, le syndicat « a pour but de sauvegarder les intérêts professionnels et matériels de ses membres». L'adhésion ne saurait être obligatoire et les sanctions dont dispose le syndicat ne sont qu'illusoires. D'après l'article 8 des statuts «le refus de se soumettre à la décision de la commission entraîne l'exclusion du praticien récalcitrant», et d'après l'article 9 «les membres syndiqués s'engagent à cesser toutes les relations professionnelles avec le médecin exclu».

Certes, le syndicat médical peut constituer un organisme de lutte puissant, à condition d'être fort par le nombre de ses adhérents et de réussir à faire accepter une discipline syndicale très stricte. Mais le principe de la libre adhésion et l'absence de sanctions efficaces diminuent singulièrement la portée des actes syndicaux.

3) *Le pouvoir disciplinaire du Collège médical.*

Examinons maintenant les attributions du Collège médical.

D'après la loi du 6 juillet 1901, modifiée par la loi du 13 juillet 1913, le Collège médical est chargé

1. de la surveillance du service sanitaire,
2. de l'étude et de l'examen de toutes les questions concernant l'art de guérir et la santé publique, dont il sera saisi par le Gouvernement,
3. du pouvoir disciplinaire sur toutes les personnes qualifiées pour l'exercice de l'art de guérir.

Le Collège médical assume donc deux fonctions. Il est organisme consultatif en matière de santé publique et il est chargé de la juridiction professionnelle.

Le titre III de la loi, comprenant les articles 25 à 44, a trait au pouvoir disciplinaire du Collège médical. Art. 25: «Le Collège médical, en se constituant en conseil de discipline, exerce le pouvoir disciplinaire sur toutes les personnes exerçant l'art de guérir ou une des professions qui s'y rattachent, pour faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelle et pour fautes graves dans l'exercice de l'art de guérir, sans préjudice, s'il y a lieu, à l'action judiciaire et à l'action disciplinaire prévues par la loi du 8 mai 1872, pouvant naître à raison des mêmes faits....»

La loi prévoit différentes peines disciplinaires, qui sont dans l'ordre de leur gravité: l'avertissement, la réprimande, la privation temporaire ou perpétuelle du droit de vote, ou du droit d'être compris dans les présentations du Collège médical et d'en faire partie, enfin la suspension pendant un temps qui ne pourra excéder deux ans.

Les articles suivants ont trait à la composition du Conseil de discipline, aux moyens de défense de l'inculpé et de son droit de recours devant le conseil supérieur de discipline.

Nous voudrions encore attirer l'attention sur le mode de nomination des membres du Collège médical. L'article 4 de la loi du 6 juillet 1901 dit:

«Les membres effectifs sont nommés par Nous. Ils seront nommés sur une liste de candidats présentés à raison de deux candidats pour chaque place....»

Le Grand-Duc peut dissoudre le Collège médical.

Donc le Collège médical n'est pas la représentation librement élue du corps médical, ses membres sont nommés par le Chef de l'Etat. Par là le Collège médical considéré comme organe disciplinaire, diffère p. ex. de l'Ordre des avocats, qui est institué par la loi, mais qui est complètement indépendant et dont les membres choisissent eux-mêmes leur Conseil.

D'ailleurs les membres du Collège médical sont rénumérés par l'Etat.

Nous ajouterons encore que le texte concernant les fautes sanctionnées par le Collège médical est trop vague, il devrait être basé sur un code de déontologie.

Enfin, le champ d'activité du Collège médical est trop étendu. Il ne saurait s'occuper à fond des tâches assignées à l'Ordre des médecins.

En résumé:

L'action disciplinaire des tribunaux est limitée à quelques crimes et délits graves, celle du syndicat est nulle. Le Collège médical, nommé par le Chef de l'Etat, ne constitue pas la représentation du corps médical, qui a besoin d'une organisation instituée par la loi, obligatoire pour tous les médecins, mais indépendante et choisissant librement ses dirigeants.

La solution: L'Ordre des médecins.

Cette conception d'une organisation professionnelle, instituée par la loi, obligatoire et indépendante est réalisée par l'ordre des médecins, tel qu'il existe en Belgique et en France.

Historique.

En France, la question de l'Ordre des médecins a été discutée de longue date. Déjà en 1923, la création d'un Ordre des médecins a été réclamée à la Chambre des députés. En 1929, l'assemblée générale des syndicats médicaux de France adopta à la quasi-unanimité l'ordre du jour suivant: «L'assemblée, considérant que seule la profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité professionnelle, se déclare partisan de la création d'un Ordre des médecins, charge le conseil d'administration de la confédération d'obtenir que la loi réalise les principes soutenus dans le projet de la commission.»

Les difficultés soulevées dans la suite et qui empêchèrent assez longtemps le vote du projet sans cesse rediscuté, remanié, étaient de deux ordres: 1. La difficulté de définir exactement l'organisation de l'instance d'appel de l'Ordre, que les uns voulaient voir dans la Cour d'Appel, d'autres dans un conseil supérieur de discipline sans magistrats, d'autres enfin dans un conseil supérieur de discipline composé de médecins et de magistrats. Mais là encore il y a eu de longues discussions pour savoir s'il fallait donner la majorité à l'élément professionnel ou aux magistrats.

2. L'opposition du syndicat des médecins de la Seine qui fit échouer en 1939 la création de l'Ordre par décret-loi.

Le gouvernement de Vichy institua enfin l'Ordre des médecins français, mais il supprima en même temps les syndicats médicaux. Cette situation a été redressée par l'ordonnance du 15 décembre 1944 rétablissant les syndicats et par celle du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Donc les efforts commencés en 1923 et déjà avant ont abouti en 1945. Espérons que le chemin que nous aurons à parcourir ne sera pas aussi long.

Nous citerons l'article 19 de cette ordonnance du 24 septembre 1945: «Il est institué un Ordre national des médecins groupant obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en France et en Algérie.

L'Ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels ainsi que des

règles éditées par le code de déontologie prévu à l'article 66 de la présente ordonnance.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes oeuvres d'entr'aide et de retraite pour ses participants.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils départementaux, des Conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre.»

En Belgique M. de Beco avait présenté en 1899 un premier projet au Parlement. Après la guerre de 1914 à 1918 la campagne a été reprise par le journal médical. «Le Scalpel». En 1930, le Sénat vota en première lecture un projet de loi concernant la création d'un Ordre des médecins. Par suite de la dissolution de la Chambre ce projet n'a pu être porté devant cette assemblée. Enfin, le projet remanié a été voté le 21 décembre 1937 par le Sénat, et le 8 juillet 1938 par la Chambre.

La loi est promulguée le 25 juillet 1938. Nous en citerons quelques passages:

«Art. 1. Il est créé en Belgique un Ordre des médecins. Il jouit de la personnalité civile.

Art 2. L'Ordre des médecins comprend tous les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, domiciliés en Belgique, autorisés à y pratiquer l'art de guérir et inscrits à un des tableaux de l'ordre.....

Art. 4. Les Conseils de l'Ordre sont chargés de maintenir les règles de la déontologie médicale, l'honneur, la discrétion et la dignité des membres de l'Ordre dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de la profession. Ils ont également à signaler, à l'autorité compétente, les actes d'exercice illégal de l'art de guérir dont ils ont connaissance. Ils ont qualité pour apprécier le mode de fixation et le taux des honoraires....» etc.

Cette formule n'est certainement pas si bien choisie que celle de l'ordonnance française. Elle se perd trop dans des détails secondaires, et surtout elle ne définit pas assez clairement la haute mission de l'Ordre, c'est à dire la défense de la dignité de la profession médicale contre les défaillances de ses membres et la défense de son indépendance contre les attaques venant du dehors.

Une définition.

Et cela nous amène à donner à notre tour une définition de ce que nous entendons par «Ordre des médecins»:

L'Ordre des médecins est une organisation professionnelle instituée par la loi, indépendante, groupant obligatoirement tous les médecins autorisés à exercer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg et qui a comme mission principale la défense de la dignité et de l'indépendance de la profession médicale.

Généralités sur l'organisation de l'Ordre.

1) *L'Ordre aura la personnalité civile*, ce qui lui permettra d'ester en justice et de recevoir des dons et des legs.

2) *Les membres de l'Ordre.*

Seront membres de l'Ordre tous les Luxembourgeois remplissant les conditions prévues par la loi pour exercer la médecine au Grand-Duché et inscrits au tableau de l'Ordre.

Dans les pays voisins il y a des ordres distincts pour les médecins et les médecins-dentistes. Est-ce qu'il convient d'introduire cette différenciation chez nous? Est-ce que l'exiguité de notre territoire, le fait de considérer de plus en plus la médecine dentaire comme branche spécialisée de la médecine et une certaine similitude au point de vue déontologique des deux professions, militent en faveur d'un ordre unique, groupant médecins et médecins-dentistes?

Este-ce que les médecins fonctionnaires seront membres de l'Ordre? En principe: oui. Car les médecins fonctionnaires sont soumis aux memes règles de déontologie que les médecins praticiens. En pratique des conflits de compétence entre l'Ordre et les divers administrations pourront surgir. Est-ce que p. ex. une suspension prononcée par le conseil de l'Ordre contre un médecin fonctionnaire doit être reconnue et appliquée par le patron de l'intéressé? C'est une question épineuse qu'il est nécessaire de soumettre aux juristes.

3) *Le Conseil de l'Ordre.*

L'ordre est dirigé et représenté par le conseil de l'Ordre, élu par les membres. Nous n'insisterons pas ici sur le nombre des membres du conseil, le mode de leur élection, la durée de leur mandat.

A la dernière réunion de la commission syndicale on a proposé d'exclure de la candidature pour le conseil de l'Ordre certaines catégories de médecins, p. ex. les médecins-députés, les médecins-fonctionnaires, les membres du comité du syndicat, les membres du Collège médical. A notre avis tous les membres de l'Ordre, c'est-à-dire tous ceux qui doivent se soumettre aux décisions du conseil ont aussi le droit d'être éligibles. Mêmes devoirs, mêmes droits. La seule restriction qu'ont pourrait admettre éventuellement, serait une restriction d'âge. On pourrait demander aux candidats pour les élections du conseil 5 ou 10 années de pratique.

4) *Le Conseil de discipline.*

A l'étranger l'adjonction d'un ou de plusieurs membres magistrats au Conseil de l'Ordre se constituant en conseil de discipline a été discutée longuement. D'après notre législation sur le pouvoir disciplinaire du Collège médical le conseil de discipline sera présidé par le membre adjoint magistrat, et le conseil supérieur de discipline est composé de trois conseillers de la cour supérieure de justice et de deux médecins nommés par le Chef de l'Etat.

Nous croyons que le principe de l'adjouction d'un ou de plusieurs magistrats avec voie délibérative au conseil de l'Ordre constitué en conseil de discipline ne doit pas soulever de difficultés. Si nous voulons donner au conseil de discipline un pouvoir qui peut aller jusqu'à la suspension ou même l'interdiction du droit d'exercer la médecine, alors il faut entourer notre juridiction professionnelle de toutes les garanties et il faut que tous les éléments du problème soient examinés de tous les points de vue. C'est pourquoi l'adjonction d'un magistrat au conseil de discipline est éminemment utile et souhaitable.

En raison aussi de la gravité des sanctions qui peuvent être infligées par le conseil de discipline, il est nécessaire de prévoir une instance d'appel, un conseil supérieur de discipline. Là aussi l'adjonction d'un ou de plusieurs magistrats est souhaitable. Les médecins faisant partie du conseil supérieur de discipline ne seront pas membres du conseil de l'Ordre, mais ils seront nommés par le conseil pour une période déterminée. Le ou les magistrats membres du conseil supérieur de discipline seront nommés par le Ministre de la Justice.

Attributions du conseil de l'Ordre.

A. Le Conseil aura d'abord des attributions administratives.

I. — Il recevra les *inscriptions au tableau de l'Ordre* des médecins remplissant les conditions requises pour l'exercice de la médecine au Grand-Duché.

La loi du 10 juillet 1901 sur l'exercice de l'art de guérir relève à l'article 2: «Sauf les exceptions prévues par la loi ou par les règlements pris en exécution de celle-ci, ne peut exercer une branche quelconque de l'art de guérir dans le Grand-Duché que le Luxembourgeois qui a obtenu dans le Grand-Duché les diplômes prescrits par les lois et règlements, et après que ces diplômes ont été visés par le Gouvernement.»

D'après les articles 3 et 5 des dispenses peuvent être accordées en faveur d'étrangers de mérite, et des étudiants en fin de scolarité, en cas d'épidémie.

Les deux arrêtés ministériels du 9 février 1946 ayant trait à la réglementation du stage pratique des médecins-omni-praticiens et des médecins-spécialistes, arrêtés qui ont été pris conformément aux articles 27 et 28 de la loi du 5 août 1939 sur la collation des grades, mentionnent que: «En cas d'avis favorable du Collège médical sur les certificats de stage présentés, le Ministre de la Santé publique autorisera le candidat, dans le délai d'un mois à partir de l'introduction de la demande à ce requise, à exercer la profession médicale en qualité d'omnipraticien (de spécialiste).»

Donc en principe l'exercice de la pratique médicale au Grand-Duché de Luxembourg est réservé

1. aux Luxembourgeois, qui
2. ont obtenu dans le Grand-Duché les diplômes prescrits par les lois et règlements, visés par le Gouvernement, et qui
3. ont fait les stages pratiques prévus.

Toutes les personnes qui exercent la pratique médicale et qui ne remplissent pas ces conditions, ou contre lesquelles la suspension a été prononcée par le conseil de discipline du Collège médical ou à la suite d'une condamnation de droit pénal, seront poursuivies pour exercice illégal de la médecine.

A l'avenir ce sera l'Ordre des médecins qui donnera l'autorisation d'exercer la médecine en inscrivant les candidats, remplissant les conditions citées plus haut, à son tableau.

Il convient d'ajouter que le conseil ne peut refuser l'inscription au candidat qui remplit les trois conditions prévues sauf si celui-ci s'est rendu coupable d'un fait dont la gravité a pour conséquence l'interdiction de pratiquer l'art de guérir au Grand-Duché.

L'inscription est accordée après examen de la demande adressée par lettre recommandée au conseil de l'Ordre et des documents justificatifs, et après toutes les investigations utiles.

II. — Le conseil s'occupera de l'autorisation ou interdiction *d'installation à la suite d'un remplacement*. Il délivrera les *licences de remplacement* aux étudiants en fin de scolarité ou aux médecins n'ayant pas encore fait leur stage pratique.

III. — Le conseil *administre les ressources de l'Ordre*, constituées par les cotisations annuelles des membres et des dons et des legs éventuels.

B. Attributions disciplinaires.

Par l'intermédiaire de son conseil, l'Ordre des médecins exerce le pouvoir disciplinaire en se basant sur les règles traditionnelles de la déontologie médicale et, à notre avis il s'agit là d'une nécessité absolue, sur un code de déontologie. Ce sera un des premiers devoirs du conseil de l'Ordre de rédiger ce code et de le soumettre à l'approbation des membres. Certes, ce code ne sera jamais parfait et il ne pourra jamais mentionner et tenir compte de toutes les éventualités qui se présenteront, mais il constituera un progrès très important et il permettra des appréciations autrement précises que la formule très vague dont doit se servir le conseil de discipline du Collège médical, qui juge «les faits contraires à la dignité et à l'honorabilité professionnelle et les fautes graves dans l'exercice de l'art de guérir.»

Les peines que peut appliquer le conseil pourront être les suivantes:

1. l'avertissement,
2. le blâme,
3. l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs des fonctions médicales conférées par l'Etat, les communes ou les assurances sociales et caisses de maladie.
4. L'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder trois ans.
5. La radiation du Tableau de l'Ordre.

Le médecin frappé d'une sanction disciplinaire est tenu au paiement des frais résultant de l'action engagée devant la juridiction professionnelle.

C. Le conseil aura en outre les attributions suivantes:

1. Arbitrer, à la demande des intéressés, les litiges entre les médecins et la clientèle.

2. Aplanir les conflits entre médecins.

3. Défendre la liberté et la dignité de la profession médicale.

4. Le conseil veillera à la sécurité sociale des membres de l'Ordre en favorisant et en créant des oeuvres d'entr'aide et de retraite.

CONCLUSIONS

1. Cette note préliminaire est incomplète et elle est destinée seulement à servir de base de discussion.

2. Evidemment, l'organisation et le fonctionnement de l'Ordre se heurteront à certaines difficultés pratiques et psychologiques inévitables dans une communauté de 300.000 personnes.

Mais cette réforme est rendue nécessaire surtout par les tentatives de socialisation progressive de la profession médicale dont nous sommes témoins.

Nous ne nous déroberons pas aux exigences de l'évolution sociale actuelle. mais nous croyons que ces exigences sont compatibles avec une profession médicale libre et indépendante. Et nous continuons à croire aussi, que sans libre choix du médecin, sans secret professionnel, sans une profession médicale indépendante, l'acte médical. ce «colloque singulier» dont parle Georges Duhamel, sera gravement compromis dans son essence et son efficacité.

Seul l'Ordre des médecins pourra garantir la dignité et la liberté de notre profession et sauver cette conception profondément humaine, qui depuis toujours a fait la grandeur et la noblesse de la médecine.

ZUR BEHANDLUNG TUBERKULOSER AFFEKTIONEN

PAS-CILAG

Bewährt bei:

Lungentuberkulose, einschliesslich Pleuritis, Hilustuberkulose, Bronchopneumonie
Cavernen, Fisteln, Empyeme u. extrapleural infizierte Hohlräume
Tracheo-Bronchialtuberkulose, Halslymphone
Otitis tuberculosa
Darmtuberkulose
Nierentuberkulose und Tuberkulose des Uogenitalsystems
Miliartuberkulose
Meningitis tuberculosa

Handelsformen:

500 und 1000 Dragées à 0,3 g
250 und 1000 Tabletten à 0,5 g
25 und 100 Ampullen à 10 ccm 20 %

CILAG
Aktiengesellschaft - Schaffhausen Schweiz

GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:

PROPHAC

Baudouinstrasse, 25 **LUXEMBURG** Telefon Nr. 30-73

CILAG

Chronique de l'Association

NÉCROLOGIE

Médecins.

Victor DASBOURG, Larochette, 21. 10. 1862—2. 10. 1949
Ernest DRUSSEL, Echternach, 12. 1. 1860—25. 10. 1949
Nicolas SCHAEFTGEN, Esch-Alzette, 2. 9. 1879—22. 1. 1950
Ernest FELTGEN, Luxembourg, 26. 5. 1867—6. 3. 1950
Gustave PETRY, Luxembourg, 1. 11. 1888—15. 6. 1950
Franz KNAFF, Luxembourg, 27. 7. 1889—2. 7. 1950

Médecin-dentiste

Paul FELLENS, Clervaux, 1. 1. 1892—2. 1. 1950

Pharmaciens

François BICHEL, Luxembourg, 5. 8. 1885—24. 5. 1950
Willibrord PALGEN, Junglinster, 25. 7. 1897—25. 5. 1950

Médecin-vétérinaire

Frédéric EYSCHEN, 28. 4. 1883—28. 8. 1949.

Depuis la parution du dernier bulletin de notre société, le corps médical luxembourgeois a eu la douleur de perdre plusieurs confrères éminents.

Nous publions dans ce numéro des articles dédiés à la mémoire des Docteurs Jules Bohler, Nicolas Schaeftgen et Ernest Feltgen, qui, à des titres différents, ont rendu de très grands services à notre peuple.

Nous rendons aussi hommage à la mémoire de ces deux vétérans de la médecine luxembourgeoise les Docteurs Dasburg et Drussel. Ils se sont éteints dans l'oubli, comme presque tous ceux qui ont eu le privilège de vivre longtemps. Beaucoup de leurs compagnons de route les ont précédé dans la tombe. Et quand même le souvenir de ces rudes médecins de campagne, intègres, capables et dévoués mériterait d'être évoqué, leur labeur harassant fait dans des conditions difficiles, leur activité comme inspecteurs sanitaires.

En tant qu'hommes et médecins ils ont droit à tout notre respect. Honneur à leur mémoire!

Le Dr. JULES BOHLER

Le lendemain de la mort du Docteur Jules Bohler je me suis rendu à sa demeure pour m'incliner devant sa dépouille mortelle et lui faire mes derniers adieux.

Je n'ai pas réussi à le revoir, mais j'ai entendu la voix de son âme.

Comme la grille de devant était fermée, j'ai essayé d'entrer par la porte de côté. Un silence de mort planait sur les lieux. J'ai sonné trois fois sans qu'on vînt m'ouvrir.

Justement lorsque j'allais partir, j'ai cru entendre, à travers la porte fermée, la voix du défunt: «Mais cessez donc de carillonner», me cria-t-il. «Ne savez-vous pas que je suis mort et que je ne reçois plus personne? J'ai toujours désiré rester seul pendant toute ma vie et désire aussi rester seul après ma mort. Et d'ailleurs je suis mort, non pas à la suite d'une angine de poitrine, comme le prétendent les mauvaises langues, — mon Dieu, tout le monde peut mourir d'une vulgaire angine de poitrine, s'il y tient, mais je suis mort parce que j'ai dû cesser d'opérer. Et sachez que je n'opérerai plus jamais dans ce monde, mais....»

Revenu à la réalité, je n'entendis plus le reste.

★

Bien que Jules Bohler et moi nous ayons eu des discussions âpres dans le temps sur des questions de principe, j'ai toujours éprouvé pour lui un profond respect et un sentiment de sincère collégialité.

C'est que Jules Bohler était une des plus intéressantes figures de tout le corps médical, malgré ses imperfections et ses travers.

Son fond était honnête, très honnête, probe et du meilleur aloi, alors que ses imperfections n'étaient q'accessoires et que ses travers, qui l'aidaient souvent à cacher sa gaucherie, sa timidité et son extrême sensibilité, n'étaient que quelque peu tapageurs et maladroits, mais nullement méchants ou rancuniers.

Jules Bohler était un homme juste, un homme d'honneur, qui n'avait jamais appris l'art de louvoyer, ou celui de chercher à plaire. C'était un caractère, c'était quelqu'un.

Ce n'était pas le chirurgien qui ne cherche qu'à faire fortune à l'aide du bistouri. Il ne l'a jamais vendu, ce bistouri: il ne s'en est servi que pour soulager ses malades.

Il pensait ce qu'il disait et ne se gênait pas de dire ce qu'il pensait. Sa franchise était sans embages et sans réticence, mais aussi sans la moindre concession. Des fois il était d'une intransigeance qui tenait de la brutalité.

Certes, il lui arrivait d'être d'humeur capricieuse et hirsute, mais pendant toute sa vie c'était toujours l'homme qui prévalait en lui et qui prenait le dessus: l'homme droit, énergique, têtu et combatif, l'Ardennais de vieille souche.

Après avoir terminé ses études de médecine à Nancy, il passa quelques mois à Vienne et vint s'établir, fin 1913, à Luxembourg.

A son arrivée dans notre ville il était timide, gauche, à peine dégourdi. Il portait une grande barbe noire qui lui mangeait la moitié du visage et qui le faisait vieux malgré sa jeunesse relative.

Il voulait «faire de la chirurgie» et rien que de la chirurgie. Il désirait se tenir à l'écart de toute médecine interne, qu'il détestait et pour laquelle il ne ressentait aucun respect. La chirurgie l'attirait, le fascinait pour ainsi dire, le prenait tout entier. L'idée de pouvoir devenir un jour un chirurgien de marque le hantait et le poursuivait.

Alors qu'il me fit sa visite officielle, de confrère à confrère, il me confessa n'avoir reçu en chirurgie qu'une instruction théorique. Il se voyait forcé d'entrer tout de suite en clientèle, pour gagner sa vie, car son père, médecin de campagne à Wiltz, qui avait une famille nombreuse à élever, n'avait pas pu le laisser faire un stage pratique dans une clinique de l'étranger.

Je lui conseillai de chercher à se faire admettre dans le service du Docteur Grechen, ou de s'associer avec un jeune confrère, qui eût un peu d'expérience pratique en chirurgie, pour chercher à montrer un service chirurgical à deux. Il me répondit, fier et énergique, qu'il voulait marcher seul.

Et il marcha seul! Il avait confiance dans son étoile et ne reculait pas devant les difficultés inquiétantes qui se dresseraient sûrement devant lui.

★

Comme il fallait s'y attendre, ses débuts furent plus que modestes. Ils furent franchement mauvais.

Tout autre que Jules Bohler eût perdu courage, se fût détourné de la chirurgie et se fût rapproché de la médecine interne qui offrait moins de risques et était moins compromettante.

Mais loin de l'abattre et d'étouffer en lui la passion de la chirurgie, ses premiers insuccès le stimulaient et l'engageaient à forcer le succès. Il voulait arriver et ne lâcha pas.

Bohler analysa ses échecs comme on étudie le rouage d'une machine détraquée. Il lui fallait trouver les raisons et les origines de ses mauvais résultats, mettre à jour ses fautes de technique opératoire. Il lui fallait lutter contre sa maladresse, corriger ses imperfections, éviter de faire un faux départ et trouver de meilleurs procédés.

Pour s'instruire, il se laissa guider par ses déboires et ses échecs. Il devint son propre maître et s'instruisit à sa propre école. Il devint le modèle parfait d'un autodidacte arrivé à la perfection: un selfmademan.

Pour se faire la main et pour vaincre des difficultés de technique opératoire, il s'enferma pendant des heures et des heures

dans l'abattoir municipal, et, aidé et soutenu pur notre admirable Léandre Spartz, il s'y exerça à faire des interventions chirurgicales sur le corps et sur les organes des animaux de boucherie.

Son endurance et la confiance qu'il avait en sa propre personne, son indomptable énergie et le culte sacré qu'il vouait à l'art chirurgical finirent par aplanir toute difficulté.

L'individualisme, — ne l'oublions jamais, — l'individualisme gouvernera toujours le monde.

Après que Bohler eût trouvé la bonne voie, qu'il eût étudié, revu et mis au point sa technique opératoire, il s'avéra comme étant un de nos meilleurs chirurgiens, et après quatre à cinq années d'un entraînement sans relâche il devint en chirurgie un maître incontesté.

Ayant l'honneur si peu enviable et si peu convoité d'être pour le moment le plus âgé des chirurgiens du pays, c'est à moi à qui revient le devoir de présenter à la famille du Docteur Jules Bohler, au nom de tous les chirurgiens luxembourgeois, toute l'intensité de notre douleur et d'adresser à notre confrère défunt notre suprême adieu et l'expression sincère des profonds regrets que sa disparition prématurée a causé dans nos rangs.

Le Docteur Jules Bohler restera toujours pour nous un symbole de droiture, d'honnêteté et d'intégrité professionnelle. Malgré son caractère quelque peu difficile et vagabond, il restera toujours dans nos souvenirs comme ayant été un homme foncièrement bon et un grand chirurgien, qui a fait honneur à sa patrie.

★

Bohler a exercé pendant presque quarante ans le métier de chirurgien, ce métier sublime, tissé de joies, de tristesses et de surprises douloureuses, mais rempli aussi de satisfactions douces et profondes, satisfactions que seul un chirurgien est à même de pouvoir comprendre et apprécier.

Il a vécu dans le culte de la chirurgie. Les difficultés d'une intervention compliquée et hasardeuse, loin de l'effrayer, stimulaient son ardeur et sa valeur combative. Il ne reculait ni devant les efforts, ni devant les responsabilités, ni devant l'amertume des échecs inévitables.

Il a marqué sa place dans les annales chirurgicales du pays par une empreinte de géant, mais il l'a fait avec une modestie pleine de noblesse, sans faire de grands gestes et souvent avec une générosité du coeur qui s'éleva jusqu'au sacrifice.

Bohler était chirurgien de coeur et d'âme. La chirurgie était sa vie, sa raison d'être et rien ne l'intéressait en dehors de sa profession.

Il opérait parce qu'il ressentait en lui-même le besoin absolu de le faire, et il est mort pour avoir dû cesser d'opérer. Vous vous rappelez qu'il me l'a crié lui-même à travers la porte close, alors qu'il était déjà couché sur son lit de mort....

Ce qui lui manquait, c'était la sérénité d'âme et l'égalité de caractère, ainsi que la constance dans les sentiments.

Quand il était de bonne humeur, il se présentait sous une amabilité qui allait droit au coeur, et il se montrait avenant, accueillant, souvent même espiègle, goguenard et bon enfant. Dans ses heures sombres, il était revêche, cassant, et il fallait l'éviter.

Ces inconstances d'humeur, qui défiguraient sa haute personnalité et froissaient son entourage, provenait sans aucun doute d'un psychisme particulier, mais les multiples et pénibles désillusions qu'il rencontrait dans sa vie privée y jouaient aussi un rôle de premier plan, de même que le fléchissement inquiétant de sa santé, qui déclinait rapidement pendant les dernières années de sa vie.

Et Jules Bohler, largement malmené par la vie, déchiré par ses impressions, ballotté dans ses peines et dans ses espoirs, s'enfonça dans la sollitude pour oublier son désarroi et retrouver dans le travail le calme d'une âme meurtrie, désemparée et méconnue.

Un de ses frères m'écrit: «En dehors de son travail, mon frère Jules n'a jamais eu de joie, et la première fois, — et l'unique fois, — où j'ai vu ses traits détendus et reposés, c'était quelques instants après sa mort.» — J'avoue, qu'en lisant cette phrase, j'ai ressenti un serrement douloureux du coeur.

Ce qui l'attachait surtout à la chirurgie, c'était le fait que l'acte opératoire lui offrait l'occasion de pouvoir se recroqueviller en lui-même, de se séparer du monde et de se retrouver seul en tête à tête avec sa conscience. Toute intervention chirurgicale le calmait et redressait son être, parce qu'elle lui permettait de se concentrer et de s'isoler.

La solitude lui était nécessaire pour vivre.

Le fait est que Jules Bohler n'aimait pas la société. Il vivait seul et se tenait à l'écart. Toute réunion l'effarouchait, surtout toute réunion d'un parti politique.

Aussi ne connaissait-il qu'un chemin: celui qui menait de sa maison à la clinique et de la clinique à sa maison. Pendant des années et des années il a régulièrement fait ce chemin au moins quatre fois par jour: le chapeau mis de travers et l'éternelle cigarette aux lèvres. Souvent il se faisait accompagner de son chien «Ergo», ami fidèle et éprouvé.

La clinique était non seulement son asile, où il allait quémander pour lui-même la paix et la tranquillité de ses sentiments, mais elle servait aussi de lieu de rassemblement des malades qui lui avaient confié la garde de leur santé. Elle devenait alors son royaume, la table d'opération son trône. Et le bistouri qu'il tenait en main, son sceptre, l'élevait à la hauteur d'un roi qui disposait en maître de la vie et de la mort de ses sujets.

Bohler ne quêtait pas les applaudissements de la foule, malgré la hauteur à laquelle il était arrivé. Il est resté toujours

simple et modeste, trouvant sa satisfaction uniquement dans la chirurgie et dans le traitement de ses malades. Il refusait toute place d'honneur et tout poste avancé où il aurait pu briller pour la galerie. Toute mise en scène lui faisait horreur, et tout étalage d'un faux clinquant lui était odieux.

Chaque fois qu'il opérait, Bohler posait un acte d'une hauteur morale peu commune. Il en avait la foi et il en avait la conviction. Et la douce satisfaction qu'il ressentait toutes les fois qu'il avait réussi à sauver la vie d'un malade ou à lui rendre la santé, cette satisfaction invitait au recueillement cet homme sauvage, mais sincèrement bon: d'une bonté innée, dont il se gênait et qu'il cachait sous les travers d'un grognant.

C'est que Jules Bohler ne considérait pas une opération chirurgicale comme un acte vulgaire, mécanique, qui lui rapporterait tant et tant; c'était pour lui une intervention sacrée, qui lui permettait de pouvoir faire une bonne action, de poser un acte de charité humaine, de venir en aide à un homme qui souffre.

Ne voulant pas quitter ses malades auxquels il était trop attaché, Jules Bohler ne s'était jamais accordé un congé sérieux pendait toute sa carrière. Séparé de sa clinique et éloigné du chevet de ses malades, il n'aurait rencontré que de l'ennui et de la nostalgie pour son champ de travail. D'ailleurs, sa timidité innée lui faisait éviter pour autant que possible tout contact avec des personnes étrangères: il n'aimait pas les visages inconnus et nouveaux.

Finalement et littéralement à bout de souffle, il fut forcé de s'arrêter en plein travail, mais il espérait qu'après un congé de quelques semaines il pourrait de nouveau retourner à la clinique et revoir ses malades.

C'est de ce repos forcé et inattendu que la mort inexorable a profité pour s'approcher sournoisement et lui faire comprendre qu'il était temps de partir.

Chose étrange! Jules Bohler, ce lutteur tenace, s'inclina dès que la Mort se fut annoncée, et il partit en philosophe: calme, résigné et sans protester.

Pour sûr il comptait pouvoir continuer à opérer dans l'autre monde, et je me demande vraiment si dans le délire de ses derniers jours le souvenir de «l'Ecole d'Athènes» ne se fut pas présenté à ses rêves et à ses aspirations, ce tableau célèbre de Raphaël, sur lequel sont représentés les grands hommes de l'antiquité réunis au Paradis et continuant à faire la même besogne qui avait fait leur grandeur sur terre, comme si jamais ils n'avaient cessé de vivre et de travailler.

Et c'est alors que j'ai compris le cri d'espoir qui résonnait et perçait dans sa voix, le jour, où il me lança, de son lit de mort, à travers la porte fermée, une phrase, dont je n'avais pas entendu la fin, cette fin qu'il m'est possible de reconstruire

aujourd'hui: «Et sachez que je n'opérerai plus jamais dans ce monde, mais... mais j'espère qu'on me permettra de pouvoir continuer dans l'autre!»

Dr. Fr. Delvaux.

Le Dr. NICOLAS SCHAEFTGEN

Une foule émue de confrères et d'habitants de la ville d'Esch a suivi la dépouille mortelle du Dr. Nicolas Schaeftgen, président du Collège médical, secrétaire du Syndicat médical, à sa dernière demeure. Devant le cercueil du vénéré défunt les Docteurs Henri Loutsch, président de la Société des sciences médicales, et Emile Colling, Monsieur le Directeur Bosseler, président de la commission d'administration de l'hôpital de la Ville d'Esch, ont souligné les mérites du Docteur Schaeftgen et ont fait revivre une dernière fois la figure puissante de notre confrère, dont la mémoire restera vivante dans le corps médical luxembourgeois.

Le Dr. Henri Loutsch prononça le discours suivant:

Mesdames, Messieurs.

C'est en ma qualité de Président de la Société des Sciences Médicales que m'échoit le triste privilège, d'évoquer devant vous la mémoire du Docteur Schaeftgen que nous venons d'accompagner à sa dernière demeure. Privilège doublement douloureux pour moi, car en dehors du collègue que nous pleurons tous, je perds en lui un aîné qui m'avait honoré de son amitié bienveillante.

Ce n'est qu'aux cours de ces dernières années que j'ai eu le bonheur d'approcher et de mieux connaître le Docteur Schaeftgen qui, depuis un demi-siècle, domine de son empreinte et de son autorité notre vie médicale. Pendant ces trop courtes années j'ai pu apprécier les qualités extraordinaires de cet homme: la ténacité dans le travail, la régularité dans l'effort, la continuité dans la production et surtout une droiture de caractère peu commune.

On ne saurait trop, à notre époque, où toute tradition et toute discipline morale semblent avoir tendance à s'affaiblir sinon à disparaître, insister sur la haute et noble conception qu'avait le Docteur Schaeftgen de sa profession de médecin. Nul mieux que vous, gens d'Esch et des environs, qui avez tenu à rendre un dernier hommage à «votre» médecin, n'est à même d'apprécier le vide que laissera dans votre famille la disparition de celui qui fut pendant si longtemps votre conseiller dans les bons et surtout dans les mauvais moments, auquel jamais vous n'avez fait appel en vain, qui nuit et jour était là quand vous en aviez besoin. Toujours prêt à secourir, le Docteur Schaeftgen obéissait à ce désir de se consacrer à l'intérêt général qui était la règle de toute sa vie, et au besoin de servir qui l'anima toujours. Ce besoin était devenu chez lui une seconde nature, à tel point qu'à un âge où d'autres depuis longtemps réchauffent leurs vieux os au soleil d'une douce retraite, il était toujours sur la brèche, ardent au travail, ne connaissant aucune fatigue, confiant dans sa résistance physique. C'est en plein travail que la mort est venu le frapper et l'abattre d'un coup, lui épargnant du moins les affres d'une longue et douloureuse maladie. Certainement il aurait choisi cette fin, si toutefois il nous était permis de choisir la façon de quitter cette terre.

Le Docteur Schaeftgen est né à Esch, le 2 septembre 1879, issu d'une famille de souche paysanne. Ces origines nous permettent d'expliquer les traits dominants du caractère de notre regretté confrère: sa droiture, son honnêteté, sa ténacité. Ayant terminé ses études secondaires aux collèges d'Echternach et de Luxembourg, il reçut sa formation médicale aux facultés de Strasbourg,

de Zurich, de Berlin et de Paris. Son intelligence éveillée, sa facilité d'assimilation, son goût du travail lui permirent de passer brillament tous ses examens, et c'est précédé d'une solide réputation qu'il vint s'établir dans sa ville natale en 1904 le 1er janvier exactement. Il y resta toute sa vie, consacrant son savoir et sa grande expérience, acquise au cours de ses longues années de pratique, à cette population d'Esch qu'il aimait profondément. Il a pu assister au développement prodigieux de sa ville natale, qui de petit village quelle était quand il y vit le jour devint la capitale industrielle du pays, et il en était fier.

Médecin de grande valeur il est resté modeste, dédaignant les honneurs: et il fut surtout le médecin des humbles, le médecins des ouvriers, dont il connaissait et comprenait l'âme. Profondément pénétré de sentiments de justice et de sens social il a certainement au cours de sa longue vie, par son exemple, par ses écrits, par ses interventions contribué pour une large part à l'amélioration du sort de la classe ouvrière.

Je ne rappellerai que la lutte qu'il engagea dès les premières années de sa vie médicale pour obtenir pour l'ouvrier le libre choix du médecin, lutte qu'il dut poursuivre pendant cinq ans, avant de voir triompher ses conceptions, qui nous semblent aujourd'hui relever de la simple dignité humaine.

Cette cause gagnée il mit toute sa ténacité au service d'une idée qui lui était chère entre toutes: celle de la construction d'un hôpital à sa ville d'Esch. Que d'obstacles lui fallut-il vaincre, que de lenteurs administratives dut-il bousculer, que de mesquines rivalités de partis politiques et de susceptibilités personnelles eut-il à aplanir avant de voir son obstination couronnée de succès. Si aujourd'hui la ville d'Esch possède le plus bel hôpital du pays, c'est au Docteur Schaeftgen qu'elle le doit.

Très tôt sa personnalité sut s'imposer à ses confrères, qui reconnurent les qualités étonnantes de ce jeune médecin. Dès 1917 l'assemblée générale du Syndicat Médical désigne le Docteur Schaeftgen comme secrétaire. Deux ans plus tard il fut élu secrétaire du Collège Médical. Il a assurmé les lourdes charges de ces deux postes jusqu'à sa fin, abandonnant à regret après la dernière guerre le poste de secrétaire du Collège Médical pour prendre, sur les instances de ses confrères la présidence de cette assemblée.

Nous savons, nous autres médecins, les services inestimables que nous a rendu le Docteur Schaeftgen dans l'exercice de ses fonctions pendant ces trente années. Mais ce que nous ne pourrons jamais mesurer c'est la somme de labeur, de dévouement, d'abnégation de désintéressement qu'il a mis au service du Corps Médical. Tous ses loisirs, toutes ses vacances, il les consacrait à l'étude des questions syndicales et professionnelles. La dette de reconnaissance que nous lui devons est immense. Sa disparition laisse dans nos rangs un vide qu'il sera difficile de combler.

A l'étranger le Docteur Schaeftgen représentait notre pays à l'Association Professionnelle Mondiale. Il assistait régulièrement aux réunions de cet organisme international, où sa voix était très écoutée et où il avait su se créer de solides amitiés.

Le Docteur Schaeftgen avait une figure placide qui respirait la douceur. Malgré son travail sans relâche et ses longues veilles il avait gardé une allure étonnemment jeune et un visage remarquablement frais. Mais sous ce masque calme et derrière sa pacifique bienveillance il y avait une énergie farouche et une ténacité sans égale, que trahissait son regard pétillant d'intelligence et de vivacité.

D'une grande bonté il était dur pour lui-même et n'admettait pas la défaillance chez les autres. Sa nature droite ne connaissait pas le compromis. Pour lui ce qui était juste était vrai. Sans égards pour les susceptibilités personnelles il exprimait son opinion avec une franchise, dont seuls les esprits mesquins pouvaient prendre ombrage.

Lutteur toute sa vie, il a lutté contre la maladie et la mort, il a lutté pour ses idées. Les légions de malades, auxquels il a consacré la plus grande part de sa vie, garderont de lui un souvenir pieux et reconnaissant. Le Corps Médical auquel il a dévoué ses heures de veilles n'oubliera jamais tout ce qu'il lui doit.

Rappelons-nous ses qualités de l'esprit: l'intelligence, la précision, la méthode. — et ses qualités de coeur: le dévouement, le désintéressement, la compréhension, et qu'il nous serve d'exemple. Les temps modernes nous montrent, souvent avec brutalité, que pour lutter contre le matérialisme oppresseur, notre Patrie doit avant tout compter sur l'action des forces morales et des qualités spirituelles.

Le 15 février 1950 une séance commémorative a réuni les membres effectifs et suppléants du Collège médical autour de Monsieur le Ministre de la Santé publique et de la famille du Dr. Nic. Schaeftgen.

Dans son allocution le Ministre de la Santé publique releva l'esprit de collaboration qui a animé le Dr. Schaeftgen dans ses rapports avec le Gouvernement, son intelligence des problèmes de la Santé publique et les services précieux qu'il a rendus au pays.

Ensuite, le Dr. René Koltz, secrétaire du Collège médical, prononça l'éloge funèbre du président:

Monsieur le Ministre,
Messieurs,
Chers confrères,

Au nom du Collège médical, j'ai l'honneur de remercier Monsieur le Ministre de la Santé publique de l'hommage qu'il vient de rendre à la mémoire de notre vénéré président.

Je ne saurais laisser passer cette séance solennelle sans retracer l'oeuvre accomplie par le Dr Schaeftgen au sein du Collège, et sans évoquer encore une fois, la puissante et attrayante figure de celui qui a été arraché si brutalement à notre haut estime, et, qu'il me soit permis d'ajouter, à notre affection respectueuse.

Membre du Collège médical depuis 1926, secrétaire depuis 1935 et président à partir du 2 juillet 1948, le Dr Schaeftgen a été mêlé de près et très activement aux travaux de notre compagnie pendant presque 25 ans, et par là, à toutes les réformes sanitaires, ou du moins à tous les projets de réforme, pendant ce quart de siècle.

Il est impossible de donner ici un aperçu, même succinct, de toutes les questions soulevées, discutées et rediscutées, de la longue suite des rapports et avis élaborés par notre président.

En parcourant les rapports de séance et les rapports généraux publiés au Mémorial, on est tenté de s'attarder à la «petite histoire» de notre Collège, qui ne manque pas de diversité et d'aspects inattendus. Et en relisant ces notes quelque peu sèches et laconiques, en reprenant ces questions techniques d'hygiène publique et sociale, d'ouverture de pharmacies, de contrôle de médicaments, ces démêlés avec les caisses de maladie, on risque de passer à côté des problèmes majeurs qui se sont posés à nos prédécesseurs.

C'est donc une synthèse que j'essaierai de présenter de l'activité du Dr Schaeftgen.

Ses préoccupations ont gravité constamment autour de trois grands centres d'intérêt:

— les maladies sociales,
— la sécurité sociale et les rapports des médecins avec les organismes d'assurance,
— l'organisation et la défense de la profession médicale.

* * *

En 1928 le Dr Schaeftgen est chargé d'un rapport sur la question de la création de dispensaires antivénériens. Le Collège médical adopte les conclusions du rapporteur, qui, tout en reconnaissant l'utilité de ces dispensaires dans les grandes villes, s'oppose à leur création au Grand-Duché, et cela pour des raisons psychologiques qui sont évidentes.

A la suite de ce premier rapport le Dr Schaeftgen soumet la même année au Collège médical un projet concernant la prophylaxie des maladies vénériennes, qui est adopté et transmis au Gouvernement. Si ce projet n'a pas été réalisé, il a eu du moins comme suite heureuse, l'introduction du traitement médical et pharmaceutique gratuit des maladies vénériennes.

En 1937 la question est reprise au Collège médical et fait l'objet d'un long rapport du Dr Schaeftgen, intitulé: «Projet de loi ayant pour but de fixer les mesures propres à endiguer la prostitution et le proxénétisme.»

Le projet est précédé d'une étude remarquable, basée sur une documentation étendue et traitant toutes les faces du problème.

Je me permets de vous lire quelques extraits de l'avis qui accompagne l'étude et le projet de loi, et qui caractérisent bien le point de vue moral et social de l'auteur, et où vous reconnaitrez aussi l'empreinte de son indépendance et de son tempérament combattif.

«Le titre du projet de loi transmis pour avis au Collège médical laisse supposer qu'il a pour objet d'organiser la lutte contre la prostitution et le proxénétisme; en réalité il tend par les articles 1 et 3, vers une organisation facilitant les rapports sexuels extramatrimoniaux, vers la réglementation administrative policière de la prostitution, vers la lutte contre les prostituées et reflète assez fidèlement les tendances du moyen âge.

Le Collège médical est d'avis qu'il ne rentre plus de nos jours dans les attributions de la collectivité de favoriser par la création de lupanars tolérés et semi-officiels les rapports sexuels extramatrimoniaux qui doivent rester du domaine strictement privé et personnel, mais que l'Etat doit avant tout réprimer radicalement l'offre centralisée en matière de débauche, tel que nous la constatons dans la ville de Luxembourg, le bassin minier et le long de nos routes nationales au grand détriment de nos familles et de la santé publique.

Dans ce but l'Etat doit lutter contre la prostitution par des mesures sociales; salaires et traitements suffisants aux travailleurs des deux sexes, leur permettant le mariage en jeune âge, suppression des taudis et construction de maisons hygiéniques en nombre suffisant, lutte contre l'alcoolisme par une application stricte et exacte des heures de fermeture des débits de boissons, par la suppression du scandale des nuits libres en série continue, éducation sexuelle dans tous les établissements d'enseignement pour faire connaître les avantages sanitaires et moraux de la continence et faire disparaître l'ignorance funeste des dangers des rapports sexuels extramatrimoniaux, etc. etc.

Il s'agit en résumé d'organiser la lutte contre la prostitution et non contre les prostituées; d'appliquer des lois sévères contre tous les tenanciers et proxénètes sans exception et de ne pas créer de tenanciers «officiels».

Or, le projet soumis à l'avis du Collège médical a une tendance tout à fait contraire.

Le projet ne semble guère garantir une lutte efficace contre la prostitution et le proxénétisme; il maintient la réglementation administrative policière de la prostitution, qui de nos jours est condamnée par la presque totalité des nations civilisées à cause de la corruption qui en résulte infailliblement pour les membres de la police, parce que ce système empêche le relèvement des prostituées, et qu'une expérience séculaire démontre qu'elle est incapable d'enrayer la diffusion des maladies vénériennes.»

A la fin de son étude le Dr Schaeftgen expose un plan d'organisation de la lutte contre la prostitution, le proxénétisme et l'extension des maladise vénériennes. Il préconise entre autres:

- une éducation morale, sexuelle et antivénérienne bien comprise,
- la lutte contre l'alcoolisme et les taudis,
- des salaires garantissant le minimum vital et permettant une vie digne et honnête aux travailleurs,
- une protection légale plus efficace des femmes abandonnées, des filles-mères et des enfants illégitimes,
- la suppression de la lutte contre les prostituées,
- l'interdiction absolue des maisons de débauche et de rendez-vous,
- des mesures sérieuses contre les souteneurs.

— la création d'une police féminine,
— la déclaration et le traitement obligatoires,
— l'avertissement obligatoire destiné à faire connaître au malade la contagiosité de sa maladie et ses responsabilités,
— le dépistage des foyers de contamination,
— et enfin le certificat prénuptial.

Ce programme d'action, qui s'étend à tous les aspects de la prostitution et de la prophylaxie antivénérienne n'a rien perdu de son actualité. Le Dr Schaeftgen a le grand mérite d'avoir fait de cet important problème une question médico-sociale et de l'avoir transposé ainsi sur un plan plus élevé et plus humain.

Notre président n'était pas seulement un homme tenace, mais aussi un homme patient.

Voilà pourquoi il ne s'étonnait guère de voir disparaître son projet, comme tant d'autres, dans les archives du Gouvernement, en attendant l'occasion de l'en retirer un beau jour. C'est ce qu'il a fait quelques semaines avant son décès, et j'espère que nous pourrons reprendre bientôt l'étude de son rapport, qui mieux que tout autre document, vous fera saisir les préoccupations profondément sociales, l'âme compatissante, l'esprit méthodique, l'argumentation claire et définitive, et l'ardeur au travail de cet homme exceptionnel.

C'est aussi en 1928 que le Collège médical adresse au Gouvernement l'avant-projet de loi du Dr Schaeftgen concernant la lutte contre la tuberculose.

Dans son rapport général, publié au «Mémorial» de 1932, le Dr Forman, alors président du Collège médical, écrit: «Il y a 4 ans, le Collège médical a soumis au Gouvernement un vaste plan de lutte antituberculeuse. Ce travail, qui pourrait certainement fournir au moins la base d'une action de grand style, dort depuis lors le sommeil du juste dans quelque carton. Espérons que ce sommeil ne sera pas le prélude d'une mort certaine et que des temps meilleurs enverront le Prince Charmant réveiller la Belle au bois dormant.»

Le président Forman était trop optimiste.

Ce n'est qu'en 1945 que le rapport du Dr Schaeftgen a revu le jour, a été remanié et a servi de base à celui de la commission spéciale chargée d'élaborer un projet de réforme de la lutte antituberculeuse.

Là encore, le Dr. Schaeftgen a montré la voie.

Dans ce travail de précurseur, fortement documenté, résultant de l'étude comparée de la lutte antituberculeuse dans un grand nombre de pays, de l'état de l'endémie tuberculeuse et de la prophylaxie au Grand-Duché, le Dr Schaeftgen insiste déjà sur la déclaration obligatoire des cas contagieux de tuberculose, l'organisation rationnelle du dépistage, de la désinfection et de l'isolement, le traitement obligatoire des tuberculeux récalcitrants, le financement de la lutte par une assurance-tuberculose et une surtaxe sur l'impôt sur le revenu, et enfin sur la nécessité de créer un office national de la lutte contre la tuberculose.

Quelles que soient nos opinions personnelles quant à l'organisation de la lutte antituberculeuse, je crois que nous sommes tous d'avis de confier cette mission à un organisme unique, qu'il soit statal ou parastatal, qui groupera et coordonnera toutes les initiatives publiques et privées. Nous espérons que l'institution récente d'un comité de coordination de la lutte contre la tuberculose sera un pas important dans cette direction.

* * *

Vivant dans un centre industriel en plein développement, témoin de tous les jours de la misère physique et morale d'une population ouvrière mal payée, mal logée et mal nourrie, le Dr Schaeftgen a reconnu de bonne heure l'importance de la mission sociale du médecin.

Durant toute sa vie, il a lutté pour l'amélioration des conditions d'existence et de travail des ouvriers, conditions premières pour une lutte efficace contre la maladie. Dans ses grands rapports sur la prophylaxie des maladies vénériennes et de la tuberculose, il ne cesse d'insister sur la nécessité du relèvement du niveau matériel des ouvriers, de la lutte contre les taudis et la promiscuité qu'ils entraînent.

Il était convaincu des bienfaits de l'assurance-maladies et de l'assurance-accidents.

En 1927, la Société Prince-Henri adresse une demande au Gouvernement transmise au Collège médical, tendant à obtenir dispense de l'assurance obligatoire contre les maladies. Le Collège médical adopte le rapport du Dr Schaeftgen proposant le rejet de cette demande.

Déjà en 1928, notre président expose un projet de réforme et de refonte des lois sur l'assurance sociale, étendant celle-ci à l'agriculture et aux domestiques.

Non, le DrSchaeftgen n'était pas l'ennemi des caisses de maladie, des vieux et des invalides, comme on l'a prétendu.

Toute son activité est là pour prouver qu'il était un médecin épris de justice, absolument conscient de ses responsabilités sociales, ami sincère et désintéressé des ouvriers.

Le Dr Schaeftgen a voulu l'entente entre médecins et caisses de maladie, mais il a voulu une entente dans la dignité, basée sur les grands principes de la charte médicale:

— Respect du secret professionnel,
— Libre choix du médecin,
— Entente directe entre malade et médecin.

Et ce qu'il a combattu courageusement, farouchement et jusqu'au bout, c'est l'emprise toujours croissante des collectivités sur la liberté et l'indépendance de la profession médicale, c'est cette dégradation progressive de la personne humaine, cette socialisation mal comprise de la médecine qui risque de détruire et d'engloutir définitivement tout ce qui fait la grandeur et la noblesse de notre profession.

Je crois que c'est là, qu'en dernière analyse, nous trouvons le sens de sa vie et le ressort de son activité. Il avait le respect de la personne humaine. Il aimait passionnément la liberté et l'indépendance.

De là son désir d'aider et de servir ses malades, les pauvres, les victimes de l'injustice sociale, d'améliorer leurs conditions d'existence, leur santé et de leur rendre possible une vie digne et indépendante. De là aussi sa lutte intransigeante pour la liberté du corps médical contre toutes les ingérences des collectivités.

* * *

Chers confrères,

Aujourd'hui la place, d'où notre vénéré président a dirigé si souvent nos débats, est vide.

Nous n'entendrons plus cette voix pondérée et égale, mais qui, à l'occasion savait s'élever et dominer nos discussions.

Nous ne verrons plus ce regard clair, pétillant de vitalité, et quelquefois enjoué et malicieux.

Mais le souvenir de cet homme d'une seule coulée, entier, intègre, désintéressé et bon, de ce travailleur acharné, tenace et lucide, de ce grand médecin et de ce grand serviteur de notre pays, ne nous quittera jamais.

Sachons comprendre et retenir la leçon de sa vie, celle d'un homme qui a vécu pour les autres, et dont toute l'activité s'est épanouie dans l'amour de la liberté, de la justice et dans la charité.

Au nom de la famille du Dr. Schaeftgen, le professeur Lucien Koenig remercia Monsieur le Ministre de la Santé publique et le Collège médical, et remit à ce dernier un portrait du défunt, qui ornera dorénavant la salle de séances du Collège.

Enfin, lors de la réunion du 5 mars 1950, le Dr. Adolphe Faber, président du syndicat médical, rendit un hommage émouvant au Dr. Schaeftgen qui pendant trente ans a été la cheville ouvrière du syndicat et le défenseur acharné des intérêts professionnels et de la liberté du corps médical luxembourgeois.

Le Dr. ERNEST FELTGEN
(1867—1950)

Le Corps Médical Luxembourgeois vient de déplorer la mort du Dr. Ernest FELTGEN, Fondateur et Président du conseil d'administration de la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose. Il a été enlevé à l'affection des siens, le 6 mars 1950, dans sa 83me année, après une longue carrière médicale consacrée presque exclusivement à l'étude et à la pratique de la médecine sociale et préventive. Dans ce domaine il a réussi à laisser à la postérité les bienfaits d'une oeuvre de la plus grande importance et de conséquences hautement humanitaires.

Le Dr. Feltgen est né à Berschbach (Mersch), le 26 mai 1867, comme fils du Dr. Jean Feltgen (1833—1904) qui exerçait la profession médicale à Merscch pendant 40 ans (1860—1900). Sorti de l'école primaire de Mersch, il fit ses études secondaires au Gymnase de Luxembourg. Sa formation médicale lui fut donnée aux universités de Strasbourg, Wurzbourg, Vienne, Paris et Zurich, où il s'adonna aux études de la médecine avec toute la ferveur enthousiaste de son caractère et de sa jeunesse.

Ses heures de loisir furent consacrées à l'étude des sciences naturelles. En effet, le Dr. Feltgen avait hérité de son père, botaniste réputé au pays et à l'étranger, d'un amour et d'une vénération toute particulière pour la nature, ses beautés, ses mystères.

Assidu au travail avec ce zèle consciencieux, que tous qui le connaissaient de plus près admiraient en lui, il a su acquérir les connaissances médicales solides, nécessaires à l'oeuvre qu'il allait accomplir plus tard, mais jeune étudiant spirituel, plein de vitalité, il n'a pas négligé non plus la vie estudiantine joyeuse, insouciante, récréative, si nécessaire au repos de l'esprit, en compagnie de son fidèle camarade d'étude et ami Willy Krombach. La vieille et sympathique ville de Strasbourg a été témoin de leurs ébats et escapades, sous l'oeil bienveillant de la cathédrale, sonnant le couvre-feu, le soir, sur leur chemin vers la Place du Corbeau où ils avaient installé leurs chambres d'étudiants.

En 1894, à la fin de ses études médicales, le Dr. Feltgen s'installait à Luxembourg et pratiquait la médecine générale pendant une dizaine d'années.

En 1907, il acceptait le poste de Médecin-Directeur de Mondorf-Etat, poste qu'il exerçait avec la minutie et l'ardeur qui lui étaient propres. Son premier soin a été de moderniser les installations balnéaires et sanitaires, d'appliquer des méthodes thérapeutiques modernes, méthodes dont une partie s'est conservée jusqu'à nos jours. Nombreuses sont ses publications balnéo- et hydrothérapiques qui datent de ce temps et témoignent de son activité scientifique et pratique.

En 1918, le Dr. Feltgen quittait Mondorf pour reprendre son activité à Luxembourg. De 1921 à 1925 il était médecin aux Etablissements Pénitentiaires à Luxembourg et remplissait également, jusqu'il y a quelques années, des fonctions médicales auprès de l'Assurance contre les Accidents, la Caisse de Prévoyance des Employés et Fonctinnaires Communaux, etc.

Le Dr. Feltgen a été le créateur et l'initiateur de la Médecine sociale et préventive dans notre pays. Voilà en quoi consiste son mérite et la valeur de son oeuvre qu'il n'a cessé de poursuivre pendant toute sa vie. Avec une rare clairvoyance, il a reconnu longtemps avant ses contemporains toute la portée de la prophylaxie des maladies sociales et spécialement de la tuberculose, dont la lutte et le traitement n'avaient reçu, jusqu'à ce jour, aucune organisation, ni de la part des pouvoirs publics, ni de la part de l'initiative privée.

En 1890, fut créée la Société des Naturalistes Luxembourgeois (Fauna) au sein de laquelle, déjà avant 1900, des voix se firent entendre pour suggérer qu'à côté des sciences naturelles, des questions d'hygiène soient traitées aux réunions de la Société. Le Dr. Feltgen, partisan enthousiaste de cette idée, que depuis longtemps il cherchait à réaliser, fit le nécessaire pour la metter en pratique. La publication d'un livre sur «L'hygiène scolaire» marquait le début d'une campagne systématiquement poursuivie dans le but de propager les idées et les principes fondamentaux de l'hygiène dans le peuple. Ce livre fut approuvé unanimement et mis à la disposition des élèves des écoles secondaires.

Ce premier pas ayant été fait et accueilli favorablement par le public, le Dr. Feltgen eut l'idée de créer une Société d'Hygiène capable d'intensifier et d'élargir les effets de la propagan[illegible]. Il trouva l'appui du Professeur Edm. J. Klein et de l'Inspecteur Principal d'Ecoles Théodore Witry. La Société fut fondée, en 1904, sous le nom de Société d'Hygiène Sociale et Scolaire.

Cette Société développait, dès le début, une vive et fructueuse activité, preuve les nombreux et intéressants travaux publiés dans les annuaires de l'époque.

Mais bientôt la nécessité se fit remarquer de séparer du programme de la Société d'Hygiène Sociale et Scolaire les questions relatives à la tuberculose, sujet vaste et assez important pour être traité à part. Ainsi, sur l'initiative du Dr. Feltgen, fut créée la «Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose» avec l'appui du philantrope Auguste Ulveling et du député Nicolas Ludovicy. Un autre pas très important fut ainsi fait vers l'amélioration des conditions sociales de notre pays.

Point n'est besoin de relever la valeur et les bienfaits de cette corporation d'utilité publique. Les résultats sont là pour en faire la démonstration la plus éclatante. Les Dispensaires antituberculeux, les préventoria, les cures sanatoriales, tout cet

ensemble d'une organisation de lutte antituberculeuse bien dirigée a rendu depuis ses débuts, à de nombreux malades, d'incomparables services en mettant à leur disposition les acquisitions nouvelles de la science au fur et à mesure de leur création.

Le Dr. Feltgen a présidé pendant de longues années la Société des Naturalistes, la Société d'Hygiène Sociale et Scolaire et la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose. Il les a dirigées et y a collaboré jusqu'à la fin de ses jours; il leur a consacré le travail de sa vie.

Voilà pourquoi toute son activité scientifique fut dominée et inspirée par le désir de pousser la Société d'Hygiène Sociale et Scolaire et la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose au maximum de leur rendement.

Pendant les années 1905 et 1906 il se fit réimmatriculer à l'université de Strasbourg, où, sous la direction du Professeur Forster, il fit des études spéciales et approfondies de Médecine Sociale et Scolaire.

En 1904, il fut délégué par le Gouvernement au Congrès Mondial d'Hygiène Scolaire à Nuremberg. En 1905, il représenta la Société d'Hygiène Sociale et Scolaire au Congrès International d'Education Physique à Liège. La même année, l'Administration de la Ville de Luxembourg l'envoya au Congrès Mondial de la Tuberculose à Paris. En 1912, il représenta le Luxembourg au Congrès International pour l'étude et la lutte contre la Tuberculose à Rome, etc.

Le Dr. Feltgen comptait de nombreux amis, dans le pays et à l'étranger. Je ne cite que quelques-uns pour lesquels il manifestait une vénération toute spéciale: le Dr. J. P. Glaesener de Diekirch, mort en 1901; Victor Ferrant, conservateur au Musée d'Histoire Naturelle à Luxembourg, le Dr. Willy Krombach, etc. pour ne parler de ceux qui l'ont précédé dans la mort.

A l'étranger, il avait des relations amicales et scientifiques avec le Dr. med. et phil. H. Griesbach, professeur d'Hygiène Sociale et Scolaire à Muhlhouse et à l'université de Bâle; le Dr. Emile de Wildemann, directeur du Jardin Botanique à Bruxelles; le phytopathologue Dr. Martin Schwartz de l'Institut de Biologie de Berlin-Dahlem, etc.

Le Dr. Feltgen a laissé à la postérité, au courant de sa vie entièrement vouée à une activité désintéressée, un grand nombre de publications scientifiques traitant des questions de médecine sociale et de sciences naturelles, dont je ne cite que quelques-unes: Beiträge zur allgemeinen Gesundheitspflege (1904); Führer von Bad-Mondorf (1908); Landhygiene (1907 et 1909); Mersch sowie nächste und weitere Umgebung zum Gebrauch für Naturfreunde (1902); Führer durch das Eichtal (2te édit. 1925); Die einheimischen Heilpflanzen (1903); Vademecum des Luxemburger Fischers; Beobachtungen und Betrachtungen

(1936—1938); Simmerfarm (1940); Aus der heimischen Vogelwelt (1940); Beitrag zu einem praktischen Luxemburger Volks Pilzbuch (1941) et les innombrables publications dans les Annuaires de la Société d'Hygiène Sociale et Scolaire, les Bulletins de la Fauna, etc., etc.

Telle est la vie, l'oeuvre scientifique et humanitaire du Dr. Ernest Feltgen, médecin distingué, créateur et propagateur d'idées nouvelles et fécondes, homme d'une culture générale très élevée, noble et plein de bonté. Tous ceux qui ont eu le privilège de se compter parmi ses amis ont eu plus d'une fois l'occasion d'apprécier ses qualités du coeur et de l'esprit.

Initié, dès sa jeunesse, par son père, naturaliste distingué, aux beautés que la nature étale devant nos yeux émerveillés, il a été lui-même un grand admirateur et un parfait connaisseur de la nature. Il a su communiquer aux autres cette admiration et éveiller en eux cet intérêt si reposant et récréateur que la nature offre à ceux qui l'aiment. Les randonnées du samedi après-midi en sa compagnie, au Baumbusch, ont été pour moi un enseignement et une récréation d'un inoubliable souvenir.

Il est mort, en pleine activité, une après-midi ensoleillée; il nous a quitté, au sein et en face de cette nature qu'il a tant aimée, doucement, sans souffrance et sans angoisse.

Le Corps Médical Luxembourgeois honore la mémoire de celui qui a fait honneur à sa profession et rendu des services à la patrie. Nous nous inclinons avec émotion devant sa tombe et présentons nos hommages de respectueuses condoléances à Madame Feltgen, ses enfants et petits-enfants.

Dr. Reiles

Activité de la Société

pendant la période de juin 1949 - juin 1950

Le syndicat des Pharmaciens avait organisé le 3 juillet 1949 une Journée Pharmaceutique Franco-Luxembourgeoise au cours de laquelle les conférences suivantes furent faites:

1) Les études pharmaceutiques et la personnalité scientifique du pharmacien. (M. *Kayser*, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy).
2) La Pharmacie française. (M. *Volckringer*, Santé Publique, Paris).
3) L'Ordre national des Pharmaciens, (M. *Martinot*, président de l'Ordre).
4) Notions d'intérêt pharmaceutique sur les nouveaux sulfamides. (M. *G. Richard*, professeur de la Faculté de Pharmacie de Nancy).
5) L'Acide para-aminosalicylique. (M. *Kayser*, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy).

Le 10 novembre 1949

Professeur *J. Buchi*, Directeur de l'Institut Pharmaceutique de Zurich: «Neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Lokalanaesthetika».

Le 5 octobre 1949

Docteur *de Rham*, chirurgien du centre d'hospitalisation de Leysin: «Les antibiotiques et la chirurgie de la Tuberculose pleuro-pulmonaire».

Le 3 décembre 1949

Professeur *Christophe* de la Faculté de Médecine de Liège: «Etat actuel de la thérapeutique des endartérites.»

Le 6 décembre 1949

Professeur *d'Allaines* de la Faculté de Médecine de Paris: «La thérapeutique chirurgicale des affections congénitales du coeur.»

Le 7 janvier 1950

Docteur *L. De Winter*, chef de service à l'hôpital St. Jean à Bruges: «Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire à Bruges de 1926—1948.»

Le 18 mars 1950

Docteur *Paul Bordet*, Professeur à la Faculté de Médecine de Bruxelles: «Virus et Cancer.»

Le 16 février 1950

Docteur Yves CANEL, médecin consultant à Luxeuil: «Indications de la cure thermale dans les affections gynécologiques.»

Le 28 mars 1950

Docteur *Maurice Roch*, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Genève: «Le rein des diabétiques.»

Arrêté ministériel du 25 janvier 1950, portant institution d'un comité de coordination de la lutte contre la Tuberculose.

Le Ministre de la Santé publique,

Considérant que de nombreux organismes sont appelés à contribuer à la lutte contre la tuberculose;

Considérant que ces organismes s'intéressent au problème de la tuberculose à des points de vue divers, tels que: prévention, dépistage, traitement, aspect social;

Considérant qu'il y a lieu de coordonner les efforts des dits organismes, afin d'arriver à une unité de conception et d'action et à une exploitation plus rationnelle et plus efficace des moyens de lutte disponibles;

Arrête:

Art 1er. Il est institué au Ministère de la Santé Publique un comité de coordination de la lutte contre la tuberculose.

Art. 2. Le Comité de coordination de la lutte contre la tuberculose a pour mission:

1° d'établir une liaison permanente entre les différents organismes publics et privés, nationaux et internationaux, s'intéressant à la lutte contre la tuberculose;

2° d'étudier ou de mettre en oeuvre une coopération directe entre les divers services s'occupant effectivement de cette lutte;

3° d'étudier en général les aspects que peut comporter le problème d'une action continue, coordonnée, efficace contre la tuberculose et de faire des propositions éventuelles d'amélioration et de réorganisation.

Art. 3. Sont nommés membres de la commission de coordination de la lutte contre la tuberculose:

1° M. le Dr. L. Molitor, Directeur de la Santé Publique;

2° M. le Dr. Th. Backes, Directeur du sanatorium de Vianden;

3° M. le Dr. P. Felten, chef du service de santé de l'Armée;

4° M. le Dr. Ed. Loutsch, Directeur du Laboratoire Vétérinaire;

5° M. le Dr. Fr. Fixmer, médecin-conseil à l'Office des Dommages de Guerre;

6° M. le Dr. R. Koltz, Président de la Ligue contre la Tuberculose;

7° M. Tony Neumann, Vice-Président de la Croix-Rouge;

8° M. Paul Wilwertz, Commissaire à l'Office National du Travail;

9° M. Louis Hencks, Conseiller à l'Assurance Vieillesse/ Invalidité;

10° M. Nic. Kuffer, Président de la Caisse de Pension des Employés Privés;

11° M. le Dr. E. Colling, médecin de dispensaire;

12° M. Jean Muller, Inspecteur en chef des Institutions Sociales.

Art. 4. Le Comité se réunit sur la convocation du Directeur de la Santé Publique qui assume la présidence.

Art. 5. En cas d'empêchement, les membres du Comité peuvent se faire représenter par un délégué.

En outre le Comité pourra inviter à prendre part à ses travaux avec voie consultative, toute personne compétente dont l'avis pourra présenter de l'importance en la matière.

Art. 6. Le présent arrêté sera publié au «Mémorial».

Luxembourg, le 25 janvier 1950.

Le Ministre de la Santé publique, *Alphonse Osch.*

Notre sympathique président, le Dr. Henri Loutsch a passé en octobre 1949 le concours de l'agrégation à Paris et a été nommé professeur agrégé de clinique chirurgicale des facultés de médecine de France. Nos très sincères félicitations!

★

Aux journées médicales 1950 de Bruxelles, le Dr. Henri Loutsch a fait une conférence très remarquée sur les manifestations cardiaques provoquées par les cholécystites.

★

Notre compatriote, le Dr. J. Paul Pundel de Luxembourg, a défendu en séance publique, tenue à la faculté de médecine de Bruxelles, le 21 juin 1950 une thèse d'agrégation, intitulée: «Les frottis vaginaux et cervicaux.» Il a fait une leçon orale sur le sujet suivant: «Pathogénie et traitement des thromboses et des embolies en gynécologie et obstétrique opératoires.»

Le Dr. J. Paul Pundel a obtenu le grade scientifique d'agrégé de l'enseignement supérieur. Nos meilleures félicitations!

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur l'ouvrage publié par Paul Pundel chez Desoer, Liège, et Masson et Cie., Paris, ayant pour titre: «Les frottis vaginaux et cervicaux.» Le livre est préfacé par le professeur J. Varangot de Paris, qui dit: « M. Pundel a fait une véritable somme de nos connaissances sur la question, comblant ainsi une regrettable lacune.... C'est aussi l'exposé de nombreux travaux originaux, en particulier sur l'action des hormones sexuelles sur le vagin. L'auteur apporte sur cette importante question des résultats fort intéressants et qui laissent présager des applications pratiques fort utiles....»

★

Le docteur Godart Pierre a eu le 11. 10. 49. 80 ans. Nos meilleurs voeux de santé et de prospérité!

★

Le Docteur Lust, de Bruxelles, médecin-chef du Centre de puériculture, 65, rue Antoine Gauthier, a informé le Ministère de la Santé Publique par les soins du Dr. Ch. Jones, que le conseil d'administration de cet établissement a décidé la création de deux bourses à de jeunes médecins voulant se spécialiser en pédiatrie et que les Luxembourgeois pourront également jouir de cette faveur.

Ces bourses assurent la pension complète et une indemnité de 2.000.— frs. par mois pour les jeunes médecins assistants; cependant la bourse est provisoirement limitée à 6 mois. Les intéressés sont priés de se mettre en relation avec M. le Médecin-directeur de la Santé publique.

★

International Medical Visitors Bureau - London

International Medical Visitors' Bureau - London

The British Medical Association has established an International Medical Visitors' Bureau in order to provide a personal advisory service to medical practitioners visiting the United Kingdom from countries outside the British Commonwealth. The International Medical Visitors' Bureau is located at British Medical Association House, Tavistock Square, London, W. C. 1. The Medical Director of the Bureau is Dr. H. A. Sandiford.

Information is available at the Bureau on postgraduate education facilities and visits to hospitals and clinics can be arranged. Assistance in finding accomodation will be given. General information on food rationing, petrol allowances, cars, facilities for sport, travelling, exhibitions, theatres, etc. is available .

It will enable the Bureau to be of most service if a visitor gives as long notice as possible of his intended visit to Great

Britain and information on the following lines would also be useful - projected date of arrival, modo of travelling, period of stay, main objects of visit and requirements from the Bureau.

All communications should be addressed to the Medical Director, Dr. H. A. Sandiford.

★

Le Ve Congrès International de Recherche scientifique et de Lutte sociale contre le Cancer aura lieu à Paris du 15 au 22 juillet 1950, sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République Française et la Présidence de Monsieur le Professeur A. Lacassagne, Directeur de l'Institut du Radium de Paris.

Le Congrès se tiendra à la Sorbonne, les séances de travail commenceront le lundi, 17 juillet.

50 pays au moins y seront représentés par les Cancérologues les plus éminents de chaque nation.

Pour les renseignements s'adresser au secrétaire général, Prof. V. Le Lorier, 6, Avenue Marceau, Paris (8e).

★

Avis du trésorier

Nous prions les membres de notre société qui n'ont pas encore payé leur cotisation pour 1950, 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 1950 de notre bulletin, d'envoyer leur articles avant le 1er octobre 1950 au Dr René Koltz, Junglinster, chargé de la rédaction du bulletin de la Société des Sciences Médicales.

Dispersa-Augensalben

zeichnen sich aus durch eine hohe Dispersität und eine sehr gleichmässige Verteilung des inkorporierten Arzneistoffes in einer zweckmässigen Salbengrundlage

GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC, Baudouinstrasse, 25 - **Luxemburg** - Telefon Nr. 30-73

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Norbert Pauly Simon Hertz	Le Problème Diagnostique et Thérapeutique de l'Ulcère Gastrique	7
M. Reiles	A propos de deux cas de myomectomie vaginale	15
M. Dumoullin	Avantages en Radiothérapie antitumorale de l'irradiation intravaginale en gynécologie	25
Frédéric Hippert	Un curieux syndrome polyviscéral	43
Léon Delvaux	Sur un cas de myélomatose décalcifiante diffuse	47
Jacques Graber-Duvernay G. Van Moorlechem	L'iode et le soufre retard dans le traitement du rhumatisme chronique dégénératif (et plus particulièrement de la Coxarthrose)	51
A. Mugler	Amélioration du test fonctionnel de la Phénol-Sulfone-Phtaléine (P.S.P.) par la cure de Vittel	55
Ernest Schumacher	Ersetzen abgebrochener Zähne auf Brücken durch Kunstharzzähne	59
J.-P. Weis	Neuere Arbeitsmethoden im klinischen Laboratorium	63
Eloi Welter	A propos du nouveau Centre médico-pédagogique	73
René Koltz	La Tuberculose pulmonaire au Grand-Duché de Luxembourg de 1945 à 1949	80
Charles Jones	Résumés des conférences de la Société des Sciences Médicales 1949-50	97
René Koltz	Notre préliminaire sur l'institution d'un ordre des médecins du Grand-Duché de Luxembourg	107
	Chronique de l'Association	115
	Activité de la Société	131

Sédatif d'éclat jouissant d'une action heureuse et complète. Produit moderne et rationnel dans le traitement des syndromes névropathiques.

Passiflore
Bromures
Phényléthylmalonylurée
Eupeptiques digestifs

Produit présente d'après un critérium médical. Aucune allusion à l'emploi de bromures. Aucune expression non convenable aux profanes.

INSOMNIES
INQUIÉTUDE
ANXIÉTÉ
IRRITABILITÉ
ÉMOTIVITÉ
SPASMES, CHORÉE
TROUBLES NERVEUX
DE LA MÉNOPAUSE, ect.

SEDORINA OMIKRON

Parfaite réalisation de la synergie médicamenteuse la plus complète et rationnelle. Action certaine. Maximun de tolérance.

Littérature et échantillons :

M. SELVELLI, agent dépositaire - **90, rue Traversière, BRUXELLES** - Tel. 17.99.43

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG