



BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Décembre 1950

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER · LUXEMBOURG

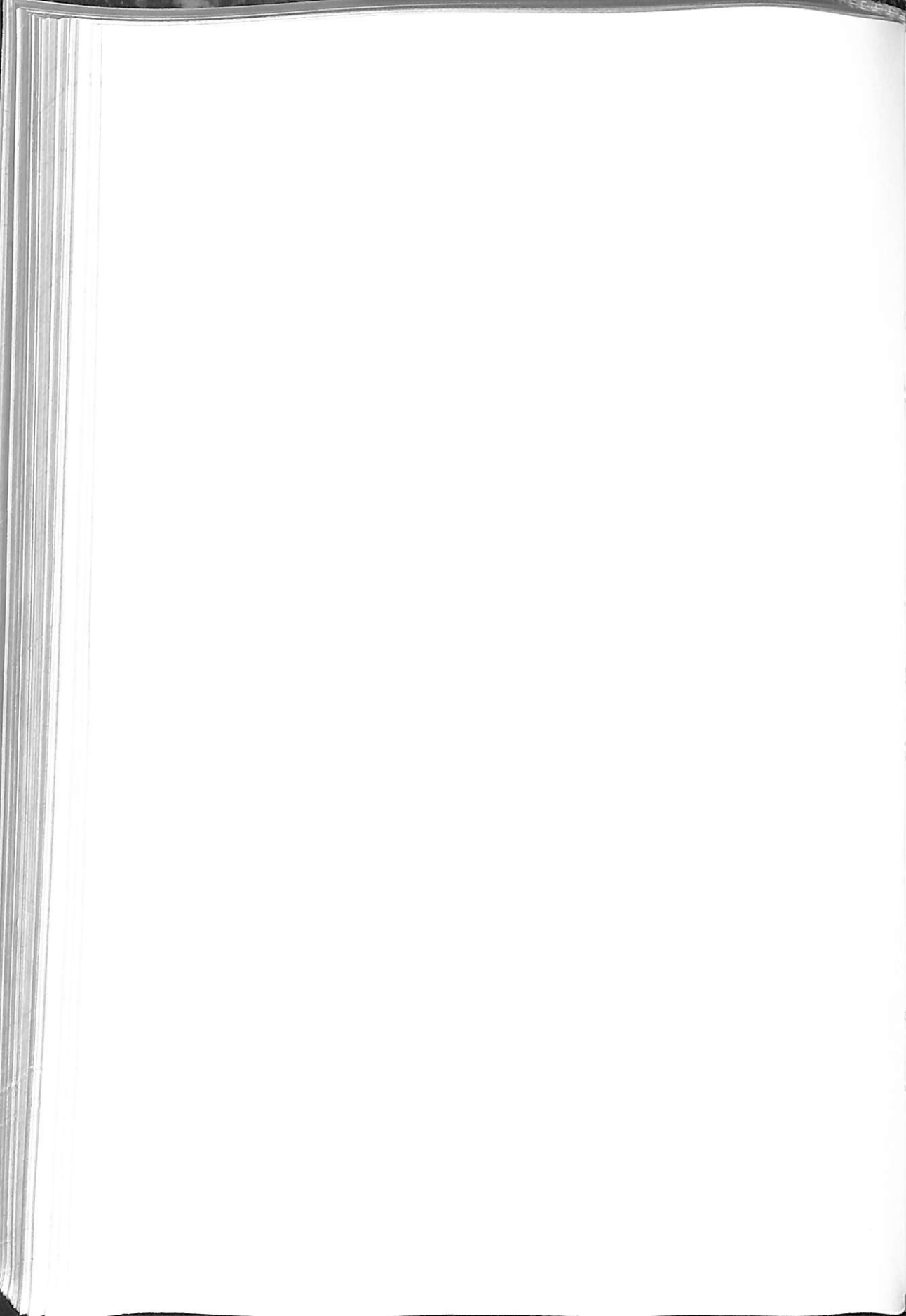
*Les articles originaux ainsi que les communications
de la Société des Sciences Médicales sont publiés
sous la responsabilité unique de leurs auteurs.*

La Rédaction.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg
Rédacteur: Dr. René Koltz, Junglinster
Chronique de l'Association: Dr. Pierre Felten, Luxembourg
Publicité: Dr. P. Goerens, 5, rue Jean Origer, Luxembourg

SOMMAIRE

Henri Loutsch	Le traitement pré-opératoire des hyperthyroïdies	1
Simon Hertz	Intérêt de la baryte épaisse dans l'examen radiologique de l'estomac	11
Simon Hertz	Sur un cas de cancer de l'intestin grêle	17
Frédéric Hippert	Sur un cas d'hépatomégalie infantile isolée.	23
Mathias Reiles	Malformation congénitale. Monstre double	27
Roger Noesen	Die Narkoanalyse in der psychiatrischen und gerichtsärztlichen Praxis	31
Roger Noesen	Actualités neuro-psychiatriques	45
H. Brabant, L. Klees R. Philippart	Coalescence, fusion, gémation et conrescence dentaires	51
Ginette Kohner et Mathias Reiles	La mortalité infantile au Grand-Duché de Luxembourg	59
Norgaard	Die Tuberkulose in Dänemark und ihre Bekämpfung	83
O. M. S.	Une seule cure de pénicilline peut-elle guérir la syphilis?	89
François Delvaux	Glossen zur Frage der künstlichen Befruchtung beim Menschen	93
Charles Jones	Voyage médical aux thermes de l'Etat de la France	105



Le traitement pré-opératoire des hyperthyroïdies

par *Henri Loutsch*

Lors d'un voyage que je fis aux Etats-Unis en hiver 1946/47 j'avais pris connaissance, notamment à la Lahey Clinic de Boston (Mass.) du l'utilisation des dérivés du thiouracil dans la préparation opératoire des malades atteints de goître exophtalmique. Depuis mon retour en mars 1947 jusqu'à ce jour j'ai préparé systématiquement tous mes malades hyperthyroïdiens par les dérivés de ce médicament thyroïdohibiteur et ce sont les résultats de ma statistique portant sur deux ans, que je voudrais étudier dans cet exposé. J'ai arrêté ma statistique en mai 1949 pour pouvoir dans un deuxième article envisager les résultats éloignés de la thyroïdectomie. Elle porte ainsi sur l'étude de 31 cas. Je tiens à préciser immédiatement que je n'envisage pas le traitement médical de l'hyperthyroïdie par les thyroïdohibiteurs mais uniquement la préparation préopératoire à l'intervention chirurgicale.

Dans son rapport au 48^e Congrès de Chirurgie de Paris, Monsieur le Professeur Petit-Dutaillis écrivait: «Le plaidoyer en faveur de la thyroïdectomie dans les syndromes hyperthyroïdiens n'est plus à faire... La proportion et la qualité de ses résultats éloignés en font le traitement de choix des hyperthyroïdies.»

Je pense pour ma part que cette affirmation est encore plus vraie depuis que nous avons dans le thiouracil et ses dérivés un moyen simple, efficace et contrôlable de préparer les malades à l'intervention, rendant celle-ci pratiquement inoffensive. En effet si avant l'ère des thyroïdohibiteurs tout le monde était d'accord sur les bons effets éloignés de la thyroïdectomie, beaucoup de médecins craignaient les suites immédiates de cette intervention, réputée, et souvent non sans raison, dangereuse et grave. Je pense qu'à l'heure actuelle ces craintes ne sont plus justifiées.

Je sais parfaitement bien que le traitement préopératoire par les dérivés du thiouracil n'a plus rien d'original à l'heure présente, qu'il est bien connu et employé par beaucoup de chirurgiens. Aussi la raison pour laquelle j'ai cru faire oeuvre utile en reve-

nant sur cette question et apporter les conclusions de mon expérience en cette matière est double. D'une part d'un peu partout des voix se sont fait entendre mettant en garde contre l'inefficacité à longue échéance du traitement médical des hyperthyroïdies, les récurrences survenant après arrêt du traitement; et contre les dangers que peut présenter un traitement prolongé, à cause de la toxicité des produits thyroïdostatiques. De telles critiques, dont le bienfondé semble hors de doute, risquent de jeter le discrédit également sur le traitement préopératoire par ces médicaments. D'autre part et notamment en France on semble hostile à cette thérapeutique et de récentes communications, notamment celle de Monsieur Welti à l'académie de Chirurgie (séance du 16 juin 1948) sont nettement en défaveur. Je ne puis m'expliquer les mauvais résultats obtenus par le Maître de la chirurgie thyroïdienne française, qui sont en contradiction absolue avec ce que j'ai pu voir moi-même, que par l'emploi d'un produit différent. En effet en France le produit employé n'est pas un dérivé du thiouracil, mais l'aminothiiazol, dont la formule chimique est très différente.

Je n'insisterai pas sur l'action du thiouracil sur le corps thyroïde, cette question sortant de ma compétence et ayant été bien étudiée notamment aux Etats-Unis par les travaux d'Astwood, Mac Kenzie, de Rawson et de multiples autres auteurs. Je veux simplement rappeler que d'après les travaux de ces auteurs on admet que le thiouracil et ses dérivés bloquent les cellules acineuses de la thyroïde, empêchant la formation d'hormone thyroïdienne. Par ailleurs la déficience d'hormone thyroïdienne semble avoir une action stimulante réflexe sur le lobe antérieur de l'hypophyse; il en résulte une sécrétion augmentée d'hormone thyroïdienne, qui à son tour détermine une hyperplasie et une augmentation de la vascularisation du corps thyroïde. Ces notions sont importantes à connaître, car elles expliquent l'effet favorable du médicament dans le traitement du goître exophtalmique en freinant l'hyperthyroïdie par le blocage de la formation de thyroxine; mais d'autre part la stimulation de la sécrétion de l'hormone thyroïdienne de l'hypophyse explique également l'augmentation pour ainsi dire constante du goître au cours du traitement, et l'hypervascularisation du goître. Cette dernière a frappé et gêné beaucoup les premiers chirurgiens qui se sont occupés de la question. Elle aurait été suffisante d'ailleurs par les complications opératoires qu'elle entraînait, à faire abandonner la médication thyroïdostatique préopératoire, si on ne s'était pas rendu compte qu'il suffisait d'ajouter un traitement par l'iode pour empêcher cette hypervascularisation, grâce à l'action d'involution bien connue de l'iode.

Parmi les dérivés du thiouracil j'ai utilisé *le méthylthiouracil en 1947*, c'est à dire pour mes premières 16 observations, et pour les dernières, depuis 1948 où j'ai pu seulement me le procurer, *le propylthiouracil*, dont la toxicité, d'après les travaux améri-

cains, serait la moindre. Je n'ai personnellement d'ailleurs vu aucune différence entre ces deux médicaments, qui me semblent aussi bon l'un que l'autre.

Je tiens à signaler tout de suite que je n'ai observé dans aucun cas des complications dues au traitement.

— Je n'ai pas eu l'occasion de voir des accidents *d'intolérance*: ni troubles digestifs, ni troubles hépatiques, ni urticaire. En somme il n'a jamais été nécessaire d'abandonner la médication. Par ailleurs, au début de l'utilisation du médicament, j'ai fait dans quelque cas un contrôle régulier de la formule hématologique sans trouver dans aucun cas une modification de la formule blanche. Je pense que ceci n'a rien d'étonnant, car employant le médicament seulement dans un but préparatoire je ne l'ai pas employé longtemps (au maximum pendant deux mois).

— Je n'ai jamais assisté à l'aggravation de l'hyperthyroïdie, mais j'ai assisté à une amélioration, presque toujours progressive, quelquefois assez lente à se manifester (obs. 5). Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer un cas réfractaire au traitement, mais ma statistique étant relativement courte je n'en puis tirer d'argument.

— Je n'ai évidemment pu voir de *récidive* car quand mes malades étaient arrivés au stade opérable par la préparation, je n'ai pas différé l'intervention.

Pour apprécier l'amélioration due au traitement préopératoire j'ai tenu compte des trois facteurs classiques: M. B. pouls et poids. Dans tous les cas j'ai pu ramener par le traitement le M. B. aux environs de +20 à 25, le pouls à un rythme raisonnable (80 à 90) et presque tous les malades ont accusé une augmentation de poids. En somme j'ai pu opérer mes malades dans des conditions favorables et les résultats ont été en conséquence: suites opératoires simples sans incidents graves et guérison rapide sans mortalité.

Voici comment schématiquement je conduis le traitement préopératoire: Je donne une dose quotidienne de 400 mgr. de méthyl- ou propylthiouracil, à raison de 200 mgr. le matin et 200 mgr. le soir. A ce traitement j'ajoute une thérapeutique par les barbituriques en donnant de préférence un comprimé de luminal de 0,10 gr. matin et soir également. Ce traitement est continué jusqu'à ce que le M. B. soit tombé aux environs de + 20 %. La durée est donc variable suivant la gravité du cas allant de 15 jours dans les cas légers jusqu'à deux mois ou qq. fois plus dans les cas graves.

A ce traitement il faut ajouter de l'iode pour empêcher l'hypervascularisation de la glande signalée plus haut. Dans les cas légers je donne l'iode dès le début; dans les cas graves, dès que le M. B. est tombé je supprime les thyroïdostatiques et je donne les derniers 8 à 10 jours avant l'intervention, de l'iode seule. Je suis resté fidèle pour la médication iodée à la solution

de Lugol dont je donne habituellement trois fois 5 gouttes par jour.

Toute médication est arrêtée le jour de l'intervention.

Aucun régime alimentaire spécial avant l'intervention.

Dans les cas sévères les malades sont hospitalisés et mis au repos et au silence pendant la période préparatoire, comme il est classique de le faire (8 cas). Par contre dans les cas légers et moyens, qui sont la majorité, le traitement est fait à domicile avec contrôle hebdomadaire. Le malade est admis à l'hôpital qqs. jours avant l'intervention.

Quant à l'intervention elle-même permettez-moi d'ajouter qq. détails techniques:

— j'utilise toujours l'anesthésie locale.

— je ne sectionne pratiquement jamais les muscles sous-thyroïdiens.

— je lie toujours les 4 pédicules vasculaires ce qui rend l'intervention pratiquement exsangue. J'ai hésité pendant longtemps à employer cette quadruple ligature, par crainte d'accidents, notamment de tétanie post-opératoire, mais depuis que j'ai vu Lahey l'utiliser systématiquement et qu'il m'a déclaré n'en avoir jamais vu d'inconvénient, j'en suis devenu partisan et je n'ai jamais eu à m'en plaindre.

— pour éviter les récives je fais une exérèse très poussée de la glande ne laissant de chaque côté qu'une mince bande postérieure de tissu thyroïdien. Dans un seul cas (obs. 6) j'ai vu s'installer dans les suites post-opératoires un léger myxoedème qui a cédé en qq. semaines à un traitement par l'extrait thyroïdien.

— je suture toujours soigneusement en fin d'intervention les muscles peauciers, je place deux drains *latéraux*, ce qui me semble important pour la bonne cicatrisation, le drain médian laissant toujours une petite dépression disgracieuse. Ces drains sont enlevés le 2^e jour.

Quels sont les avantages de la préparation des malades hyperthyroïdiens à l'intervention chirurgicale par les thyroïdohibiteurs? D'accord sur ce point avec de nombreux chirurgiens j'en vois surtout trois: l'un dans la phase pré-opératoire, l'un au cours de l'intervention et le 3^e dans la phase post-opératoire.

— *Dans la phase pré-opératoire* il n'est généralement pas nécessaire, exception faite des cas graves, d'hospitaliser les malades. Le traitement peut être fait à domicile. Ceci est très important à notre époque où les hôpitaux sont surpeuplés et où on manque pour ainsi dire partout de lits. Par ailleurs pour les malades il en résulte une sérieuse économie.

— *L'intervention elle-même* est facilitée grandement par le traitement préopératoire ainsi conduit, le malade étant dans des conditions excellentes pour la subir. Je pense qu'il n'est pratiquement jamais nécessaire de multiplier les temps opératoires et que l'on peut, même dans les cas graves, faire la thyroïdectomie subtotale en un temps. Pour ma part j'ai toujours pu la faire.

— Enfin les suites opératoires sont devenues beaucoup plus simples qu'autrefois et je n'ai plus vu les graves accidents thyrotoxiques que nous craignons tant autrefois.

En terminant ce court exposé je voudrais bien préciser ma pensée pour mettre les choses nettement au point:

— Je n'ai envisagé que le traitement pré-opératoire par les thyroïdostatiques sans vouloir du tout parler du traitement médical de l'hyperthyroïdie.

— Je n'envisage que l'effet de cette médication sur l'intervention elle-même et les suites opératoires immédiates, laissant de côté les suites éloignées de la thyroïdectomie sur l'évolution de la maladie de Basedow et ses différentes manifestations: exophtalmie, troubles cardiaques notamment, que j'envisagerai dans un autre article.

— Enfin je ne crois pas que l'introduction des thyroïdostatiques dans l'arsenal thérapeutique pré-opératoire joue le même rôle que ne le fit il y a qq. trente ans l'introduction de la préparation iodée pour ces malades. L'iode a réellement rendu possible la chirurgie de l'hyperthyroïdie et son utilisation a été à l'époque une véritable révolution. Je pense néanmoins que les thyroïdostatiques et notamment les dérivés du thiouracil constituent une arme thérapeutique très utile dans la préparation des malades à l'intervention chirurgicale, rendant celle-ci pratiquement inoffensive.

Observations:

- Obs. 1: Th. J. — 27 ans. - Cas très grave. M. B. à +120% - extrême nervosité - tachycardie, tremblement, légère exophtalmie, fort amaigrissement: 50 kg. - Traitement préopératoire pendant deux mois. M. B. à 27%. - Opération. - Suites très simples.
- Obs. 2: Mad. U. N. — 37 ans. - Cas grave. M. B. +75% - extrême fatigue, tremblement tachycardie, dyspnée d'effort et au repos, amaigrissement. Traitement préopératoire pendant 30 jours. M. B. à +22%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 3: Mad. F. — 58 ans. - Cas moyen. - Volumineux goitre, tachycardie, tremblement. M. B. à 48%, Traitement préop. pendant 3 semaines M. B. +24%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 4: Mad. E. — 29 ans. - Cas léger. - M. B. +35%. - tachycardie, nervosité, hypertrophie thyroïdienne modérée. traitement préop. très irrégulier pendant 4 mois. Malade indocile interrompant fréquemment le traitement. A chaque fois les troubles réapparaissent de sorte qu'elle reprend le traitement. Impossible de connaître la dose totale prise. - 3 jours av. l'intervention M. B. +16%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 5: Mad. H. — 63 ans. - Cas grave et très complexe. - Récidive de Basedow opéré il y a 25 ans. Très mauvais état général. insuffisance ventriculaire gauche, un début de décompensation des cavités droites, M. B. +48%. - Traite-

- ment: Pendant les premières 3 semaines aucune amélioration. on continue, au bout de trois autres semaines amélioration très nette. M. B. +23%. - Opération. - Suites assez mouvementées avec fièvre mais sans être jamais inquiétantes. Pouls touj. bon. - Guérison totale.
- Obs. 6: Melle Kl. — 37 ans. - Gravité moyenne. - M. B. +36%, légère exophtalmie - tachycardie, nervosité, instabilité, tremblement. - Trait. pend. 3 semaines. M. B. +5%. - Opération. Suites simples. - Cette malade fait par la suite de petits accidents de myxoedème. M. B. 16% deux mois après l'opération. Extr. de thyroïde. - Guérison.*
- Obs. 7: Mad. L. — 38 ans. - Grav. moyenne. - M. B. +38%, tachycardie, tremblement, ménorrhagies, nervosité très grande, goitre assez volum. - Trait. pend. 3 semaines: M. B. +20%. Opération. - Suites simples.*
- Obs. 8: Mad. M. — 40 ans. - Grav. moyenne. - M. B. +48% tachycardie, extrasystoles, légère exophtalmie, goitre moyen. Trait. pend. 60 jours: M. B. +23%. - Opération. - Suites simples. - Extrasystoles persistent après l'intervention pendant 6 mois, puis disparaissant.*
- Obs. 9: Mad. B. — 33 ans. - Cas moyen. - M. B. +47% goitre, tremblement, tachycardie. Trait. très irrégulier pendant 40 jours, avec interruption de 20 jours entre les dix premiers et les 10 derniers jours. M. B. +19%. - Opération. - Suites simples.*
- Obs. 10: H. — 30 ans. - Cas léger. - Légère hyperthyroïdie chez un malade présentant un goitre volumineux. M. B. à 32% Trait. pend. 20 jours. M. B. +12%. - Opérations. - Suites simples.*
- Obs. 11: Kr. — 62 ans. - Cas moyen. - M. B. +40% - tachycardie, tremblement, agitation extrême. Malade très indocile, habitant la campagne, ne se présentant pas régulièrement et prenant les médicaments de façon très irrégulière. A pris en tout pendant 3 mois 8 g de méthylthiourist. M. B. +12%. Opération. - Après 10 jours de Lugol à l'hôpital. - Suites simples.*
- Obs. 12: Melle B. — 21 ans. - Gravité moyenne. - M. B. +60% tachyc. goitre moyen. Trait. pend. 40 jours: M. B. +23%. Opération. - Suites simples.*
- Obs. 13: Melle M. — Gravité moyenne. - M. B. 43% - tachycardie, tremblement, goitre moyen, Trait. pendant 30 jours: M. B. +27%. - Une infection intercurrente doit faire remettre l'intervention. Pend. ce temps pas de traitement. On le reprend 15 jours avant l'opération en ajoutant du Lugol: M. B. +19%. - Opérations. - Suites simples.*
- Obs. 14: Mad. N. — 21 ans. - Cas grave. - M. B. +90%. - exophtalmie, tachyc. tremblement, goitre moyen, poids 60 kg. Trait. pendant 40 jours M. B. +23% - Poids 66 kg. - Opération. - Suites simples.*

- Obs. 15: Melle S.* — 36 ans. - M. B. +42% - tachycardie, tremblement, extrême nervosité, forte exophtalmie, goitre assez volumineux. Traitement pendant 3 semaines. M. B. +21%. Opérations. - Suites simples.
- Obs. 16: Mad. M.* — 41 ans. - Cas léger. - M. B. +35% - tachycardie, nervosité, léger tremblement, goitre nodulaire. - Traitement pend. 10 jours. M. B. +20%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 17: Mad. S.* — 34 ans. - Cas moyen. - M. B. +45% tachycardie, tremblement, goitre moyen. - Trait. pend. 35 jours: M. B. +13%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 18: Mad. Sch.* — 45 ans. - Cas grave. - M. B. +50% tachyarythmie + asystolie, oedèmes. - Goitre moyen, exophtalmie. - Traitement pendant 6 semaines avec en plus tonocardiaques. - M. B. +24%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 19: Mad. D.* — 54 ans - Cas léger. - M. B. +31% - tachycardie, extrasystoles, tremblement, goitre moyen. - Traitement pendant 15 jours M. B. +24%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 20: Mad. G.* — 59 ans. - Cas moyen non amélioré par le traitement médical du thiouracil. Récidives après arrêt. M. B. +50% - tachycardie, palpitations, extrasystoles, nervosité. Goitre assez important. Traitement pendant 3 semaines: M. B. 27%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 21: Melle E.* — 34 ans. - Cas moyen. - M. B. +54% tachycardie, tremblement, goitre moyen. - Traitement pendant 6 semaines: M. B. +30%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 22: Melle Ri.* — 29 ans. - Cas grave. - M. B. +59%. Très forte nervosité, pleurs fréquents, tachycardie, tremblements, exophtalmie légère, goitre assez volumineux, poids 59 kg. Traitement pendant 5 semaines: M. B. +27%. - Poids 68 kg. Opération. - Suites simples.
- Obs. 23: Mad. Ri.* — 59 ans. - Cas moyen. - M. B. +43% tachycardie, tremblement, goitre assez volumineux. - Traitement pendant 3 semaines: M. B. +15%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 24: Melle Re.* — 33 ans. - Cas moyen. - M. B. +44% tachycardie, tremblement, amaigrissement survenu assez brusquement. - Goitre moyen. - Traitement pendant 3 semaines: M. B. +27%. - Pas de changement de poids. - Opération. Suites simples.
- Obs. 25: R.* — 34 ans. - Cas léger. - M. B. +33%. - Goitre assez volumin, tachycardie, tremblement. - Traitement pendant 10 jours: M. B. +19%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 26: Mad. D.* — 59 ans. - Cas grave. - M. B. +60%. - Début assez brusque rapide amaigrissement de 12 kg en 2 mois, tachycardie, tremblement, insomnie nervosité, goitre de volume moyen. - Traitement pendant 45 jours: M. B. +24%. - Augmentation de poids de 6 kg. - Opération. - Suites simples.

- Obs. 27: Mad. J.* — 45 ans. — Cas grave. — Asystolie complète avec lésion du myocarde (E.K.G.) tachyarythmie, oedèmes, gros foie, forte exophtalmie, très gros goitre. - M. B. +80%. Au repos et traitement pendant 2 mois, tonicardiaques. Régression de l'asystolie en 3 semaines. M. B. +25%. - Opération. - Suites simples.
- Obs. 28: Mad. R.* — 52 ans. - Cas moyen. - M. B. +58% tachycardie, tremblement, nervosité, goitre assez volumineux. Traitement pendant 3 semaines: M. B. +28%. - Opération. Suites simples.
- Obs. 29: Melle Sch.* — 47 ans. - Cas moyen. - M. B. +72% tachycardie, tremblement, nervosité insomnie, goitre peu important. - Traitement pendant 6 semaines: M. B. +30%. Puis interruption refuse l'intervention. - Troubles réapparaissent. Reprend le traitement 4 mois plus tard. M. B. +26%. Opération. - Suites simples.
- Obs. 30: Melle N.* — 24 ans. - Cas moyen. - M. B. +96%, tachycardie, tremblement, nervosité, goitre moyen, légère exophtalmie. Traitement pendant deux mois: M. B. +24%. Opération. - Suites simples.
- Obs. 31: Mad. Z.* — 36 ans. - Cas léger. - M. B. +37% - tachycardie, très nerveuse, tremblement, goitre assez important. Traitement irrégulier, de durée impossible à préciser. M. B. +20%. - Opération. - Suites simples.

Lokale Behandlung von rheumatischen und ähnlichen Erkrankungen mit

Transvasin

Die in TRANSVASIN enthaltenen neuen Verbindungen sind so aufgebaut, daß sie rasch und reizlos durch die Haut dringen. Am Ort der Erkrankung werden dadurch Konzentrationen der Wirkstoffe erreicht, wie man sie nur mit viel größeren peroralen Gaben erzielen kann.

TRANSVASIN ermöglicht eine **magen- und herzschonende Salizylsäuretherapie**, da der darin enthaltene neue Salizylsäureester stark und rasch durch die Haut penetriert.

TRANSVASIN verursacht eine **bedeutende und langandauernde Gefässerweiterung** und somit eine **bessere Durchblutung** dank der Kombination zweier Nikotinsäureester.

TRANSVASIN lindert den Schmerz durch die **analgetische Komponente**, welche auch eine **direkte therapeutische Wirkung** besitzt.

Indikationen:

Muskelrheumatismen (Myalgien, Hexenschuss usw.), Neuralgien, Neuritiden (Ischias), rheumatische Gelenkerkrankungen, rheumatischer Schiefhals, Schleimbeutelentzündungen, Nervenentzündungen usw.

In klinischen Versuchen wurden bemerkenswerte therapeutische Erfolge mit TRANSVASIN erzielt.

HAMOL AG., ZÜRICH
PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG

GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG

PROPHAC

Baudouinstrasse, 25 LUXEMBURG Telefon: 30-73

SANALEPSI RUSSI

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires.

NEODIGESTASE

anciennement DIGESTASE RUSSI
Ferments peptiques en solution glycéinée.

HEPARENZYME RUSSI

Lipase hépatique en solution glycéinée.

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 Beaudouin LUXEMBOURG Téléphone: 30-73

Intérêt de la baryte épaisse dans l'examen radiologique de l'estomac

par *Simon Hertz*

L'examen radiologique standard du tube digestif, malgré les renseignements importants qu'il nous apporte, ne permet pas de déceler toutes les lésions ulcéreuses gastro-duodénales. Pour parer à cette déficience diverses méthodes ont été proposées, la méthode de Porcher utilisant la morphine, surtout indiquée pour l'exploration du duodenum, la méthode des plis avec ou sans compression, intéressante dans certains cas de lésions des parois gastriques. Néanmoins un certain nombre de lésions échappent à ces investigations. Or une observation fortuite a attiré notre attention sur l'avantage d'utiliser la baryte épaisse dans la recherche de ces ulcères latents. En quelques mois nous avons réussi à trouver radiologiquement des lésions ulcéreuses, impossibles à mettre en évidence par une autre méthode; c'est pourquoi nous croyons utile d'attirer l'attention sur cette méthode simple d'exploration radiologique complémentaire des voies digestives supérieures.

Quelques cas choisis parmi les observations récentes permettront d'en montrer l'intérêt.

Observation N° 1

Notre cas princeps est celui de Monsieur H. A., âgé de 44 ans. Il vient nous voir au début de 50 pour des troubles digestifs. Il s'agit d'une part de «picotements» au niveau de la région épigastrique et précordiale, survenant immédiatement après les repas, accompagnés de gêne respiratoire, durant environ une demi-heure et cédant spontanément. D'autre part il se plaint de douleurs épigastriques à type de crampes, survenant trois heures après les repas, non soulagées par les repas ou par le décubitus, mais améliorées par le bicarbonate. Ces manifestations existent depuis trois semaines chez un malade sans aucun antécédant digestif.

L'examen à la baryte simple ne montrant aucune anomalie, on donne au malade un traitement d'épreuve.

Cependant quelques mois plus tard une deuxième poussée reproduisant les signes initiaux ramène le malade à notre consultation. La notion d'un intervalle libre et d'une périodicité fait suspecter une lésion ulcéreuse. Néanmoins l'examen radiologique à la baryte simple est négatif. Pour éliminer toute lésion oesophagienne susceptible de causer la gêne respiratoire précoce, nous faisons absorber au malade un peu de baryte épaisse. Une grosse niche apparaît, située au niveau du tiers supérieur de la face postérieure de l'estomac. Dans la suite une observation prolongée permet de voir la régression et la disparition progressive et complète de la niche volumineuse et des troubles fonctionnels. Notons en passant qu'à la gastroscopie nous n'avons pas pu voir cette lésion; il s'agit en effet d'une des zones obscures de l'estomac à la gastroscopie. Malgré l'absence de confirmation opératoire, l'aspect de cette niche et son évolution permettent de poser le diagnostic d'ulcère bénin de la face postérieure de l'estomac, révélé uniquement par la baryte épaisse.

Observation N° 2

Monsieur R., âgé de 57 ans, vient nous voir en Juin 50 pour des troubles digestifs périodiques. Depuis 20 ans il se plaint de douleurs épigastriques tardives crampoïdes et calmées par des vomissements alimentaires tardifs ou par l'absorption de quantités considérables de bicarbonate. Ces douleurs ont une évolution périodique typique. Les intervalles libres, ayant été de plusieurs années au début, sont devenus de plus en plus courts. La dernière période douloureuse a continué pendant plusieurs mois et s'est accompagnée d'une repercussion sur l'état général.

Un examen radiologique fait en juin 44 n'avait montré aucune lésion. Lorsque nous voyons le malade à la baryte simple, nous trouvons une très grande quantité de liquide à jeun avec hypercinésie considérable, un spasme prolongé du pylore et un très gros retard à l'évacuation gastrique. Aucun des clichés faits dans les diverses positions avec ou sans compression ne permet de déceler une lésion gastrique ou duodenale expliquant cette sténose pylorique évidente. Nous essayons alors la baryte épaisse: elle nous montre en décubitus ventral une niche évidente de la portion verticale de la petite courbure, niche à base large, à sommet aigu, à bords nets. La gastroscopie permet de voir facilement un ulcère typique de la petite courbure avec zone inflammatoire très étendue.

Le malade est mis à un traitement et un régime très sévères pendant quelques semaines. Devant la persistance des lésions radiologiques et gastroscopiques, malgré la disparition des troubles fonctionnels, on pose l'indication opératoire.

A l'intervention faite le 7. 8. 50, on trouve une niche ulcéreuse du versant postérieur de la petite courbure, macroscopiquement et histologiquement bénigne.



Baryte simple 16. 3. 50



Baryte épaisse 7. 6. 50

Observation No. 1

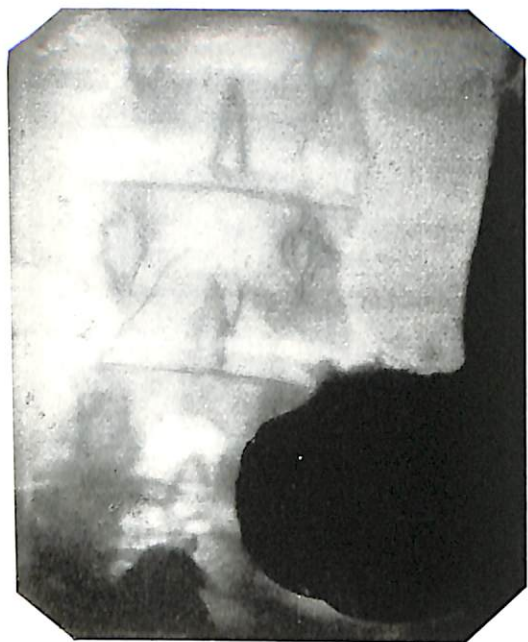


Baryte simple 16. 6. 50



Baryte épaisse 17. 6. 50

Observation No. 2



Baryte simple 12. 8. 50



Baryte épaisse 16. 8. 50

Observation No. 3



Baryte simple 19. 9. 50



Baryte épaisse 27. 9. 50

Observation No. 4

Il est difficile de comprendre pourquoi un ulcère, situé au niveau de la petite courbure et entouré d'une zone inflammatoire très étendue, n'a pas eu d'expression radiologique à la baryte simple.

Observation N° 3

Monsieur H. F. est un malade de 35 ans se plaignant depuis plusieurs années de douleurs périodiques tardives à évolution caractéristique. Le syndrome ulcéreux, certain cliniquement, n'a cependant pas encore eu de confirmation radiologique. Trois examens faits par des confrères compétents n'ont pas montré de lésion apparente. Nous ne sommes pas plus heureux lorsque nous examinons le malade à la baryte simple en Août 50. Quoique cherchant la lésion et multipliant les clichés il nous est impossible de décèler un aspect anormal. Devant l'insistance du malade sur l'intensité de ses douleurs nous pratiquons encore un examen à la baryte épaisse. Une déformation triangulaire de l'angle apparaît évidente sur plusieurs clichés et permet de poser le diagnostic d'ulcère gastrique. Comme le traitement d'épreuve est inefficace, le malade est opéré. A l'intervention une niche ulcéreuse plate et bénigne est trouvée au niveau de l'angle de l'estomac.

Ici encore, pièce en mains, on ne peut comprendre l'infidélité de l'exploration radiologique à la baryte simple dans le dépistage de cette ulcération plate.

Observation N° 4

Monsieur G. A., âgé de 33 ans, vient nous voir en Septembre 50 pour des troubles digestifs discrets. Il se plaint en effet d'une gêne épigastrique à type de lancements, survenant une heure après les repas, accompagnée d'irradiation ascendante durant une heure, non calmée par les aliments ou le repos. Ces troubles surviennent par périodes de trois jours déclenchés par des émotions et séparés par des intervalles d'un an. Ces périodes douloureuses courtes auraient pu orienter vers une pathologie vésiculaire, n'y eût-il eu une exploration radiologique négative. Aussi plusieurs confrères avaient-ils essayé de trouver un ulcère, mais tous les examens radiologiques avaient été négatifs.

Incapable de décèler une lésion à l'exploration à la baryte simple nous recourrons à la baryte épaisse. Elle nous permet sur plusieurs clichés de fixer une image caractéristique d'ulcère de la partie haute de la petite courbure.

Nous n'avons pas la confirmation opératoire puisque, bien entendu, nous n'avons guère envisagé une intervention pour un syndrome fonctionnel aussi discret et avec une localisation si difficilement abordable chirurgicalement. Néanmoins la baryte épaisse a permis de faire un diagnostic dans une région difficilement examinable et impossible à comprimer.

Observation N° 5

Monsieur S. J. est un ouvrier de 42 ans qui se plaint de troubles digestifs remontant à 5 ans. Depuis son retour du camp

de concentration il a des crampes épigastriques survenant une heure et demie après les repas et irradiant vers la région thoracique gauche. Inconstante au début et calmée par les repas la douleur est devenue beaucoup plus violente, plus fréquente, plus persistante. Les aliments n'ont plus aucun effet sédatif, et seules les régurgitations glaireuses tardives atténuent un peu l'intensité des ces manifestations douloureuses. L'anorexie globale avec amaigrissement assez important s'est surajouté au syndrome fonctionnel.

Nous sommes très surpris lorsque l'examen radiologique simple ne permet pas de trouver une anomalie radiologique en dehors de l'existence de liquide à jeun. La baryte épaisse nous permet ici encore de déceler une évagination volumineuse digitiforme, de la petite courbure avec *ulcus wall*, des bords étendus et un sommet estompé. A la gastroscopie on voit une ulcération large, recouverte, d'une fausse membrane à bords nets sans réaction inflammatoire. Au moment de la rédaction de cet article le traitement d'épreuve est en cours et il est fort probable que l'on sera conduit à une intervention chirurgicale.

On ne peut concevoir la raison pour laquelle une lésion creusante de la petite courbure n'a pu donner une expression radiologique à la baryte simple.

Observation N° 6

Monsieur D. P., âgé de 33 ans, a subi il y a 5 ans une gastrectomie pour ulcère duodénal. Depuis lors il se plaint de douleurs épigastriques irrégulières irradiant vers le thorax, calmées incomplètement par les aliments et ne présentant ni horaire ni périodicité. Divers examens radiologiques ont été négatifs. Un seul examen fait en Italie aurait montré un petit ulcère. Nous essayons par la compression de la bouche et de l'anse éfferente de mettre en évidence l'ulcère, mais nous ne parvenons pas à déceler une anomalie quelconque. Nous avons recours alors à la baryte épaisse; elle nous permet de déceler aisément un petit ulcère situé immédiatement au-dessus de l'anastomose.

L'ensemble de ces observations qui ne résume pas la totalité de nos cas, montre donc l'intérêt de cette méthode d'exploration complémentaire. Elle est d'une simplicité extrême et ne nécessite aucune technique spéciale. On utilise une baryte ayant la consistance de celle, employée habituellement pour l'étude radiologique de l'oesophage.

Les indications de son emploi sont plus délicates à poser. En principe nous ne l'employons que lorsque l'examen à la baryte simple a été négatif en présence d'une histoire clinique évocatrice de lésion organique. Elle ne peut remplacer l'étude à la baryte simple puisque dans quelques cas de lésions ulcéreuses trouvées par l'examen standard la technique de la baryte épaisse ne nous a montré aucune déformation. Il semble donc qu'il y ait des cratères plus aisément pénétrables dans quelques cas par la baryte simple, dans d'autres par la baryte épaisse.



Baryte simple 21. 8. 50



Baryte épaisse 22. 8. 50

Observation No. 5



Baryte simple 16. 5. 50



Baryte épaisse 9. 6. 50

Observation No. 6



Nous ne pouvons fournir aucune interprétation de cette particularité; tout au plus peut-on émettre l'hypothèse du rôle de la viscosité de la baryte ou des tensions superficielles. En pratique ces deux méthodes sont complémentaires et nullement opposées.

Quelle est la valeur relative de cette méthode vis-à-vis de la méthode des plis ou l'utilisation de la morphine, nous ne saurions le dire encore. Cependant signalons que de l'avis même de Porcher la morphine s'applique au dépistage des lésions difficiles à trouver du bulbe beaucoup plus qu'à celles de l'estomac. La méthode des plis à son utilité, nous ne voulons la discuter ici, elle donne cependant des résultats souvent aléatoires.

Enfin il est superflu de vouloir opposer cette technique spéciale à la gastroscopie. Nous avons vu que dans certains cas la gastroscopie confirmait les lésions dans d'autres elle n'a pas permis de les déceler. Il est probable, quoique notre expérience soit encore trop récente pour le prouver, que dans un certain nombre de cas la gastroscopie sera plus fidèle que l'examen radiologique.

En pratique il faut se laisser guider par la clinique. Lorsque l'examen à la baryte simple n'a pas montré de lésion expliquant le tableau clinique nous estimons que des examens complémentaires doivent être pratiqués, parmi lesquels cette nouvelle méthode semble un des moyens les plus simples pour étendre les limites du radiodiagnostic des lésions gastriques.

SQUIBB...



la gamme complète des Pénicillines

ADMINISTRATION
PARENTERALE

- **PENICILLINE G. potassique**
cristallisée tamponnée: fiole
de 200.000 U.

FORMES RETARD:

- ⊗ **CRYSTICILLINE FORTE**
injectable en suspension
aqueuse:
fiole de 400.000 U. — 1 am-
poule eau dist. purissime;
fiole de 2.000.000 U.

- **CRYSTICILLINE « S ».**

PRETE A L'EMPLOI

300.000 U. de pénicilline-
procaine en suspension
aqueuse avec seringue en
matière plastique.

APPLICATIONS
LOCALES

- **POMMADE DERMIQUE**
à 1.000 U. et 10.000 U./g.
tube de 28 g.

- **POMMADE OPHTALMIQUE**
à 1.000 U./: tube de 3,6 g.

ADMINISTRATION
PERORALE

- **COMPRIMES** à 50.000 U.
de pénicilline G potassique;
boîte de 6.

Labat

Sur un cas de cancer de l'intestin grêle

par Simon Hertz

Pour la plupart des auteurs le cancer de l'intestin grêle reste une maladie rare, dont le diagnostic n'est envisagé qu'en présence d'accidents occlusifs aigus. Cependant l'utilisation de nouvelles méthodes d'exploration du grêle semble permettre un diagnostic plus précoce, comme le prouve l'observation suivante.

En Juni 1950 une femme de 56 ans vient nous voir pour des troubles digestifs d'apparition récente. Depuis 4 mois elle se plaint de gêne abdominale et de vomissements. La gêne abdominale survient en général quelques heures après les repas. Elle siège dans la région épigastrique gauche. C'est une impression de pesanteur continue durant pendant une demi-heure environ. Elle se termine soit par un bruit de glou-glou, soit par un vomissement terminal, toujours tardif, survenant 5 à 6 heures après les repas, fréquemment alimentaire, le plus souvent bilieux. Cet ensemble survient d'une façon tout à fait irrégulière, tantôt une ou deux fois par semaine, tantôt avec des intervalles de plusieurs jours ou de plusieurs semaines. On ne peut retrouver avec certitude une intolérance ou une cause provocatrice alimentaire nette, mais la malade, dont l'appétit est parfaitement conservé, redoute ces crises, incrimine tous les aliments et la peur de souffrir l'a conduite à une restriction alimentaire générale et démesurée. Le résultat en a été un amaigrissement important, mais non contrôlé. Il n'y a jamais eu d'hémorragies ni de méloena. Il n'y a pas de diarrhée; la malade se plaint d'une légère constipation, qui n'a pourtant pas nécessité de médication spéciale.

Malgré la répétition de ces troubles la malade n'a pas encore consulté de médecin. Dans ses antécédants personnels on ne trouve aucune notion méritant d'être signalée, elle n'a jamais été malade, elle n'a subi aucune opération. Ses deux enfants sont bien portants et sa ménopause s'est faite sans incident à l'âge de 46 ans. Il convient de signaler cependant que le père de la malade est décédé à 50 ans d'une affection gastrique indéterminée. Sa

mère est bien portante, ses 5 frères et soeurs n'ont aucun passé pathologique. Une soeur aînée serait morte après une angine.

L'histoire clinique aiguë l'examen physique vers une pathologie du grêle mais le ventre n'est pas ballonné, on ne trouve aucune masse, il n'y a pas de hernie, on ne peut provoquer à l'examen aucune contraction visible de l'abdomen, tout au plus gagne-t-on l'impression vague d'une diminution de la souplesse de la partie gauche de l'abdomen. On ne trouve aucune anomalie ni au toucher vaginal, ni au toucher rectal. Par ailleurs foie et rate sont normaux, il n'y a pas de douleur sous-hépatique. La tension artérielle est de 15/9, l'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale. Il n'y a pas d'adénopathie périphérique, les reflexes sont normaux.

Il appartient donc à l'examen radiologique de préciser les données cliniques. L'étude à la baryte simple permet de constater l'intégrité de l'estomac, du bulbe et du cadre duodénal, mais il ne fournit aucune indication suffisante sur l'état de l'intestin grêle. On acquiert seulement une vague impression de retard à l'évacuation d'une anse grêle de la fosse iliaque gauche.

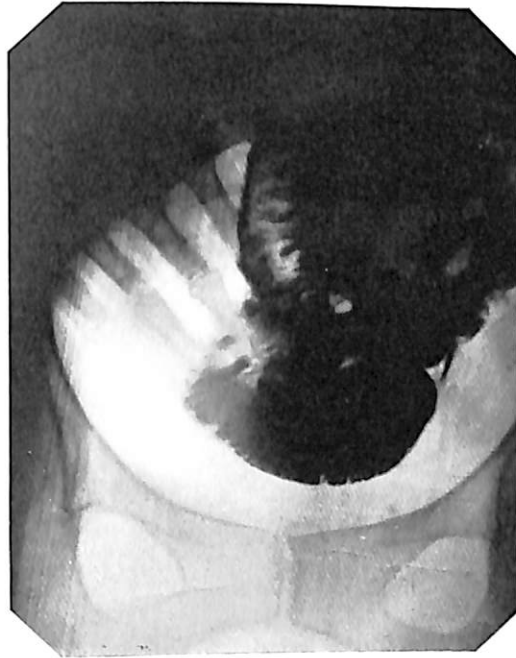
Aussi a-t-on recours à la technique proposée par certains auteurs américains l'absorption de quelques gorgées de baryte épaisse et l'administration d'un verre de lait glacé lorsqu'un arrêt se produit à la progression de cette colonne barytée. Ainsi, en nous aidant de la compression, avons-nous pu mettre en évidence un arrêt au niveau d'une anse grêle, une distension légère de cette anse et une hypercinésie localisée. Ce sont à vrai dire des signes très discrets, ils ne permettent aucune conclusion diagnostique ferme, mais ils montrent d'une façon indiscutable l'existence d'une gêne à la progression du contenu intestinal.

Ces signes radiologiques discrets coexistant avec le tableau clinique et avec une légère anémie chez une femme de 56 ans sans antécédents opératoires nous ont incité à proposer une laparotomie pour lésion organique du grêle.

Cependant la malade n'accepte guère cette suggestion thérapeutique d'autant plus, que par un effet curieux et incompréhensible, l'examen radiologique est suivi d'une disparition complète des douleurs pendant une période de trois semaines.

Mais au début de Juillet une nouvelle crise de subocclusion s'installe avec douleurs violentes et vomissements répétés pendant trois heures.

La malade est hospitalisée immédiatement. Comme il n'y a pas de distension et que les vomissements cessent dès son entrée à l'hôpital on n'hésite pas à faire un examen radiologique dès le lendemain. Il nous permettra de voir un bel exemple radiologique d'occlusion partielle du grêle. En effet, dès que la baryte a atteint les premières anses jéjunales on observe une distension qui va en s'accroissant progressivement sans aboutir cependant à un arrêt complet. Lorsque nous revoyons la malade 5 heures plus tard nous trouvons l'image très caractéristique reproduite sur un



Radiographie faite le 14. 6. 50 à la baryte épaisse et avec ingestion de lait glacé. Compression par la main de la malade. Arrêt de la colonne barytée et distension de l'anse



Radiographie faite 5 heures plus tard montrant l'image de baryte floconneuse suspendue et le remplissage du côlon

de nos clichés: une anse grêle très largement distendue aux contours irréguliers. Cette image floconneuse de baryte suspendue dans une anse grêle dilatée 5 heures après l'ingestion barytée impose le diagnostic d'obstruction. En même temps l'existence même d'un remplissage du gros intestin, si paradoxal que cela paraisse, objective le caractère incomplet de cette obstruction.

La malade est opérée après les examens complémentaires d'usage, qui montrent les résultats suivants:

Globules rouges: 3.960.000	Neutrophiles non segmentés: 3
Globules blancs: 7.200	Neutrophiles segmentés: 70
Hémoglobine: 82 %	Eosinophiles 4
	Monocytes 2
	Lymphocytes: 21

Urée: 0,36

Temps de saignement: 3 minutes

Temps de coagulation: 3 minutes.

L'intervention fut pratiquée le 17 juillet 1950 par le Docteur Loutsch, Professeur agrégé de Clinique chirurgicale. Il nous fournit aimablement le compte rendu opératoire suivant:

Médiane sus-ombilicale. On trouve sur l'intestin grêle, à environ 30 cm de l'angle duodéno-jéjunal, dans le flanc gauche, un étranglement en virole, dur, d'aspect tumoral. Le grêle en aval est d'aspect normal, en amont par contre il est doublé de volume et ses parois sont épaissies et cartonnées. Le mésentère en regard de la tumeur ne contient pas de ganglions macroscopiques.

Réséction de cette portion de grêle en passant à distance de la tumeur et en enlevant un coin du méso. Cette réséction est faite à la pince de Von Petz et les deux bouts sont enfouis.

Rétablissement de la continuité intestinale par une anastomose latéro-latérale.

Fermeture en trois plans, sans drainage.

Remarque: L'exploration du foie à la palpation ne montre aucune métastase.

A l'examen histologique on trouve le résultat suivant:

La tumeur est formée par un adéno-carcinome tubulaire, qui envahit la muqueuse en couches circulaires et longitudinales de l'intestin grêle. Il existe des parties de muqueuse qui ont gardé leur arrangement primaire, mais qui sont fortement infiltrées par des lympho- et plasmatocytes; d'autres parties ont des glandes fort irrégulières, pluristratifiées avec indice de mitose élevée, il existe enfin des parties franchement carcinomateuses.

Dans le tissu graisseux avoisinant on trouve un petit nodule lymphatique envahi par une métastase de l'adéno-carcinome.

Les suites opératoires sont compliquées par l'apparition d'une température irrégulière, précédant de quelques jours l'installation d'une phlébite.

Après héparinisation prolongée la phlébite guérit et la malade sort en bon état au bout de 6 semaines.

La malade va bien jusqu'au mois d'Octobre. Elle a repris considérablement, ses digestions se font d'une façon satisfaisante. Cependant en décubitus latéral gauche on entend quelques gargouillements. L'examen radiologique de contrôle le montre un petit accrochage baryté, mais il n'y a pas d'arrêt de la baryte épaisse.

En somme une histoire clinique suggestive a fait supposer une lésion du grêle. L'étude radiologique à la baryte épaisse a permis de localiser cette lésion. L'intervention faite sur ces données a montré une lésion néoplasique localisée, la thérapeutique chirurgicale a pu être radicale.

Il semble donc que, lorsqu'une lésion du grêle est suspectée, nous puissions en confirmer l'existence, la localiser, la confier au chirurgien avant la période de sténose complète. Il est inutile d'insister sur l'intérêt d'un diagnostic précoce, d'autant plus que des observations récentes ont montré que les lésions cancéreuses du grêle n'ont pas la gravité presque inéluctable que les classiques leur ont attribuée.

PENICILLINE CRISTALLINE

G MERCK

100.000	UNITÉS	VIALS
200.000	»	»
500.000	»	»
1.000.000	»	»

LA PENICILLINE
DE
S É C U R I T É

DISTRIBUÉE PAR
CONTINENTAL PHARMA

CHLORHYDRATE DE
Terramycine
CRISTALLINE

*Antibiotique à large spectre
antimicrobien
actif par voie buccale
bien toléré*

Actif contre les germes Gram +, Gram —, Rickettsies,
certains virus et protozoaires.

La **TERRAMYCINE** est souvent
active là où d'autres antibiotiques
étaient inefficaces.

La **TERRAMYCINE** est bien to-
lérée là où d'autres antibiotiques
ne le sont pas.

Dosage: 2 à 3 g. par jour en doses divisées de
500 à 750 mg. toutes les 6 h.

Pour enfants, 25, 50 à 100 mg. par kg.
p. d. c. en doses divisées toutes les 6 h.

Présentation: Capsules: fl. de 16 caps. 250 mg.
fl. de 25 et 100 caps. 100 mg.
fl. de 25 et 100 caps. 50 mg.
Terrabon: Elixir à base de Terramycine.
Onguents: dermique et ophtalmique.
Solutions: intra-veineuse: fl. de 250 et
500 mg.
ophtalmique: fl. de 25 mg. à
dissoudre dans 5 cc.

Pfizer

*Le plus important producteur
d'antibiotiques du monde*

PHARBIL S. A.

Agents Exclusifs - BRUXELLES

Sur un cas d'hépatomégalie infantile isolée

par Frédéric Hippert

C. A., âgée de 5 ans et 2 mois entre à l'hôpital le 29 octobre 1949. Ses parents sont bien portants. Un frère est mort de chorée. Une soeur de 9 ans et un frère de 7 ans vivent en bonne santé.

Antécédents personnels: accouchement normal, première dent à la fin du V^e mois. Vers deux ans elle commence à marcher. A trois ans bronchite prolongée. Elle n'a jamais souffert de troubles digestifs.

Quelque temps après la naissance le volume du ventre commence à augmenter d'un façon insidieuse mais progressive. En septembre 1949 le docteur Goerens constate une grosse hépatomégalie et propose l'hospitalisation de la petite malade.

La fillette mesure 102 cm et pèse 17 kg. Les muqueuses sont décolorées, les conjonctives présentent un teint légèrement jaunâtre. Il n'y a ni ictère, ni oedèmes, ni adénopathies pathologiques. L'inspection de la cavité buccale ne découvre aucune anomalie.

Submatité et diminution de la respiration au niveau de la base pulmonaire à droite. Le coeur n'est pas augmenté de volume; bruits normaux, pas de souffles ou de troubles du rythme de base. L'abdomen est volumineux, sa circonférence est de 62 cm au ras des rebords costaux et de 59,5 cm au niveau de l'ombilic. Le pourtour thoracique mesure 57 cm.

Le bord inférieur du foie, qui est assez tranchant mais non douloureux à la palpation, descend à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'hypertrophie porte également sur le lobe gauche de façon que les deux tiers supérieurs de la cavité abdominale sont remplis par la masse hépatique dont la surface est absolument lisse. Il n'existe pas d'ascite. La rate n'est pas palpable.

Cliniquement le système nerveux, les os et les articulations s'avèrent intacts. Le développement intellectuel paraît normal.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni acétone. Culot de centrifugation s. p. Cutiréaction négative. Métabolisme basal + 30 %. Urée 0,30, glycémie à jeûn 0,8—0,85 à plusieurs reprises. Bilirubine 0,005 ‰, hémoglobine 60 ‰, globules rouges 3.125.000, globules blancs 2.600. Formule: Poly 47 ‰, Mono 19 ‰, Lympho 34 ‰. B. W. Ø. Lipides totaux 7,90 ‰, cholestérine 1,50 ‰.

Epreuve d'hyperglycémie provoquée:

Glycémie à jeûn	0,80
.. à 8 heures	0,85
.. à 8,30 heures	1,10
.. à 9,30 heures	1,70
.. à 11 heures	1,50

La courbe de réaction est donc anormalement prolongée et l'élévation de la glycémie dépasse de 0,90 gr au lieu de 0,40 gr par litre la valeur initiale.

Examen radioscopique du thorax: Diaphragmes refoulés vers le haut, coeur couché, de volume normal, pointe libre, battements normaux. Parenchyme pulmonaire intact. Pas de signes d'une atteinte pleurale, le médiastin est libre.

Quelle étiquette faut-il donner à cette hépatomégalie isolée?

Il ne peut évidemment s'agir d'un foie cardiaque, puisque le coeur est de volume normal et ne montre aucun signe d'une lésion myocardique, orificielle ou péricardique.

L'absence de diarrhées, d'albuminurie et d'un foyer de supuration causale exclut le foie amyloïde.

La question d'une maladie de Wilson qui est très rare avant l'âge de 10 ans ne se pose guère, vu que les signes marquants font défaut: rigidité musculaire, trémor, cirrhose atrophique, anneau cornéen etc.

La surface lisse, l'apyrexie, la formule sanguine et le manque d'antécédents dysentériques plaident contre un kyste hydatique ou un abcès du foie chez cette petite malade qui n'a jamais quitté le pays.

La négativité du B. W., l'absence d'une splénomégalie et la surface régulière du foie ne permettent pas de conclure à une affection syphilitique qui n'atteint en général qu'un seul lobe.

Cette hépatomégalie sans ictère, sans ascite et sans splénomégalie ne pouvait non plus être cataloguée comme cirrhose biliaire (ictère accusé, grosse rate, hépatomégalie modérée) ou comme cirrhose du type Laënnec (foie atrophique, splénomégalie, ascite, hémorragies, diarrhées etc.).

L'intégrité clinique et radiologique des organes thoraciques excluent enfin la maladie de Hutinel ou cirrhose cardiotuberculeuse, caractérisée par une symphyse médiastino-péricardique, un gros foie, glacé par la périhépatite, une ascite plus ou moins abondante et une splénomégalie percutable ou palpable.

L'augmentation notable du foie portant également sur les deux lobes,

l'absence d'ictère, d'ascite, de splénomégalie, et le retard du développement physique orientent le diagnostic vers la maladie glyco-génique ou maladie de Giercke des auteurs allemands et anglo-américains.

Certes, il manque l'hypoglycémie et l'acétonurie qui constituent des symptômes importants, mais non constants du tableau clinique. Tout se passe en effet comme si le pouvoir de glyco-génolyse — celui de glyco-génie étant conservé ou accru — avait souffert ou était inhibé. D'où gros foie avec acétonurie et hypoglycémie à jeûn. Cette hypoglycémie reste souvent latente et ne donne lieu à aucune manifestation clinique, probablement à la suite de la faculté de l'organisme de s'adapter à cet état. Il est certain qu'un stockage anormal se fait également au niveau d'autres organes et tissus. On peut concevoir qu'à un moment donné le foie et les autres organes étant sursaturés de glycogène, n'en stockent plus ou très peu. Une partie du glucose provenant de la digestion sert à couvrir les besoins tissulaires, mais l'excédent, n'étant plus stocké qu'en quantités très inappréciables, circule dans le sang et maintient la glycémie à un taux normal. Suivant le degré de stockage du glycogène on trouverait donc une hypoglycémie ou une glycémie normale et une épreuve d'hyperglycémie provoquée normale ou anormale.

Parfois la maladie de Giercke se complique d'une accumulation pathologique de lipides. C'est l'hépatomégalie polycorique de Debré.

Comme facteurs étiologiques on a incriminé des troubles neuroendocriniens. Mais tout cela est hypothèse, l'étiologie reste mystérieuse.

Tout traitement est aléatoire et inefficace. Il se peut pourtant que le trouble de base se modifie et que la croissance reprenne. On sait d'autre part que la maladie évolue parfois vers le diabète ou le paradiabète tandis que l'hépatomégalie régresse.

En conclusion on peut donc dire que le diagnostic clinique de la maladie glyco-génique se base essentiellement sur la constatation d'un retard du développement physique (infantilisme hépatique) et d'une hépatomégalie volumineuse et *totale*, évoluant sans ascite, ictère et splénomégalie. L'acétonurie et l'hypoglycémie à jeûn aident à confirmer le diagnostic, mais leur absence ne l'exclut pas.

2

**nouveaux régulateurs
du système cardiovasculaire**

I

QUIDINAL

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

INDICATIONS: Troubles de l'érythisme cardiaque

DOSES: 1 à 3 comprimés par jour.

2

MANGANOCHOLINE

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

INDICATIONS: Troubles de l'hypertension.

DOSES: 3 à 6 comprimés par jour ou plus

Traitement mixte

QUIDINAL - MANGANOCHOLINE

INDICATIONS: Hypertension 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



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Baudouin LUXEMBOURG Téléphone: 30-73

Malformation congénitale. Monstre double

par M. Reiles

Madame X. Y. 29 ans, secundipare, est admise à la Maternité, le 23 janvier 1947, un mois avant terme.

Dans ses antécédents il n'y a rien de particulier à signaler.

Le premier accouchement a eu lieu, en 1943; il a été normal et l'enfant, bien constitué, s'est régulièrement développé dans la suite.

D. R.: 12 mai 1946. La grossesse actuelle a évolué sans incident, jusqu'il y a 3 semaines. En ce moment, la femme a vu son ventre augmenter rapidement et considérablement de volume, entraînant des douleurs et surtout, une dyspnée de plus en plus forte.

Le 23 janvier 1947, vers 11 heures, donc 4 semaines environ avant le terme prévu, s'installent les premières douleurs. La femme est admise à la Maternité vers 19.30 heures et nous constatons en ce moment un hydramnios assez prononcé (circonférence abdominale: 110 cm). Les douleurs sont bonnes et les bruits du cœur foetaux, quoique un peu sourds, sont perçus nettement. A l'examen, on trouve une dilatation de grande paume, une poche des eaux intacte et une présentation du siège mobile.

Rupture artificielle des membranes. Ecoulement de 5 litres environ de liquide amniotique.

L'accouchement a lieu 40 minutes plus tard, donnant naissance à un enfant présentant de très graves malformations.

Après 1.30 heure, on fait une expression du placenta selon Crédé pour hémorragie de la délivrance.

Suites des couches normales.

L'enfant, qui pèse 2100 g et a une longueur de 42 cm, présente une série de malformations céphaliques qui, dans leur ensemble, sont d'une extrême rareté. Il s'agit, en effet, d'un anencéphale avec deux faces se touchant au niveau des yeux internes réunis dans une seule orbite à situation médiane. L'enfant présente, en outre, une gueule de loup de chaque côté.

Il a vécu pendant 10 minutes environ et a fait quelques inspirations se dessinant aux deux faces par des mouvements respiratoires synchrones.

A l'examen radiologique on ne remarque aucune particularité digne d'intérêt.

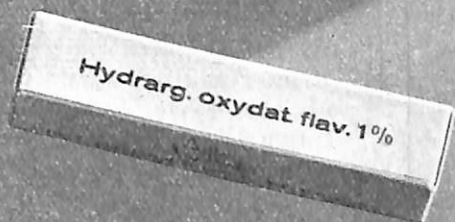
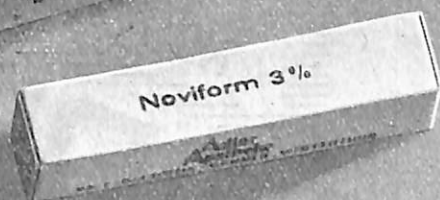
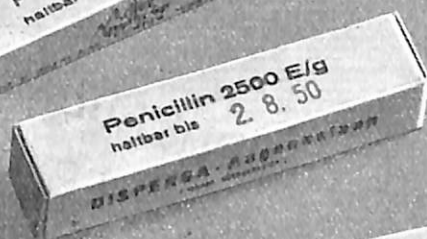
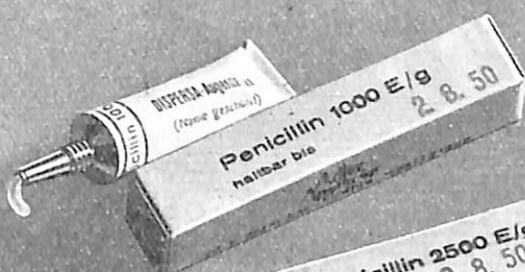


Au point de vue nosologique cette malformation très rare se range dans le groupe des opodymes. Dans notre cas il s'agit d'un diprosopus, distomus, tétrophtalmus, diotus.

En général, cette malformation se caractérise par la présence d'un crâne unique, mais il y a duplicité très nette des faces qui se réunissent au niveau des yeux. Suivant les cas, il existe deux yeux séparés ou réunis dans une orbite ou un oeil unique ou une orbite vide. Généralement on trouve un bulbe et deux cervelets. Néanmoins, la pseudocéphalie ou l'anencéphalie sont le plus fréquemment rencontrées.

Dispersa- Augensalben

zeichnen sich aus durch
eine hohe Dispersität
und eine sehr gleich-
mässige Verteilung des
inkorporierten Arzneistof-
fes in einer zweckmäs-
sigen Salbengrundlage



GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG
PROPHAC Beadouinstrasse, 25 - Luxemburg - Telefon 30-73

APPLICATIONS NOUVELLES
NOUVELLES PRÉSENTATIONS

ADRENOXYL

DYNAMOGÈNE

- ARRÊTE LA GLYCOLYSE
- ACCÉLÈRE LA RESYNTHESE DU GLYCOGENE
- CATALYSE L'OXYDATION DE L'ACIDE LACTIQUE

6 ampoules "500"

ECHANTILLONS
ET
DOCUMENTATIONS
A

20 comp. 2 mg 5.

Labaz

DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE DE LA

SOCIÉTÉ BELGE DE L'AZOTE ET DES PRODUITS CHIMIQUES DU MARLY

Die Narkoanalyse in der psychiatrischen und gerichts-ärztlichen Praxis¹⁾

von Roger Næsen

Die Narkoanalyse ist ein aus der *psychiatrischen Praxis* nicht mehr wegzudenkendes Behandlungsverfahren. Ihre Anwendung im Verlauf der *gerichtsärztlichen Sachverständigentätigkeit* und ihre Bedeutung im *Untersuchungsverfahren* der *Strafprozesse* umfasst nur ein Teilgebiet ihres Anwendungsbereiches.

Die Streitfrage, ob die Narkoanalyse im Strafprozess zulässig ist, wurde nicht immer mit der nötigen wissenschaftlichen Gründlichkeit und Sachlichkeit behandelt. Selbst die Tagespresse hat sich dieser Streitfrage bemächtigt und zu irrigen Ansichten über ein sogenanntes «Wahrheitsserum» Anlass gegeben.

Dass es sich bei der Narkoanalyse in erster Linie um ein Hilfsmittel der psychiatrischen, also ärztlichen Praxis handelt, wurde nicht genügend hervorgehoben. Infolgedessen sahen die meisten in ihr lediglich ein umstrittenes technisches Hilfsmittel, um Geständnisse zu erzwingen. Sie drohte dadurch unverdienter Weise in Verruf zu kommen.

Verstieg sich doch eine Kommission von Juristen zu dem Vorschlag, die Narkoanalyse als solche überhaupt ganz zu verbieten! Das Für und Wider über ihre Anwendung im Strafprozesse ist noch zu verstehen, nicht aber der Uebergriff in die ärztliche Praxis. Die selbst in ärztlichen Kreisen angestiftete Verwirrung mag, abgesehen von dem Beschluss der Académie de Médecine in Paris, aus der Tatsache erhellen, dass sich eine ärztliche Krankenkassenkommission zu dem salomonischen Urteil veranlasst fühlte, nicht etwa die Narkoanalyse als solche

¹⁾ Klinischer Beitrag zu «Die Narcoanalyse im Strafprozess», «Die Grenzen der Narcoanalyse», von A. Mergen, Professor der Kriminologie, in «Grenzgebiete der Medizin», München, Jahrgang 1949.

zu verbieten, sondern nur noch *eine* bei ein und demselben Patienten zu genehmigen! Dies zeugt von einer vollständigen Verkenntung des Wesens der Narckoanalyse, selbst bei Aerzten.

Auf Grund unseres autodidaktischen Vorgehens, möglichst unabhängig von irgendwelchen die Narckoanalyse betreffenden Veröffentlichungen, möchten wir unsere Erfahrungen und unsere Ueberlegungen mitteilen.

Zur Technik und Wirkungsweise.

Auf welche Art, zu welchem Zweck und mit welchem Ergebnis wird nun eine Narckoanalyse, beziehungsweise werden mehrere solcher durchgeführt?

Da ein Narkosemittel (Pentothal, Amytal oder ähnlich Barbitursäurederivate, in unserer Praxis vorwiegend Narconumal «Roche») intravenös verabreicht wird, muss eine Narckoanalyse am liegenden Patienten durchgeführt werden. Abgesehen von dem gefährlichen Kunstfehler, sie am sitzenden Patienten vorzunehmen, verlangen tiefenpsychologische, insbesondere psychoanalytische Grundsätze, dass der Patient in liegender, entspannter Lage verharret. Diese Entspannung, wenn nötig durch Verbalsuggestion erwirkt, scheint uns bei der Einleitung der Narckoanalyse von wesentlicher Bedeutung zu sein.

Wir bevorzugen in vielen Fällen, umständehalber die lärm- und störungsfreien Abendstunden. Dies hat ausserdem den Vorteil, dass die durch die Narckoanalyse herbeigeführte Entspannung länger nachwirkt und in einen oft lang entbehrten, erholenden Schlaf überleitet. Schnelle Abfertigung ist unzumässig. Die Dauer einer Sitzung beträgt eine Stunde; infolge des auftretenden Ruhebedürfnisses, rechnet man insgesamt mit zwei Stunden.

Es gibt keine bestimmte, allgemeingültige Technik zur Einleitung und Durchführung einer Narckoanalyse. Sie wird selbstverständlich nur von einem Psychiater vorgenommen. Die verabreichte Dosis schwankt. Manchmal genügen 3—5 ccm (1 gr Narconumal auf 10 ccm aqua bidest.), meistens geben wir allmählich bis zu 8 ccm. In einem Fall versagte, trotz langsamen Vorgehens bis zum Einschlafen, eine erste Injektion von 10 ccm. Eine sofort angeschlossene zweite Injektion brachte den in schizophren anmutendem Zustand befindlichen Patienten unbekannter Identität und Herkunft zum Erzählen, und ermöglichte die Identität des Betreffenden zu erklären.²⁾ Bei sehr empfindsamen, vegetativ-labilen Patienten ist die Einleitung behutsam und mit geringerer Dosis durchzuführen. «Verkrampfen» sich diese, dann kann es zu psychogenen Anfällen und Erbrechen

²⁾ cf. Identification d'un inconnu par narckoanalyse. Etat stuporeux simulé ou psychose réactionnelle d'allure schizo-phrénique? in Communications, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, 1949.

kommen. Jeder Chirurg weiss, dass eine Narkose besser durchgeführt wird, wenn er sich mit dem Patienten in ruhigem Tone unterhält. Bei bereitwilligen, aufgeschlossenen und aufgeklärten Personen, kann der Untersucher während der Injektion, gelegentlich im Anschluss an das Einschlafen, ruhig abwarten, bis der Patient in einen entspannten, aufgelösten Zustand kommt, von seinen Gefühlsregungen übermannt wird, seine äussere Maske fallen lässt und vielfach unter allmählichem Tränenausbruch endlich spricht. Eine derart verlaufende Reaktion ist wünschenswert, denn der Gefühlsausbruch ist entscheidend für die heilende Wirkung, für die Abreaktion. Diese führt in Form der mehr oder weniger bruchstückweisen Aussprache, mit gelegentlichen Wiederholungen in den verschiedenen Bewusstseinslagen, eine Erleichterung herbei. Eine gehobene, erlöste Stimmung stellt sich ein, welche die Narkoanalyse überdauern kann. Eine Patientin sagte spontan, es sei der glücklichste Moment ihres Lebens. Aehnliche Aeusserungen sind recht häufig. Schon allein deswegen ist es nicht angebracht, die Narkoanalyse mit einer Tortur zu vergleichen (wie dies öfters geschieht).

Nicht immer kommt es zu derart demonstrativen Wirkungen innerhalb der ersten Sitzung. Meist ist der Heilprozess nur allmählich zu erzielen, durch mehrere Sitzungen, 3-6-12-20 und mehr, je nachdem man sich mit der oberflächlichen Abreaktion aktueller Spannungen auf Grund einer bewussten Konfliktsituation begnügt, oder aber weiter in die Tiefe und Vergangenheit dringt.

Die Sitzungen gestalten sich nicht immer so leicht. In gewissen Fällen regt der Arzt den Patienten im geeigneten Augenblick zum Sprechen an, oder unterhält sich scheinbar belanglos mit ihm, wobei er aber die zunehmende Auflockerung der Gefühlsphäre diskret auszunützen weiss um auf das gewünschte Thema überzuleiten oder dieses ausfindig zu machen. Stark gefühls- oder affektbetonte Momente der seelichen Entwicklung oder der jetzigen Konfliktsituation kommen dann zwar meist zum Durchbruch. Allzu direkte Fragestellung könnte allerdings irreleiten, und Nebensächliches zur Sprache bringen. Wurzelt der Konflikt oder der eingeklemmte Affekt jedoch zu tief, dann gleitet der Patient vielfach aus sich selbst, bewusst oder unbewusst ab in Nebensächliches, indem er lediglich neurotische Randzonen anschneidet. Der erfahrene Psychiater wird auch in der scheinbar harmlosesten sogenannten freisteigenden Vorstellung oder in losen Assoziationen, zu denen der Patient angehalten wird, Brauchbares, meist Symbolwertiges, erkennen. Vielfach weiss der Patient ja nicht einmal, was der Grund seines Leidens ist, oder was für den Untersucher von Bedeutung sein kann. Er wird lediglich vorher aufgeklärt und dazu angehalten, alles zwanglos wiederzugeben was ihm «durch den Kopf geht», selbst wenn es ihm sinn- und bedeutungslos scheinen sollte. Er soll möglichst

vermeiden Gedankengänge zu entwickeln, statt dessen seine bildhaften Vorstellungen, Einfälle und Erinnerungen wie in einem Wachtraum beschreiben. Der Patient wird an sich zum Berichterstatter des filmartigen Ablaufes seiner geistig-seelischen Inhalte.

In manchen Fällen verschweigt er bewusst, oder schweigt überhaupt ganz, trotz angeblicher Bereitwilligkeit. Es handelt sich dann um einen unbewussten Widerstand. Nur der psychoanalytisch und tiefenpsychologisch Geschulte wird diesen Widerstand richtig werten und hierbei geduldig abwarten, wenn nötig erst in späterer Sitzung darauf eingehen. Taktvolles Vorgehen und Verantwortungsgefühl sind hier unentbehrlich. Unerfahrene können dabei nur Unheil anrichten.

Der Patient erinnert sich im allgemeinen an das in der Narkoanalyse Besprochene. Es wird ihm sicherheitshalber suggeriert, dass er sich an den Gesprächsinhalt erinnern wird. Wir wollen ja z. T. Unbewusstes bewusst machen.

Erzwungene «Geständnisse» würden lediglich als Vertrauensmissbrauch gewertet werden und zum Abbruch der Untersuchung und Behandlung führen. Ausserdem kann es im Verlauf einer narkoanalytischen Behandlung zu beunruhigenden Affektentladungen kommen. Anstatt, dass die Behandlung zur harmonischen Entfaltung der bis dahin z. B. «eingezwängten» Persönlichkeit führt, verhilft man lediglich geballten Kräften zum unerwünschten Durchbruch, nicht nur ins Bewusstsein, sondern auch in der Form äusserlicher Manifestationen, eventuell aggressiver Natur. Seelische Kräfte sind Naturkräfte, die zu meistern nicht jedem gegönnt ist. Es gilt auch hier der Ausruf von Goethe's Zauberlehrling: «Die ich rief, die Geister, werd ich nun nicht los.»

Vorbedingung einer richtiggeführten Behandlung durch Narkoanalyse ist daher ein sich im Verlauf der Behandlung herausstellendes besonderes Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Dieses in der Psychoanalyse als Uebertragung bekannte Phänomen setzt besondere Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale beim Untersucher voraus. Die Narkoanalyse wird dadurch zu einer ethischen Aufgabe. Sie ist keine blosse Technik. Sie ist ärztliche Kunst und sacerdotium zugleich, der ausübende Arzt vereinigt «Seelenarzt» und «Seelsorger» in einer Person.

Die Bewältigung der dämonischen Kräfte, Kobolde, Trolle und Teufel, die in den seelischen Tiefen des Neurotikers ihr Unwesen treiben, oder sich in der Psychose leibhaftig als Teufel, Verfolger oder ähnliche Mächte und Kräfte offenbaren, wird durch die Narkoanalyse wesentlich erleichtert und beschleunigt. Die Narkoanalyse ermöglicht das In-die-Tiefe-Steigen, lockert die Schichten auf, macht Unbewusstes oder Verdrängtes bewusst und zugänglich, macht eingeklemmte Affekte frei, schneidet Komplexe an und ermöglicht deren Verarbeitung und Einbau in

die neuzuprägende Persönlichkeit. Die Narkoanalyse kann also eine abgekürzte Psychoanalyse sein. Jedenfalls muss man auf die Notwendigkeit einer solchen gefasst sein. Eine durch die Narkoanalyse angeschnittene Behandlung kann zum Weiterführen der Analyse zwingen und verpflichten. Vorauszusehen ist dies jedoch nicht.

Es ergibt sich hieraus, dass nur ein Psychiater, der über genügend tiefenpsychologische Kenntnisse, das nötige Einfühlungsvermögen und eine ausgezeichnete affektive Rapportfähigkeit verfügt, eine Narkoanalyse durchführen und lenken kann. Eine Exploration durch Narkoanalyse ist einer abgekürzten Psychoanalyse vergleichbar, oder bedient sich zumindest psychoanalytischer Gesichtspunkte. Sie ist mit gewissen Gefahren seelischer Art für den Patienten, den Arzt und die Umgebung überhaupt verbunden. Es kann zu Auflehnung und andern impulsiven Handlungen kommen. Suicidgefahr kann heraufbeschworen werden.

Also gehört die Narkoanalyse niemals in die Hände eines Polizeiorgans. Eine bloße Untersuchungssituation vor dem Untersuchungsrichter ist wenig zur regelrechten Durchführung geeignet. Es fehlen die notwendigen Voraussetzungen. Dagegen kann sie, unter andern Bedingungen, aus gerichtsärztlichen oder kriminologischen Gründen durchgeführt, von unzweifelhaftem Wert sein. Nicht dass sie objektive Beweise zu Tage fördert. Jedoch kann sie Hinweise ergeben, welche die Ermittlung des Tatbestandes erleichtern. Die übliche juristische Beweisführung bleibt dabei unangetastet (A. Mergen).

Die Narkoanalyse, ein Wahrheitsserum ?

Kann man gewaltsam den Einbruch in das in der seelischen Tiefe Gehütete erzwingen ?

Dies scheint uns zumindest fraglich. Handelt es sich um Bewusstes, dann wird der Patient, der ja über den Zweck der Narkoanalyse aufgeklärt ist, schweigen können. Selbst bereitwillige Patienten bringen es dem Arzt gegenüber vielfach nicht fertig, ein unangenehmes Geständnis abzulegen, trotz wiederholter Sitzungen. Andere leugnen in der Narkoanalyse, was sie bereits vorher bei klarem Bewusstsein eingestanden hatten. Wieder andere leiden unter einem Schuldkomplex und klagen sich ohne objektiven Grund an. Es ist also noch lange nicht alles objektive Wahrheit, was wir in der Narkoanalyse erfahren. Wahr sind nur die seelischen Inhalte. Auf die allein kommt es vorläufig an. Sie bedürfen einer anschliessenden Deutung und Auslegung. Vereinzelt eingeschaltete Sitzungen, ohne Narkoanalyse, erleichtern die Verarbeitung des in der Narkoanalyse gewonnenen Materials, und ermöglichen die erforderliche Synthese.

Es ist begreiflich, dass der Mensch sein innerstes Wesen nicht so einfachhin preisgibt, dass er Unangenehmes verschweigt. Nicht nur bewusste Kräfte helfen hierbei mit; unbewusste Mechanismen, Selbsterhaltungstrieb, Abwehrreaktionen, stark entwickelte Gefühle wie Scham und andere können die Aussagen hemmen. Besonders während der Narkoanalyse steht der Patient unter starken Gefühlregungen.

Im Allgemeinen ist die Gefühlauflockerung der Untersuchung dienlich. Es gibt jedoch Fälle, wo erst nach Wiedererlangung des klaren Bewusstseins, oder zwischen den Sitzungen, Wesentliches mitgeteilt, oder zur Niederschrift gebracht wurde. Also bedarf es manchmal der Mithilfe und Nachgiebigkeit des bewussten Zensors, die unbewussten Hüter eines Geheimnisses zur Preisgabe zu zwingen, sich gleichsam selbst Gewalt anzutun, sich zu einem Geständnis aufzuraffen. Die Narkoanalyse allein bringt es nicht notwendigerweise fertig; sie erleichtert nur die Durchführung eines bewussten Vorsatzes «alles zu sagen». Wir setzen voraus, dass der zu Explorierende in unser Vorhaben eingeweiht ist. Wird er überrumpelt, so kann er wohl manches ausplappern, genau wie unter Alkoholwirkung. Unseres Wissens hat es bisher noch nie Aufsehen erregt oder zu Protestaktionen Anlass gegeben, wenn ein Betrunkener, anlässlich eines verschuldeten Unfalles oder eines Vergehens, im Zustand der Trunkenheit, polizeilicherseits zur Aussage gebracht wurde. Ja, seine Aussagen werden vom Gerichte sogar verwertet. Und doch stellt sich hier dieselbe Frage des Eingriffs in die menschliche Persönlichkeit wie bei der Narkoanalyse.

Das Indikationsgebiet.

*Welche Patienten werden einer Narkoanalyse unterzogen?
Wieso erstreckt sich der Anwendungsbereich der Narkoanalyse auf gerichtsmedizinische Fälle?*

a) Die Narkoanalyse, ein psychotherapeutisches Verfahren. Die Patienten leiden, definitionsgemäss, entweder seelisch oder körperlich. Es handelt sich vorwiegend um Störungen, die wir heute unter dem Begriff der psychosomatischen Medizin zusammenfassen, ferner um das davon nicht abzugrenzende Gebiet der Neurosen. Ein Fall aus unserer Praxis mag dies erläutern: Eine junge Frau litt an arteriellem Hochdruck, Oedem des Papillenrandes und erhöhtem Augengefässdruck. Eine gefässbedingte oder entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems schien nicht ausgeschlossen, Daneben ausgesprochene Neurose mit Zwangserrscheinungen und Phobien, die der Patientin jeden Ausgang ohne Begleitung unmöglich machten. Die Behandlung durch Narkoanalyse brachte innerhalb weniger Sitzungen einen auffälligen Rückgang der neurotischen Symptome, eine überraschende Persönlichkeitsveränderung und Aufgeschlossenheit, aber auch eine Normalisierung des Blutdruckes und eine vollständige Rückbildung der Augensymptome.

Dieser Fall steht in unserer Praxis nicht vereinzelt da. Die Koppelung von neurotischen Erscheinungen mit körperlichen Manifestationen ist heute anerkannt und bestätigt die psychosomatische Einheit des Krankheitsgeschehens. Dies betrifft den Hochdruck, angiospastische Erscheinungen, tetanische Anfälle und (pseudo-) Hyperthyreosen, Ulcuskrankheit und dgl. Die Narkoanalyse wirkt in diesen Fällen sowohl als körperliche wie als seelische Entspannung und damit heilungsfördernd.

Bestehen angesichts körperlicher Beschwerden Bedenken über deren psychische Allein- oder Mitbedingtheit, dann klärt uns der Rorschach-Test, der Thematic-Apperception-Test oder der Szondi-Test über das Vorliegen derartiger Faktoren auf.

Speziell bei den Neurosen handelt es sich um seelische Konflikte, entweder um eine Konfliktsituation des Individuums mit der Aussenwelt, den Eltern, dem Ehepartner, den Vorgesetzten, der Gesellschaft; oder aber um einen inneren Konflikt der betreffenden Person, den diese vor der Umwelt zu verbergen trachtet. Der äusseren manifesten Konfliktsituation entspricht jedoch vielfach ein innerer Konflikt, der eben nur in die Umwelt verlegt wird, für den die Umwelt verantwortlich gemacht wird. Beziehungsweise wird der Konflikt in der sozialen Persönlichkeitsschicht ausgetragen und erlebt, oder aber die daraus entstehende Spannung stört den inneren Frieden, die innere Harmonie.

Ein Beispiel aus unserer Praxis: Ein Vater-Sohn-Konflikt macht den Sohn zum asozialen Delinquenten, mit Auflehnung gegen den Vater und die staatliche Ordnung; den Vater aber zum Zwangsneurotiker, mit aggressiven und suizidalen Zwangs-ideen.

Die Untersuchung und Behandlung durch Narkoanalyse führt in derartigen Fällen zur Aufdeckung und Klärung der Zusammenhänge. Die gesamte psychopathologische Entwicklung spielt hier selbstverständlich eine Rolle. Kindheitserlebnisse sind oft entscheidend für das Zustandekommen von impulsiven Reaktionen, aggressiven Handlungen oder aber von Zwangsvorstellungen, z. B. sich und Angehörige zu töten; ungewöhnliche Triebbesetzung führt zu paroxysmalen Ausbrüchen. Durch seelische Traumata, in Zusammenhang mit Umweltseinflüssen, kommt es zu seelischer Fehlentwicklung und mangelhafter sozialer Anpassung. Das Fehlen der gesellschaftlichen Bindungen führt ihrerseits zum Aussenseitertum und bereitet den Weg zum Verbrechen vor. Oder aber der Betreffende richtet sich in seinem, meist unbewussten, Kampf mit seinen dunklen seelischen Mächten selbst zugrunde.

Mithin ermöglicht uns die Narkoanalyse auch in kriminellen Fällen, Klärung zu schaffen. Sie hilft uns, die Motive und ihre seelische Verkettung aufzuzeigen, die zur seelischen Erkrankung oder seelischen Abartigkeit, eventuelle krimineller Art, geführt haben. Die von Kriminellen angegebene Motivierung der Tat

scheint ja vielfach unsinnig. Sie hat lediglich Symbolcharakter. Dem Kriminellen selbst sind die tieferen, unbewussten Zusammenhänge unbekannt.

Bei eigentlichen Geisteskranken fällt dieser Nachweis oft schwer, obwohl der Zusammenhang mit halluzinatorischen Erlebnissen ersichtlich sein kann, jedoch weniger der Symbolcharakter dieser letzten, oder ihre Entstehung. Eine psychoanalytische Klärung stösst hier auf Schwierigkeiten, ist jedoch prinzipiell nicht unmöglich. Seit etwa zwei Jahren unterziehen wir auch Geistesranke, besondere Schizophrene im Anfangsstadium, mit Erfolg der Narkoanalyse. In gewissen Fällen gelang es, bei meist gehemmten oder gesperrten Kranken, den Werdegang der Psychose überraschend schnell aufzuzeigen, den Inhalt von halluzinatorischen Erlebnissen, wie Teufelerscheinungen, auf Jahrzehnte zurückliegende, tatsächliche, religiöse Konflikte, «Tot-sünden», und Schuldgefühl zurückzuführen. (Damit ist noch nicht geklärt wie es auch zur Psychose kam.)

Auch bei Geistesgestörten lässt sich also das Zustandekommen eines Verbrechens auf diese Weise klären. Ist nicht umgekehrt jedes Verbrechen als krankes Symptom zu werten?

b) Die Ausdehnung der Narkoanalyse auf die gerichtsarztliche Praxis.

Die Narkoanalyse dient also der Erforschung der Gesamtpersönlichkeit, und im Rahmen letzterer der Auffindung der eigentlichen Motive der Tat. Dass dabei auch der materielle Tatbestand, der ausführliche Hergang des Tatgeschehens zur Sprache kommt, ist selbstverständlich. Jedoch ist bei den Aussagen Vorsicht am Platze. Preisgegebene Einzeltatsachen können nicht als objektives Beweismaterial ausgelegt werden, bedürfen des üblichen Nachweises, der Ueberprüfung. Die Kette der Beweisstücke schliesst aber keineswegs die Ergebnisse der Narkoanalyse als solche mit ein (A. Mergen). Dieses Prinzip setzen wir voraus. Erst dann setzt die Diskussion ein, wieweit der Richter selbst über den Inhalt der Narkoanalyse verfügen kann.

Hat der Psychiater lediglich den Auftrag, den Kriminellen auf seinen Geisteszustand zu untersuchen, dann wird er sich auf die Diagnosestellung und ihre Beweisführung beschränken. Sein Augenmerk gilt ja nicht der Frage, ob der Betreffende die Tat verübt hat, ob seine Schuld bewiesen ist oder nicht. Dies ist Sache der Juristen. Im Zweifelsfalle kann der Psychiater höchstens auf Grund der Persönlichkeitsanalyse zum Schluss kommen, dass der Verdacht berechtigt ist, dass der Betreffende der Tat fähig sei. Bei feststehender Tat mag die Narkoanalyse z. B. der Klärung der Frage dienen, in welcher Gemütsverfassung die Tat durchgeführt wurde, inwieweit es sich um einen Dämmerzustand handelte oder nicht, beziehungsweise durch welche affektiven Momente der Dämmerzustand bedingt war. Derartige Zustände haben wir bei kriegsneurotischen Delinquenten festgestellt. Die

Narkoanalyse bestätigte den Verdacht, dass ungenügend verarbeitete Schreckerlebnisse und andere den Verstimmungen zugrunde lagen und damit den Dämmerzustand und sonstige paroxysmale Manifestationen veranlassten.

Folgender Fall mag hier kurz Erwähnung finden: Ein an der belgisch-luxemburgischen Grenze festgenommener Unbekannter bietet einen schizophren anmutenden Stupor, in Form eines katatonen, zum Teil negativistischen Zustandes mit Mutismus und teilweiser Nahrungsverweigerung. Vor der geplanten Elektroschockbehandlung wird eine Narkoanalyse vorgenommen. Die erste Injektion verläuft ergebnislos. Während der sofort angeschlossenen zweiten Injektion taut der Patient auf, seine Gesichtszüge beleben sich, er wird zugänglich und ansprechbar. Er weiss nichts über seine Vergangenheit, erzählt auf Befragen einen Traum: Er suchte vergeblich den Durchgang durch eine Mauer, die ihn von einem Land der Freiheit, Sonne und Arbeit, sowie von Angehörigen und Geliebten trennt. Die Assoziationen zum symbolischen Inhalt klären uns auf und lassen den wahren Sachverhalt vermuten. Die vor dem zweiten Einschlafen auf französisch geführte Unterhaltung wird auf unsere Initiative hin beim Erwachen tatsächlich auf deutsch weitergeführt, und ergibt den genauen Sachverhalt und die Feststellung der Identität sowie der eigenartigen Umstände der Fugue, des Grenzübertrittes, der Durchquerung Luxemburgs in einem neurasthenischen Erschöpfungszustand, der bewussten Auslösung primitiver Reaktionsweisen im Sinne eines Totstellreflexes schizophrenen Gepräges. Der Betreffende war uns für die Herstellung seines normalen Zustandes dankbar!

Die Berechtigung der Narkoanalyse als humanes, diagnostisches Verfahren.

Es handelt sich also stets um die Klärung einer Diagnose! Der Gutachter hat als Arzt die Pflicht, alle ihm hierzu zur Verfügung stehenden ärztlichen Hilfsmittel anzuwenden. Auch Simulation verlangt eine Diagnosestellung und Begründung. Eine der aufschlussreichsten Nachweismittel ist nun eben die Narkoanalyse.

Man schreckt nicht davor zurück, viel unangenehmere Untersuchungsverfahren wie Lumbalpunktion, Elektro- und Luftenzephalographie und dgl. anzuwenden um Einblicke in die körperlich-seelische Beschaffenheit zu gewinnen, um sich Rechenschaft zu geben über die Integrität des Zentralnervensystems und dessen geistige Leistungsfähigkeit. Der zu Explorierende weiss hierbei nicht, ob die Ergebnisse derartiger Untersuchungsverfahren, z. B. im Falle eines zur Entschuldigung angeführten Hirntraumes zu seinen Gunsten oder Ungunsten ausfallen werden oder nicht. Weshalb auf einmal all die Einwände gegenüber der Narkoanalyse?! Weshalb die psychische



Untersuchung nicht von seelischer Seite in Angriff nehmen? Weshalb dieser Umweg über das körperliche mit Hilfe technischer und mechanischer Mittel? Der direkte Weg scheint uns der normale und selbstverständliche zu sein. Er entspricht dazu der kausalen Denkweise.

Die Verletzung der Persönlichkeit ist bei all diesen Verfahren nicht das Privileg der Narckoanalyse. Uebrigens ist die Einwilligung und Aufklärung vorausgesetzt. Hingegen bleibt der zu Explorierende bei den physikalischen, chemischen und physiologischen Untersuchungsverfahren meist im Unklaren über Zweck und Resultat der Untersuchungen. Bei der Narckoanalyse, die er ja ablehnen kann, bleibt er dahingegen der Hauptbeteiligte, weiss was er sagt, behält eine weitgehende Kontrolle, besonders wenn er sie vorsätzlich ausübt. Die Narckoanalyse scheint uns mithin ritterlicher, ehrlicher, offener als die übrigen Methoden.

Uebrigens verfügen wir über genügend Testmethoden, um ohne Wissen des Patienten sein Innerstes zu entlarven. Der Assoziationstest von Jung, die Psychodiagnostik Rorschachs, der Thematic Apperception-Test Murrays, die Triebdiagnostik Szondis, sind geläufige Hilfsmittel der Gutachtertätigkeit geworden, und werden als solche anerkannt. Dabei haben wir es z.-B. erlebt, dass ein Rorschachkenner die richtige Blinddiagnose «sexuell haltlose Diebin» stellte. Ein Szondi-Test gab uns ein Charakterbild wie man es bei schizoïden Tagelöhnern oder Vagabunden mit Mördernatur vorfindet. Der Betreffende war tatsächlich ein schizoïder Tagelöhner, welcher der Landstreicherei und des Mordanschlages angeklagt war. Eine eklatante Bestätigung! Der Szondi-Test gibt Aufschluss über sadistisch-aggressive Tendenzen und über suizidale Absichten.

Uebrigens werden die zu Tage geförderten Ergebnisse vielfach nicht als Belastung gewertet, sondern dienen eher der Begründung der verminderten oder fehlenden Zurechnungsfähigkeit. Auf Grund einer Narckoanalyse konnten wir einen Patienten entlassen, der wegen Drohbriefen an hochgestellte ausländische Diplomaten interniert war und als harmlos erkannt wurde, während wir uns vorher genügend Kopfzerbrechen über ihn machten. Man macht den Einwand, die Narckoanalyse verändere die normale, d. h. harmonische Persönlichkeit. Wir behaupten das Gegenteil: *die Behandlung durch Narckoanalyse stellt die normale Persönlichkeit wieder her!* Es gibt andere Untersuchungsverfahren und -Situationen, welche die freie Persönlichkeit des Angeklagten tatsächlich verfälschen. Eine Haft, ein ermüdendes Kreuzverhör, gewollte oder ungewollte suggestive Beeinflussung, Verbalsuggestion, Einschüchterungsversuche, oder auch nur die Untersuchungssituation an sich, meist noch durch psychologisch ungenügend Geschulte, verändern die Reaktionsweise eines Menschen, untergraben seine Standfestigkeit, machen ihn mürbe, «brechen seinen Willen». Wird das nicht systematisch und bewusst durchgeführt?! Sind das nicht auch

Eingriffe, die mit mehr Tücken verbunden sind als die Narkoanalyse? Wir stellen die Frage: welches dieser Verfahren ist das ethischere: Den zum Verbrecher gestempelten durch Schikanen zu «entlarven», ihm «die Maske abzureissen» — oder aber den Inhalt dieser «Larve», dieser «Maske» mit der nötigen ethischen Achtung herauszupräparieren, unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit des als Mensch zu betrachtenden, asozialen Patienten oder Triebkranken, das innere Wesen der Person auf ihren tieferen Gehalt wissenschaftlich und menschlich zu analysieren. «auf die innere Stimme zu horchen» («Per-Sona») (cf. Jung, Szondi).

Narkoanalyse und Psychohygiene.

Die Zeiten, wo das Gesetz Kriminelle und Geisteskranke den wilden Tieren zuordnete, sind vorbei. Sind wir gewohnt, den Verbrecher als Triebkranken zu betrachten, dann fallen die Einwände gegen die Narkoanalyse. Es kommt uns dann nicht mehr darauf an, Geständnisse zu erpressen, zu rächen, zu strafen, sondern zu schützen, und zwar sowohl Gesellschaft als auch den triebkranken Einzelmenschen, Letzteren wenn möglich zu bessern und zu heilen. Schuld am Verbrechen ist ja nicht nur die «kranke» Struktur des Einzelnen, sondern auch die jeweilige fehlerhafte Struktur der menschlichen Gesellschaft. Die fehlende Angepasstheit des Individuums an die Gesellschaft, Vorbedingung für die Kriminalität, braucht uns heute, bei der grossen Anzahl der Entwurzelten der Nachkriegszeit, nicht mehr zu wundern! Hat nicht der internationale Kongress der Seelischen Hygiene in London zum Zweck gehabt, mit dem Begriff der «world citizenship», ans Weltgewissen zu appellieren! Die Gesundung der heutigen Verhältnisse liegt weder auf weltwirtschaftlichem Gebiet noch in der einseitigen Prophylaxe der Kriminalität, sondern vor allem in der seelischen Gesundung der gesamten Menschheit und damit des Einzelnen.

Echte Humanität zu beweisen ist hier mehr am Platze als abgegriffene Schlagwörter über die Prinzipien der freien Persönlichkeit ins Feld zu führen und mit deren Hilfe die Narkoanalyse als «Vergewaltigung» der Persönlichkeit zu bekämpfen.

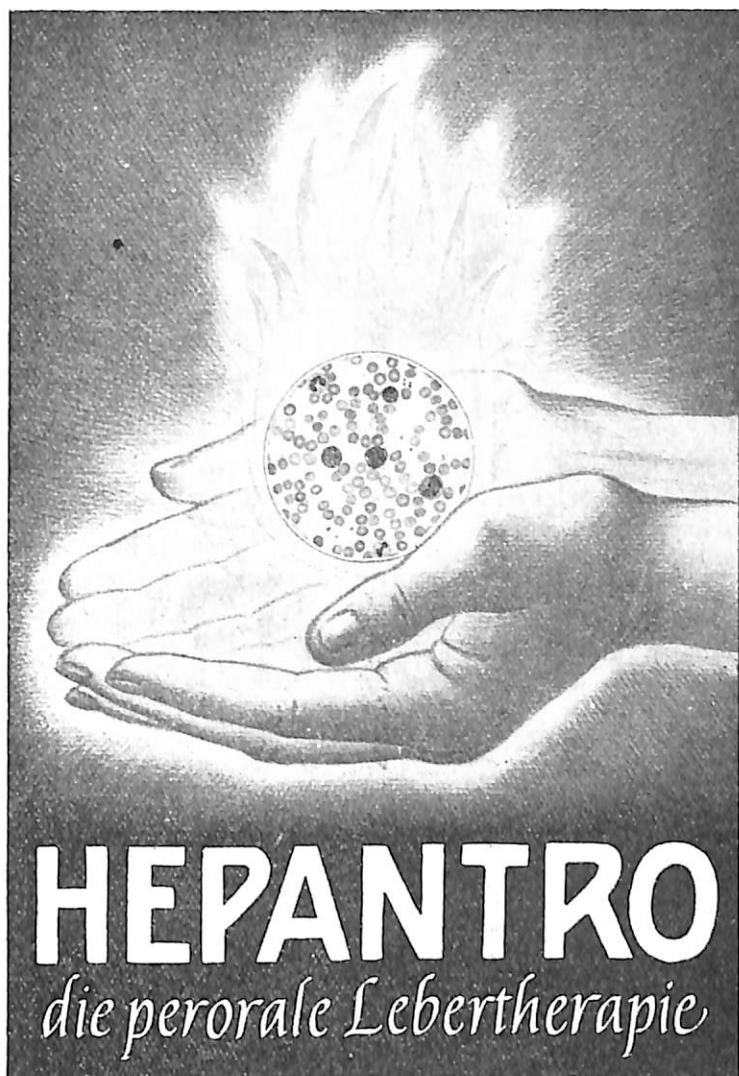
Betrachten wir das Problem der Narkoanalyse von dieser Warte der Psychohygiene aus, von der ja auch der neue Begriff der «défense sociale» ausgeht, die dem Delinquenten Schutz gewährt, dann bewegen wir uns auf einer ganz anderen Ebene, haben ein erweitertes Blickfeld, sind erhaben über das Geplänkel und die Kleinlichkeit des jetzigen Polemisierens.

Während einer Narkoanalyse degradieren, erniedrigen wir den Menschen nicht zu einem Versuchsobjekt mit Hilfe eines technischen Kunstgriffes, sondern im Gegenteil wir nähern uns mit der gebührenden Ehrfurcht seinem intimsten Wesen und

tragen seiner geistig-seelischen Gesamtpersönlichkeit, seiner subjektiven Individualität Rechnung.

Wir berauben ihn nicht seines Willens, sondern suchen eben die tieferen Komponenten, die Wurzeln seines freien oder unfreien Handelns zu erfassen, um festzustellen, weshalb es ihm an höherer Einsicht oder am «Willen» mangelt. Dieses humane Verständnis setzen wir bei allen voraus, die eine Narkoanalyse durchführen, oder sich darüber ein Urteil erlauben wollen. Wer solche durchführt, weiss übrigens um die erschütternde Tragik des in der Tiefe der Seele Gehüteten. Es wird keiner dabei ungerührt bleiben. Nur Frevlerhände sind eines Missbrauchs fähig. Sind solche gewillt, sich der Methode zu bedienen, dann werden sie sich auch wenig um die bestehenden Gesetzesbestimmungen scheren. Der Beschluss einer Akademie der Medizin, die Resolution eines Juristen-Kollegiums, der Entscheid einer Krankenkassenkommission werden diesen Uebergriff dann bestimmt nicht verhindern. Die wichtigste Garantie, dass die Methode richtig gehandhabt wird, ist das Verständnis zwischen Juristen und Ärzten, insbesondere die geregelte Zusammenarbeit zwischen dem Kriminalbiologen und dem in Narkoanalyse erfahrenen Psychiater. Dabei wird die Anwendung der Narkoanalyse sich nie ausschliesslich auf gerichtsärztliche Fälle und auf den Strafprozess beschränken. Diese Einseitigkeit wäre verfehlt. Sie muss aus der allgemeinen psychiatrischen Praxis erwachsen, aus der sie nicht wegzudenken ist, und die allein das nötige Verständnis und die Erfahrung zu ihrer Durchführung und Auswertung vermittelt.

Juli 1949.



HEPANTRO

die perorale Lebertherapie

HEPANTRO

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

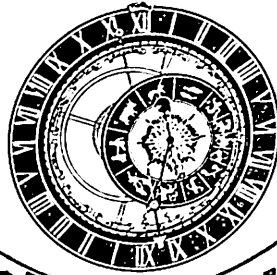
zur peroralen Anwendung

Zur parenteralen Depot-Behandlung:

INJECTON «forte» mit 10 a E in 1 cm³ in Vials à 5cm³

ADROKA A. G. - BASEL 2 (Schweiz)

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



Le cycle mensuel

LE DISMÉNOL

(Acide Parasulfamidobenzoïque + Diméthylamido-pyrazolone) fait disparaître sûrement et rapidement les douleurs des menstrues. Par les résultats obtenus dans la pratique, on a la confirmation des recherches pharmacologiques.

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



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Baudouin LUXEMBOURG Téléphone: 30-73

Actualités neuro-psychiatriques

par Roger Næsen

I. *Psychochirurgie*

Dans l'intérêt des malades susceptibles de bénéficier des méthodes de traitement neuro-chirurgical dans le domaine de la psychiatrie il est opportun de donner un aperçu sommaire sur l'évolution et le stade actuel de la psychochirurgie. D'un autre côté il est de notre devoir de faire part des sujets d'actualité qui ont été présentés et discutés aux congrès auxquels nous avons pu prendre part. L'exposé élémentaire qui va suivre a donc avant tout un but d'information pour les besoins de la pratique médicale courante.

Le prix Nobel a été récemment décerné à Egas Moniz, qui en 1937 a exécuté la première leucotomie ou lobotomie frontale chez l'homme. L'année précédente on avait encore déclaré qu'elle était seulement praticable sur l'animal d'expérience et qu'elle ne le serait probablement jamais chez l'homme.

Le monde médical restait d'abord sceptique vis-à-vis d'une telle intervention mutilante sur le cerveau. La dignité humaine s'opposait à une pareille «dégradation» de la personnalité. Durant la guerre nous avons ainsi proposé l'intervention chez un jeune homme, étudiant en art dentaire, lequel était anxieux, hanté par des idées érotiques et sujet à des obsessions voire des impulsions de suicide. Il accourait littéralement à la clinique pour y chercher refuge. L'état semblait évoluer vers la schizophrénie constituée. Les électro-chocs restaient inopérants. Une psychanalyse avait également échoué. Devant l'échec des méthodes thérapeutiques courantes, l'indication de la leucotomie se posait. Le médecin-chef qui avait eu l'occasion de discuter de la méthode avec Egas Moniz partageait cependant le scepticisme général et le neuro-chirurgien lui-même n'osa y recourir.

Ce n'est qu'après la guerre que la confiance en la méthode fut acquise. Nous eûmes alors connaissance de l'ampleur des travaux anglo-saxons, notamment par la diffusion de l'ouvrage de Freeman et Watts.

En hiver 1946—47 nous avons pu voir exécuter la lobotomie par le Professeur Krayenbühl et suivre les dix premiers cas

opérés au Burghölzli à Zurich. Des schizophrènes les plus graves, les plus pervers, les plus agités et dangereux, qui exigeaient une surveillance stricte et des soins continuels ont pu être transformés en malades calmes, rangés. Un malade obsédé et enclin à des perversions sexuelles d'autant plus pénibles qu'elles étaient en contradiction flagrante avec sa personnalité morale antérieure absolument digne fut traité avec un succès remarquable. A cette époque des milliers de cas avaient déjà été traités ailleurs par cette méthode. Aujourd'hui leur nombre ne se compte plus.

A la Maison de Santé d'Ettelbruck, l'opération fut envisagée pour décembre 1948, mais les conditions matérielles ne permettaient pas l'exécution. En attendant l'installation définitive d'une salle d'opération, quelques cas isolés ont cependant pu bénéficier de l'intervention par transfert à Strasbourg. Ils ont pu réintégrer le milieu familial.

La simple lobotomie frontale se vit d'ailleurs concurrencée par d'autres interventions, notamment depuis le congrès de psychochirurgie de Lisbonne, à savoir la lobectomie, la topéctomie et la thalamotomie.

Au congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française qui eut lieu à Marseille en 1948, l'intérêt des participants était centré sur l'exposé des équipes neuro-chirurgicales françaises, formées au contact des neuro-chirurgiens d'Outre-Atlantique.

La lobotomie p. ex. frontale ou préfrontale, bilatérale ou unilatérale, se pratique à l'aide du leucotome à travers un orifice de trépanation. Mentionnons la relative simplicité de la lobotomie transorbitaire.

L'intervention est seulement envisagée après échec de toutes les autres thérapeutiques courantes, telle que la psychothérapie, l'électro-choc, la cure d'insuline. En effet nous avons pu, par narco-analyses, guérir un malade de ses idées obsédantes de suicide et d'infanticide, alors que nous étions placé devant le dilemme de proposer la leucotomie ou de nous résigner péniblement à un internement chez une jeune personne, absolument intègre dans sa personnalité sociale bien conservée.

Il est donc bien évident que ce n'est qu'après mûre réflexion qu'on recourt à la méthode.

Les indications en sont les états d'agitation maniaque, notamment chez des schizophrènes graves, les états d'agitation anxieuse, les obsessions ou obsessions-impulsions rebelles et dangereuses p. ex. chez des névrosés, les malades impulsifs, à l'exception des oligophrènes. On l'applique encore aux algies intenses des cancéreux, aux causalgies et psychalgies.

Nous avons proposé à l'ordre du jour du congrès international de psychiatrie de Paris de 1950, la question de l'indication et contre-indication de la méthode chez les criminels obsédés, impulsifs ou mieux chez ceux qui posent des actes criminels par un mécanisme automatique.

Dans des cas particuliers et complexes de torticolis spasmodique, la lobotomie fut également pratiquée d'après, il est vrai, des indications et réflexions pathogénétiques très particulières. p. ex. chez un gaucher latent après traumatisme cervical.

Les interventions limitées sur le cortex remplacent avantageusement la lobotomie ou la complètent après échec. Les lobectomie ou topectomies ont l'avantage de se pratiquer à ciel ouvert. Ces interventions sur le cortex cérébral présupposent la connaissance des aires cytoarchitectoniques d'après la dénomination de Brodmann ou de Von Economo, ainsi que leur signification physiologique. On pratique soit l'exérèse, soit l'électrocoagulation.

Le but en est d'intervenir dans les représentations corticales qui président à un acte moteur perturbé. L'opération s'adresse donc au dystonies, aux tremblements parkinsoniens, aux mouvements choréatiques et choréoathétosiques, à l'hémiballisme et cela lorsque les troubles moteurs gênent ou rendent impossible la vie sociale. Par l'intervention sur l'écorce on n'atteint pas nécessairement la lésion anatomique, mais on intervient dans le système fonctionnel de l'élaboration et de l'exécution d'un acte moteur. En touchant dans le cortex, «la tête de ligne» de la voie diencéphalo-corticale, le chirurgien interfère dans ce déroulement et modifie le système fonctionnel en question. Dans le cas donné de mouvements anormaux il substitue d'ailleurs à l'hypercinésie gênante une paralysie plus ou moins discrète ou prononcée, mais compatible avec une activité sociale.

Signalons que les lobectomies occipitales éclairent d'un nouveau jour l'anatomo- et physiopathologie de la sphère et des voies optiques. Toute la théorie des localisations cérébrales doit être repensée à la lumière de cette nouvelle branche qu'est la psychochirurgie.

L'épilepsie focalisée fut longtemps considérée comme étant l'indication majeure des interventions sur le cortex, soit qu'il s'agisse de crises du type Bravais-Jacksonien, soit de crises convulsives généralisées où l'examen et observation cliniques, détaillés ou l'étude électroencéphalographique ont cependant permis d'indiquer un foyer cérébral. Les mêmes considérations physiologiques sus-mentionnées peuvent être invoquées pour expliquer l'effet thérapeutique dans les cas de crises convulsives. Souvent d'ailleurs la lésion siège effectivement au niveau de l'écorce sous forme de cicatrice, p. ex. suite à des encéphalopathies de l'enfance en général, de traumatisme en particulier. Mais la perturbation peut aussi émaner d'un foyer profond.

Remarquons qu'il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle et non pas lésionnelle: on n'enlève pas nécessairement la lésion anatomique, tissu mort, cicatriciel, mais on intervient par exérèse ou électrocoagulation sur le foyer épileptogène en activité. Celui-ci est constitué par une zone d'irritation située le plus souvent au voisinage, «sur la berge» de la lésion anatomique. Il ne peut être

détecté exactement que par l'électroencéphalogramme ou l'électrocorticogramme.

On peut envisager l'intervention chez un épileptique après détection d'un foyer du moment que le traitement reste inefficace, que la fréquence des crises augmente, y compris les absences ou équivalents, ou que les fonctions mentales déclinent. En attendant trop longtemps on diminue le bénéfice que le malade peut tirer de l'intervention. L'intérêt de la méthode reste cependant limité, seul un nombre restreint de cas s'y prêtent, d'autres voient leurs crises réapparaître en des foyers différents du premier.

Quant à la thalamotomie elle oblige à mettre en oeuvre des procédés techniques de repérage fort ingénieux à l'aide des rayons X et de doubles grilles. On accède dans des couches profondes du cerveau notamment en visant les noyaux gris centraux. A l'opposé de la topectomie elle s'adresse directement au siège des troubles extrapyramidaux ou des algies thalamiques.

Récemment on pratique, à l'opposé des interventions limitées, les hémisphérectomies, p. ex. dans des cas de ramollissement écrebral étendu. L'électroencéphalogramme de l'hémisphère restant se régularise après l'opération, alors qu'avant, toute l'activité bio-électrique du cerveau était grossièrement perturbée avec notamment l'existence de crises épileptiques qui irradiaient de l'hémisphère malade vers les régions saines.



La psychochirurgie inaugure ainsi une ère nouvelle dans le traitement actif des maladies mentales. Elle ouvre des horizons nouveaux à la recherche scientifique et donne plus qu'une lueur d'espoir aux malades graves ou chroniques ou plutôt à leur famille. La majorité des leucotomisés peut réintégrer le milieu familial après une période de rééducation et de réadaptation sociale. Beaucoup reprennent même une occupation professionnelle. Certes il y a des échecs, voire des décès, mais pas plus que dans d'autres interventions chirurgicales. En outre des complications tardives sous forme d'arachnoïdite sont possibles.

Chose curieuse, la personnalité et l'intelligence au sens commun ne subissent pas d'altération notable. Certes les modifications existent, mais sont moins impressionnantes qu'on est tenté de le croire.

Au début il y a un certain désarroi. Les malades ont plus de difficultés à renouer les relations avec le monde ambiant; ils manquent d'élan vital, leur initiative et leur productivité ne sont plus les mêmes. En outre ils n'ont plus la même échelle des valeurs, le même sens moral que le commun des mortels. Fait primordial: ils ont cependant acquis une meilleure conception de la vie, abstraction faite de la disparition progressive de leurs symptômes morbides. C'est ainsi qu'à l'Exposition de l'Art Psychiatrique lors du récent congrès à Paris, les mêmes scènes peintes avant et quelques semaines après la lobotomie font

contraste. Là tout dénote le drame qui se joue dans l'âme torturée du malade, les couleurs sont sombres, les formes n'ont pas de relief et manquent de détails; ici tout est redevenu clarté, la nature est vivante, les couleurs vives, les objets baignés de soleil. Qu'est-ce qu'il faut de plus pour «illustrer» la transformation heureuse qui s'est opérée dans le psychisme de cet être humain libéré des lourdes chaînes de la folie qui le faisaient sombrer dans un abîme de ténèbres! ?

A suivre: II. Electroencéphalographie.

Docteurs

POUR VOS IMPRIMÉS



IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

MAISON D'ÉDITION

40. Avenue de la Gare. LUXEMBOURG - Tel 28-70 et 56-94

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, eczéma 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

Coalescence, fusion, gémiation et concrescence dentaires

par H. Brabant, L. Klees et R. Philippart

Une grande confusion a longtemps régné entre les auteurs à propos du sens exact à donner aux trois termes de fusion, gémiation et concrescence dentaires. C'est ainsi que Bercher, Fargin-Fayolle, Fleury et Lacaisse disent de la fusion dentaire «qu'on l'appelle encore gémiation ou concrescence». Frey et Pont nomment ces anomalies «coalescences». Érausquin et ses collaborateurs utilisent principalement le terme de «gémiation» et le définissent comme «l'anomalie d'une pièce dentaire qui paraît constituée de 2 ou 3 dents soudées mais bien individualisées». Ces auteurs ont proposé un tableau groupant les différents genres de «gémiation» selon le nombre des éléments soudés, leur siège, etc. Fauconnier, étudiant en 1934 un certain nombre de ces anomalies, les appelle «anomalies dentaires par continuité». Il en propose une classification nouvelle que nous reprendrons partiellement plus loin.

Par contre la plupart des travaux et traités récents (Thoma, Kronfeld, Schmuziger, Kranz, etc.) séparent nettement l'une de l'autre la fusion, la gémiation et la concrescence dentaires. Toutefois on trouve encore chez ces auteurs quelques différences dans les définitions ou les conceptions pathogéniques de ces anomalies.

Plus récemment, Dechaume (1949) dans la nouvelle édition de son «Précis de stomatologie», emploie les termes de «fusion par concrescence» et de «gémiation». Mais il reproduit ensuite intégralement le remarquable travail de Mezl, travail qui résume les recherches extrêmement intéressantes de l'école tchèque (Urban, Jessensky, Neuwirt, etc.) et qui donne en même temps qu'une classification claire, précise et très séduisante des anomalies par fusion, gémiation et concrescence, une conception pathogénique d'ensemble des anomalies dentaires de forme et de nombre.

Or nous avons en l'occasion de réunir depuis 2 ans, un certain nombre d'anomalies de ce genre. Nous pensons donc qu'il y a un

certain intérêt à les présenter ici, en les définissant et en les classant selon la conception de l'école tchèque dont nous avons légèrement modifié l'ordonnance pour la commodité de notre exposé. Mais auparavant il importe de définir le sens de certains mots.¹⁾

Pour désigner les anomalies faisant l'objet de ce travail, divers auteurs emploient le terme de «soudure dentaire». Ce terme implique l'idée de l'union de deux corps au moyen d'une substance qui fait partie de ce corps (soudure autogène, soudure de deux bouts de bougie après en avoir ramolli les extrémités), ou au moyen d'une substance qui leur est, en partie ou en totalité, étrangère. Or on verra plus loin par l'étude radiologique et histologique des anomalies que nous présentons, que le mot «soudure» ne peut convenir qu'à quelques-unes d'entre elles.

D'autres auteurs préfèrent, à ce mot «soudure», celui plus général de «coalescence» qui signifie, «adhérence des parties qui étaient divisées naturellement ou par accident». Toutefois, comme on le verra plus loin, ce terme ne peut non plus convenir pour désigner toutes les anomalies par fusion, gémination ou concrescence.

Quant au terme «anomalie dentaire par continuité» utilisé par Fauconnier, s'il a le mérite d'être original et de couvrir un nombre important d'anomalies que nous décrivons, il ne peut à notre avis convenir à toutes, ainsi qu'il apparaîtra dans la suite de notre exposé. Nous n'utiliserons donc dans ce travail les termes de «suture» et de «coalescence» que dans certains cas bien précis.

Dans une première subdivision de notre classement, nous distinguerons d'abord avec Fauconnier, les *fusions*, ou *mieux coalescences dentaires d'origine extrinsèque*, c'est-à-dire, l'union de deux ou plusieurs dents primitivement indépendantes et qui secondairement sont réunies par des tissus ne faisant pas partie de la dent proprement dite. Il n'y a donc pas dans ce cas, «fusion dentaire véritable» puisque les tissus de la «dent» proprement dite ne sont pas en contact. Par contre si nous remplaçons la conception de la «dent» par celle de «l'organe dentaire» telle que l'ont établie les paradontologistes, il devient malaisé de dire, tout au moins dans beaucoup de cas, s'il y a coalescence ou fusion, étant donné que la région osseuse englobée dans le parodonte n'a pas une frontière stricte. C'est pourquoi nous préférons utiliser ici le concept ancien de la «dent», pour la facilité de notre classement.

La figure 1 représente trois cas de coalescence dentaire d'origine extrinsèque. Ces trois pièces dentaires ont été recueillies chez des adultes. Les extractions ont été plus ou moins malaisées.

1) Les anomalies que nous présentons dans ce travail ont été recueillies par nous en clientèle privée ou nous ont été données par les confrères que nous remercions très vivement. Quelques-unes de ces anomalies ont été recueillies à l'institut de Stomatologie de l'Université de Liège.

La radiographie de ces dents montre qu'elles sont tout-à-fait indépendantes, les limites du cément et de l'os interdentaire sont bien nettes. Il n'y a donc pas de soudure ni de fusion à proprement parler.

Rappelons, à ce propos, que dans un précédent travail (Brabant, Klees et Philippart), nous avons déjà eu l'occasion de constater que l'ankylose dentaire vraie, c'est à dire celle comportant une disparition de la limite entre les tissus du paradonte et ceux de la dent proprement dite, avec par conséquent, une interpénétration de ces tissus, cette ankylose dentaire vraie, disions-nous, est rare. Le plus souvent, même si l'os est très étroitement accolé à la dent, la limite entre eux reste nette. Nous n'avons trouvé à cette règle que quelques rares exceptions.

De même, nous avons pu examiner, après meulage ou immersion dans un liquide décalcifiant, deux formations de deux dents solidement unies par de l'os, donc apparemment «soudées». Nous avons constaté une fois de plus, qu'au cours des manipulations l'os se détachait assez rapidement des dents, laissant à celles-ci leurs contours intacts et très nets. Il n'y a donc ni soudure, ni fusion à proprement parler, mais simplement coalescence.

A ces anomalies (qui ne rentrent qu'apparemment dans notre étude), s'opposent l'abondante variété d'anomalies dentaires dans lesquelles les tissus dentaires proprement dits s'interpénètrent étroitement.

Ouvrons d'abord une courte parenthèse pour rappeler que la dent de chair est constitué notamment par une cupule épithéliale développée à l'extrémité d'un prolongement de la lame dentaire et comprenant une couche épithéliale externe, une couche épithéliale interne et, entre elles, la gelée de l'émail. La couche épithéliale interne se subdivise elle-même en couche des adamantoblastes et en couche épithéliale intermédiaire.

Selon l'école tchèque, il faut distinguer les anomalies par *prolifération anormale de la couche épithéliale externe* et celle provenant de la *prolifération anormale de la couche épithéliale interne*. Avant d'examiner les anomalies par prolifération anormale de la couche épithéliale externe, considérons d'abord 2 germes dentaires normaux schématisés dans la fig. 2, s'accolant en un ou plusieurs points, pour une cause pathologique quelconque au cours de leur développement, donc avant l'éruption des dents, et nous aurons le cas de *fusion dentaire simple* les deux dents après leur éruption apparaissant «fusionnées» (dentes confusae) soit par leur couronne, soit par leurs racines, soit en totalité. Cliniquement le nombre normal des dents sera présent sur l'arcade, en comptant séparément les dents fusionnées. Ici le terme de soudure pourrait être employé quoique le mot fusion est plus exact. Radiographiquement, on pourra voir une certaine diversité d'images, les canaux étant, tantôt complètement indépendants, tantôt en partie fusionnées. Histologiquement, on observera l'interpénétration de la dentine des deux dents avec à

ce niveau, un certain désordre dans le trajet des canicules, parfois des canaux transversaux anormaux réunissant les canaux principaux.

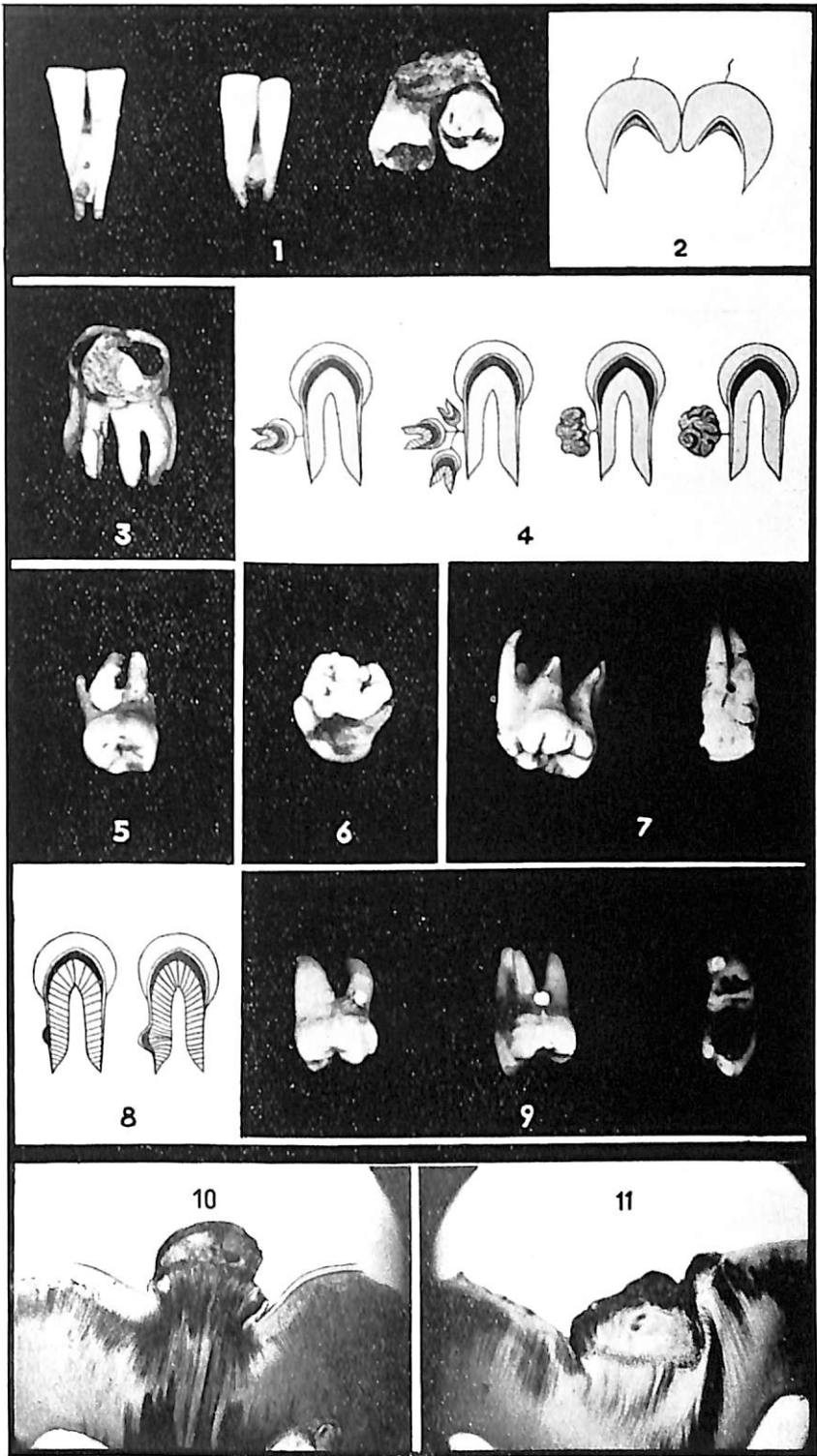
La fig. 3 représente un cas de fusion dentaire entre deux molaires supérieures. On voit en quoi cette anomalie par fusion qui implique l'idée d'un mélange intime des tissus en certains endroits de la dent, diffère de la coalescence où les deux dents secondairement réunies peuvent plus ou moins facilement retourner à leur état premier où en tout cas l'histologie décède l'indépendance des tissus de chaque dent.

Considérons à présent la *gémiation dentaire*. C'est également une union, une fusion pathologique de deux germes dentaires, mais *l'un de ces germes est celui d'une dent surnuméraire*. Cliniquement il y a une dent (ou plusieurs dents) de trop sur l'arcade si l'on considère séparément les dents faisant partie de la pièce dentaire géminée. Radiographiquement, la fusion des 2 dents apparaît nettement. Histologiquement, on peut observer toutes sortes d'images d'interpénétration minime ou très accentuée des tissus dentaires.

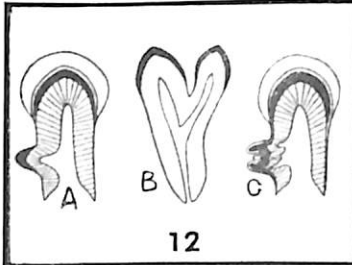
Rappelons que les dents surnuméraires résultent de la prolifération anormale de la couche épithéliale externe (et, ici, notre classification rejoint la classification tchèque). Il peut exister soit une dent surnuméraire, soit plusieurs (fig. 4). Ici, l'anomalie se forme hors de la gaine et elle est jointe à la dent qui en est l'origine par des vestiges d'épithélium évaginé et du tissu conjonctif. «L'évagination et la prolifération de la couche externe de la gaine épithéliale, écrit Mezl, peut former un bourgeon épithélial et un organe prédentaire surnuméraire presque normal ou minuscule, par un processus analogue à celui par lequel une dent permanente tire son origine du germe de la dent de lait. Ainsi se forme soit une dent surnuméraire ou une dent normale, ou bien des dents minuscules ou quelque peu irrégulières.» (Observations de Kosticka). Si la prolifération de cette couche épithéliale se fait d'une façon anarchique, l'aboutissement sera un odontome extradentaire qui peut être secondairement plus ou moins adhérent à la dent. Ces anomalies sont schématisées dans la fig. 4. Si une dent surnuméraire est complètement retournée autour de son axe transversal nous observons une dent dite invertée ou mieux «dent anatrophique» (Brabant, Louis et Fauconnier).

La fig. 5 représente un cas de petite dent surnuméraire coincée étroitement entre les racines de la molaire dont le germe par prolifération anormale lui a donné naissance, les deux dents, à l'examen, apparaissent cependant nettement indépendantes, il n'existe ni fusion, ni soudure ainsi qu'en témoigne la radiographie au lieu d'être épidentaire, l'odontome peut être extradentaire (fig. 6 et 7).

Examinons à présent les anomalies dentaires résultant d'une prolifération anormale de la couche épithéliale interne. On peut



A



12



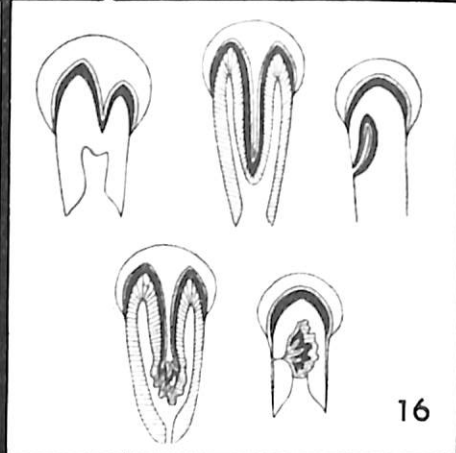
13



14



15b



16



15a



17



18



19



20

B

les subdiviser en anomalies résultant d'une *évagination* de cette couche épithéliale et celles résultant d'une *invagination*.

Dans le cas d'une évagination, l'anomalie la plus simple est la perle d'émail, sans base de dentine ou avec base de dentine. La fig. 8 représente schématiquement ces anomalies. La fig. 9 en montre 3 cas, deux perles d'émail à la jonction de la couronne et de la racine de molaires, l'une sur la racine d'une prémolaire, ce qui est un cas plus rare.

Les fig. 10 et 11 représentent, en coupe histologique, des perles d'émail avec base dentinaire plus ou moins accentuée.

Si l'évagination de la couche épithéliale s'accroît, on obtient le tubercule tel qu'il est représenté schématiquement dans la fig. 12a et b et macroscopiquement dans la fig. 13. Si cette évagination s'accroît encore on aura une sorte de petite dent née de la dent principale (fig. 14).

Si l'évagination se fait d'une façon anarchique, telle qu'elle est représentée dans la fig. 12 c, on aura un odontome adhérent à la dent ou plus ou moins intradentaire.

La fig. 15 a, b, en représente un cas. À l'examen clinique, on avait l'impression d'un fragment de dent de lait surmontant une prémolaire inférieure incluse coudée.

L'extraction fut extrêmement laborieuse. La radiographie assez peu nette, fit penser à un odontome (fig. 15a). L'examen histologique révèle la présence dans un amas cémentaire volumineux, d'une sorte de noyau dentinaire (fig. 15b). À un plus fort grossissement, on aperçoit nettement les canalicules dentinaires et de nombreux espaces globulaires à leur périphérie.

Si, au lieu, d'une évagination, on a une *invagination* de la couche épithéliale interne, le cas le plus simple est un pli dans la couronne, cas qui est schématisé dans la fig. 16 et représenté macroscopiquement dans la fig. 17 (incisive supérieure) où la radiographie montre, comme c'est souvent le cas, une ébauche de division de la chambre pulpaire. Si l'invagination s'accroît, on aboutit à la «dens in dente» représentée schématiquement par la fig. 16 et dont nous n'avons malheureusement recueilli aucun spécimen susceptible d'être examiné histologiquement. Cette invagination en «dens in dente» peut également se faire latéralement (fig. 16). Si elle se produit d'une façon anarchique, on aboutira à l'*odontome intradentaire* (fig. 16).

À propos des odontomes rappelons que Fauconnier et Kettelslegers dans une étude récente sur la classification des odontomes écrivent: «La meilleure classification des odontomes est, à notre avis, celle qui s'appuie sur l'embryologie et la structure histologique des tissus dentaires.» Et plus loin: «Réservons pour toutes les tumeurs odontogènes en tout ou en partie calcifiée, le terme générique d'odontomes, nous dirons simplement qu'il existe trois types fondamentaux d'odontomes: *les odontomes extradentaires*, c.à.d. ceux qui se sont développés en dehors de la dent, *les odontomes épidentaires*, nés sur la dent elle-même, *les odon-*

tomes intradentaires, c.à.d. ceux qui se sont développés à l'intérieur de la dent. Toutes ces tumeurs, qu'elles appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes, procèdent en définitive des mêmes cellules originelles de la lignée ectodermique ou mésenchymateuse et rappellent suivant leur degré d'évolution l'image plus ou moins complète d'une dent adulte.»

À côté de tous ces cas que nous venons de classer facilement, existent naturellement un certain nombre de *cas inclassables* parce qu'ils ne rentrent pas d'une façon nette dans l'une ou l'autre des catégories que nous venons d'exposer.

C'est le cas par exemple pour la pièce représentée par la fig. 18 où il existe à côté d'une petite dent née par évagination de la couche épithéliale interne une autre petite dent adhérente à la première et qui lui paraît réunie par concrescence (marquée d'une croix sur la fig. 18).

Ceci nous amène à parler de la *concrescence dentaire*. Le phénomène est assez connu pour que nous nous bornions à l'essentiel.

La concrescence dentaire est la coalescence de deux dents primitivement séparées et indépendantes, grâce à une prolifération anormale de leur cément. Cliniquement ces dents souvent semblent indépendantes sur l'arcade, la radiographie et surtout l'extraction en révèlent l'union. Parfois aussi l'une des dents concrescentes est restée incluse (dent de sagesse). A l'examen des dents extraites, on note un épais dépôt de cément recouvrant les parties des racines en contact. Dans ce cas, on peut parler de «soudure dentaire» par l'intermédiaire du cément. Il est intéressant de noter également que l'orifice de sortie apicale des filets radiculaires est parfois un peu déplacé latéralement sur les racines. Dans certaines cas, il est difficile à déceler macroscopiquement.

Si, après évagination et prolifération anormale de la couche externe de la gaine épithéliale, une dent surnuméraire s'unit secondairement à la dent originale par du cément abondant, le résultat sera une *fausse dent géminée*, mais en réalité les chambres pulpaires sont indépendantes, non communicantes.

La fig. 19 représente trois cas inédits de concrescence dentaire: Le premier cas est une concrescence entre une 2^e molaire et une dent de sagesse supérieures, le second cas est une concrescence entre deux incisives centrale et latérale (cas rare), le troisième cas est une concrescence entre une seconde molaire anormale supérieure et une dent de sagesse.

La fig. 20 montre l'image histologique d'une concrescence entre les racines d'une même dent.

Quelle est la cause de ces phénomènes de concrescence? Elle est mal connue. Selon Held, «le cément possède une remarquable tendance naturelle à l'hyperplasie». Par conséquent, «l'hypercémentose lentement progressive est un processus naturel et la délimitation entre le normal et le pathologique est difficile à

préciser». Cet auteur a également mis en évidence qu'il existe une sorte de «balancement» antagoniste entre le développement du cément et celui de l'os.

Il est donc aisé de comprendre que lorsque les racines de deux dents voisines, normales ou surnuméraires, viennent à être anormalement en contact, ou exercent l'une sur l'autre des pressions anormales, il peut en résulter une hyperplasie du cément de ces dents, hyperplasie qui finit par solidariser les racines en contact. Quant à la concrescence des racines d'une même dent, elle a également pour cause une stimulation anormale de la tendance hyperplasique du cément, mais qui n'a plus cette fois pour cause la pression anormale de deux racines l'une contre l'autre, mais une irritation périradiculaire (inflammation, surcharge articulaire, etc.)

Conclusions.

Nous avons étudié dans ce travail 18 cas inédits de coalescence, fusion, gémination et concrescence dentaire. Nous avons précisé le sens qu'il convient de donner aux termes de coalescence et soudure dentaires.

La fusion dentaire (dents confusi) est l'anomalie résultant de l'union de deux germes dentaires produite au début de leur développement. Cette fusion est totale ou partielle.

La gémination dentaire est l'anomalie résultant de l'union analogue de deux germes dentaires dont l'un est un germe de dent surnuméraire.

La concrescence dentaire (dentes concreti) est l'anomalie résultant de l'union secondaire de deux ou plusieurs racines par leur cément, qu'il s'agisse des racines d'une même dent ou de plusieurs dents.

Dans la classification de ces anomalies, nous nous sommes inspirés de la classification tchèque telle qu'elle a été exposé par Mezl. Cette classification nous paraît, dans l'état actuel de nos connaissances la plus rationnelle.

Entre toutes les anomalies que nous avons classées ici, il existe des transitions dont certaines ont été considérées par nous comme «inclassables» parce qu'elles rentrent dans deux ou plusieurs des catégories sus-mentionnées.

Millionenfach bewährte Herzmittel



Kombetin

(k-Strophanthin «Boehringer») in Ampullen zu 0,5 und 0,25 mg

Myokombin

für die intramuskuläre Strophanthintherapie
in Ampullen zu 1 ccm mit 0,5 mg Kombetin + 0,07 g Novocain
«Hoechst»

Verodigen

Gitalinfraktion der Digitalisblätter
Tabletten, Granula, Suppositorien



**C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.
MANNHEIM**

General-Vertretung für das Grossherzogtum Luxemburg

PROPHAC

Baudouinstrasse, 25

LUXEMBURG

Téléfon: 30-73

La mortalité infantile au Grand-Duché de Luxembourg

par *Ginette Kohner et Mathias Reiles*

Les travaux présentés à la Société luxembourgeoise d'hygiène sociale que nous publions ci-dessous, ne sont pas destinés à un public exclusivement médical. Ils contiennent certaines notions bien connues des médecins. Mais ils ont le mérite d'envisager le problème d'un point de vue luxembourgeois.

Jusqu'ici nous n'avons disposé que de données statistiques très générales au sujet de la mortalité infantile. L'aperçu de Mademoiselle *Ginette Kohner*, attaché juridique au Ministère de la Santé et secrétaire de la Société d'hygiène sociale, constitue un premier travail de base valable. Le Dr *Mathias Reiles*, directeur de la Maternité G.-D. Charlotte de l'Etat, en a fait le commentaire médical, en insistant sur les moyens prophylactiques, dont nous manquons encore pour enrayer la mortalité infantile dans notre pays.

Dans une résolution adressée aux Ministères intéressés, la Société d'hygiène sociale a attiré l'attention des membres du Gouvernement sur l'importance et la gravité du problème et a proposé une série de mesures d'urgence, qui sont réalisables sans trop de difficultés.



A p e r ç u sur la Mortalité Infantile au Grand-Duché de Luxembourg 1946—1949

Notre étude statistique de la mortalité infantile (enfants de moins d'un an) en notre pays est basée exclusivement sur les chiffres fournis par l'Office de la Statistique Générale.

Du point de vue: santé publique, les proportions obtenues en ce qui concerne les divers aspects du problème, ont donc bien une valeur comparative réelle, mais elles doivent tout de même rester sujettes à caution. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que la déclaration des causes de décès n'est pas obligatoire en

notre pays et que la précision statistique des certificats médicaux de décès ne saura donc être complète.

D'autre part, la cause de décès indiquée au certificat, si elle est généralement la cause immédiate, n'est pas toujours la cause pathologique, originairement responsable du décès. En plus, les causes d'ordre social, les antécédents de l'enfant, normalement, ne sont pas pris en considération.

Enfin, pour les détails concernant les cantons et surtout les différentes communes, nous ne devons pas oublier que notre pays est petit et qu'en outre, la natalité est relativement faible. Un décès de plus ou de moins dans une commune, d'un bébé au-dessous d'un an, peut quelquefois changer le taux de mortalité infantile de façon étonnante.

Or ce que nous voulons tirer d'une étude statistique de la mortalité infantile au Luxembourg, c'est bien des données précises sur l'importance de cette mortalité et sur ses causes principales, afin qu'éventuellement une orientation plus judicieuse de notre politique sanitaire dans le domaine de la protection de l'Enfance puisse être réalisée.

Pour les raisons indiquées précédemment, nous croyons donc qu'il serait opportun pour le Ministère de la Santé Publique, de procéder dans un avenir rapproché à une enquête approfondie sur tous les décès d'enfants de moins d'un an au cours d'une année déterminée, prévoir p. ex. une enquête de ce genre à partir du 1^{er} janvier 1951.

A la fin de l'année, une comparaison des résultats obtenus avec ceux fournis par l'Office des Statistiques, permettrait d'établir une fois pour toutes, le degré de relativité des chiffres obtenus par ce dernier organisme et donnerait surtout une idée plus précise de l'état sanitaire de nos nourrissons.

Compte fait de toutes ces réserves, il serait tout de même absolument erroné de négliger actuellement la documentation fournie par l'Office des Statistiques.

Si la valeur des données doit surtout être exploitée par voie de comparaison (il faut étudier plusieurs années ensemble), les renseignements sur les décès par groupes d'âge et par région sont cependant tout à fait réels, de sorte que même des indications moins exactes concernant les causes de décès ne rendront pas impossible l'établissement d'un premier aperçu sommaire de l'importance de la mortalité infantile en notre pays.

Les calculs ont été opérés en principe d'après la résidence habituelle de la mère (pour les naissances aussi bien que pour les décès). Nous avons donc fait abstraction des naissances et des décès qui se sont produits au Luxembourg, alors que la mère réside habituellement à l'étranger. Nous avons dû faire abstraction aussi des naissances et des décès qui se sont produits à l'étranger, alors que la mère réside habituellement au Luxembourg.

Pour l'ensemble du pays cependant nous avons maintenu également la méthode de calcul d'après le lieu de la naissance ou du décès. Nous avons certes continué à négliger les naissances et les décès à l'étranger, mais nous croyons qu'ils sont largement compensés par le chiffre des naissances resp. décès étrangers qui ont eu lieu au Grand-Duché, et qu'ainsi, pour l'ensemble du pays, le résultat obtenu par cette méthode peut être considéré comme une image exacte de la situation. D'ailleurs les tableaux montrent que les chiffres obtenus par les deux méthodes ne sont pas très différents.

Pour les calculs de détails (cantons et communes), il était indispensable de choisir la seule méthode: d'après la résidence habituelle de la mère. En effet, un nombre considérable de naissances de toutes provenances ont lieu p. ex. à la Maternité de l'Etat et dans les autres maternités privées de la Ville de Luxembourg. Elles sont déclarées à l'administration municipale de Luxembourg-Ville. Il serait donc impossible d'avoir une idée sur l'état de santé réel, tant dans la ville de Luxembourg que dans le reste du pays, si on s'en tenait à la méthode d'après le lieu de la naissance ou du décès.

Pour illustrer ce que je viens de dire, citons quelques chiffres concrets: La Ville de Luxembourg a enregistré en 1947: 1617 naissances et 81 décès de moins d'un an, alors que pour 853 naissances et 55 décès seulement, la résidence de la mère se trouvait dans la ville.

Pour les autres années les différences sont tout aussi importantes.

Mortalité Infantile propr. dite.

Dans notre exposé et dans nos tableaux nous ne parlerons pas en détail de l'année 1945 pour la bonne raison que cette année doit être considérée comme absolument exceptionnelle.

Les bouleversements opérés par l'offensive von Rundstedt, une épidémie d'entérite, nous ont donné des chiffres inquiétants et des proportions extrêmement élevées.

Pour l'ensemble du pays il y avait en 1945 une mortalité infantile de 11,95 % (1939 - 6,92 %; 1944 - 8,63 %; 1946 - 7,49 %). Près de 30 % des décès (14,28 % en 1946) étaient la suite de troubles digestifs et les décès étaient exceptionnellement fréquents dans la période d'âge de 1 mois - 1 an; 7,52 % naissances vivantes (1946 - 4,13 %). La mortalité néo-natale (0—30 jours) était relativement moins importante: 4,43 % naissances vivantes (1946 - 3,36 %).

MORTALITE INFANTILE D'APRES LA RESIDENCE DE LA MERE
Décès 0—1 ans par cantons et par 100 naissances vivantes

	1946 %	1947 %	1948 %	1949 %
1) Grand-Duché (d'après résid.)	7,55	5,93	5,79	4,71
2) Graud-Duché (d'après lieu)	7,49	6,01	5,68	4,57
Ville de Luxembourg	6,73	6,44	5,69	4,12
Cantons:				
Esch-sur-Alzette	6,92	5,43	6,79	4,97
Capellen	12,43	4,31	4,97	5,02
Luxembourg-Campagne	10,16	6,15	9,23	6,15
Mersch	6,62	10,34	5,31	2,40
Clervaux	8,74	6,17	2,42	6,32
Diekirch	7,20	8,69	5,26	2,36
Rédange	10,19	6,47	6,49	6,25
Vianden	2,94	3,44	3,03	4,54
Wiltz	10,14	4,08	8,38	1,59
Echternach	5,07	3,52	4,91	7,74
Grevenmacher	8,—	6,01	2,76	7,52
Remich	5,32	4,54	2,05	3,18

1946.

Retour brusque à des proportions plus normales. Seuls les cantons de Capellen, Lux-Campagne, Rédange et Wiltz maintiennent des taux très élevés, sans que pour cela une cause prédominante uniforme puisse être décelée dans les 4 cantons. (Voir tableaux).

1947.

Le taux de la mortalité infantile pour l'ensemble du pays est arrivé au point le plus bas depuis 1901. (Il n'existe pas de statistiques antérieures.) Comparé aux taux enregistrés en France (6,67 %) et en Belgique (6,44 %) pour la même époque, il semble relativement favorable.

Toutefois, alors que la situation s'est améliorée ou est restée stable dans la plupart des cantons, les cantons de Mersch et de Diekirch présentent par contre une mortalité infantile accrue. Les causes sont diverses, en majeure partie cependant les décès sont dus dans les deux cantons aux causes classées sous la rubrique XV de la nomenclature internationale (débilité congénitale, naissance prématurée, conséquences de l'accouchement).

1948.

Nouvelle baisse bien que moins accentuée qu'en France (5,1 %) et en Belgique du taux de la mortalité infantile dans l'ensemble du pays. Hausse sensible par contre dans les cantons de Luxembourg-Campagne et de Wiltz. Causes diverses. Pour Wiltz la cause principale semble être d'ordre infectieux. Pour

Luxembourg-Campagne on constate surtout une recrudescence des maladies du système nerveux et des organes du sens.

1949.

Baisse spectaculaire de la mortalité infantile (pour l'ensemble du pays) à un taux extrêmement bas, contrairement à ce qui s'est apparemment passé en France et en Belgique où les taux de 1949 sont plus élevés que ceux de 1948.

Font exceptions au mouvement de baisse les cantons de : Capellen, Clervaux, Echternach et Grevenmacher qui avaient connu des taux très avantageux en 1948.

Remich est également en hausse sur 1948, mais reste néanmoins dans des limites extrêmement favorables.

Lux-Campagne et Rédange, sans être en hausse, maintiennent des taux bien trop élevés. Pour Lux-Campagne le facteur congénital et le facteur infectieux se tiennent la balance, alors que pour Rédange les causes appelées maladies de la 1^{re} année (XIV et XV) dominant nettement.

1950.

Des chiffres provisoires d'ordre général nous ont été communiquées pour les premiers six mois de l'année et il semble en résulter malheureusement que la baisse de 1949 ne devra pas se maintenir. Le taux de la mortalité infantile (Grand-Duché) pour le premier semestre 1950 est de 5,6 %. Heureusement l'Office des Statistiques sera bientôt en mesure de mettre à notre disposition, dans des délais plus rapprochés, les renseignements détaillés dont nous avons besoin, pour notre étude pratique, et ainsi nous espérons que dans l'avenir l'appareil médico-social dont nous disposons pourra intervenir dès le moindre indice de danger.

A titre de curiosité, j'ai calculé également les taux de mortalité infantile dans les communes les plus importantes du pays.

A cause de la faible importance tant du nombre des naissances que de celui des décès, les proportions doivent être sujettes à caution, comme je l'ai déjà dit plus haut. Pour la ville de Luxembourg et les communes à population plus dense du Bassin minier, la comparaison devient toutefois de plus intéressantes et mérite une attention plus particulière.

En conclusion l'on pourrait déjà dire, que le rétablissement de conditions sociales normales, la reconstruction des localités détruites pendant l'offensive Rundstedt, l'amélioration des conditions de logement dans le reste du pays, et last not least, la reprise d'activité des instances sanitaires et sociales publiques et privées n'ont pas manqué d'avoir une répercussion favorable sur la mortalité infantile dans notre pays.

Décès 0—1 an dans certaines communes et par 100 naissances vivantes

Cantons	Communes	1946 %	1947 %	1948 %	1949 %
Esch/Alzette	Bettembourg	4,53	1,47	5,17	8,33
	Differdange	9,74	5,—	7,48	7,39
	Dudelange	7,60	8,16	9,35	8,19
	Esch/Alzette	6,47	3,51	6,68	3,59
	Kayl	6,—	5,66	6,52	1,20
	Pétange	7,53	7,14	5,12	4,51
	Rumelange	5,79	2,94	5,26	3,12
	Sanem	5,48	6,25	7,50	2,77
	Schifflange	2,74	7,81	6,55	6,34
Capellen	Bascharage	8,—	5,26	3,70	4,34
	Mamer	36,—	7,69	3,33	5,88
	Steinfort	16,66	2,94	2,63	12,—
Luxbg.-camp.	Hespérange	23,53	13,51	14,28	8,33
	Niederanven	—	3,44	4,16	10,34
Mersch	Mersch	8,47	12,76	8,19	4,—
Clervaux	Clervaux	—	4,16	—	4,54
	Troisvierges	6,45	3,57	6,66	23,80
Diekirch	Diekirch	6,25	5,35	4,84	1,75
	Ettelbruck	9,85	14,92	7,14	2,81
Rédange	Beckerich	14,28	8,57	7,14	4,16
	Rédange	10,52	7,40	—	6,66
Vianden	Vianden	—	—	4,34	3,33
Wiltz	Wiltz	10,—	2,63	12,24	1,49
Echternach	Echternach	6,66	4,—	9,67	4,65
Grevenmacher	Grevenmacher	4,34	6,06	—	1,92
	Junglinster	16,28	6,89	9,67	3,44
	Mertert	7,31	5,88	3,03	3,44
Remich	Remich	3,70	5,—	—	3,70

Mortalité infantile par tranches d'âge.

L'influence des conditions sociales et des mesures sanitaires est surtout sensible en ce qui concerne la mortalité de 1 mois - 1 an. (1946 - 4,13 % diminution constante, 1949 - 2,01 %).

Les chiffres fournis par la Croix-Rouge luxembourgeoise quant au résultat obtenu par les consultations de nourrissons, sont tout aussi éloquents. La mortalité parmi les enfants surveillés (normalement des enfants de 1 mois - 1 an) n'a été en 1949 que de 0,78 %. Malheureusement ce sont précisément les enfants qui vivent dans un milieu défavorable, pour ne pas dire asocial, qui échappent le plus souvent à une surveillance méthodique facultative. Une enquête systématique, dans le genre de

celle que j'ai proposée précédemment, si elle était faite pendant plusieurs années de suite, ne manquerait pas de nous donner toutes les précisions désirables à ce sujet.

**Décès 0—30 jours par 100 naissances vivantes (col. 1)
Décès 30 jours—1 an par 100 naissances vivantes (col. 2)**

	1946		1947		1948		1949	
	0—30	30 j. —	0—30	30 j. —	0—30	30 j. —	0—30	30 j. —
	jours	1 an	jours	1 an	jours	1 an	jours	1 an
	%	%	%	%	%	%	%	%
Grand-Duché . . .	3,37	4,18	2,68	32,5	3,—	2,79	2,63	2,08
» (d'après lieu)	3,36	4,13	2,70	3,31	2,96	2,72	2,56	2,01
Ville de Luxemb..	2,60	4,13	3,28	3,16	2,90	2,79	2,79	1,33
Cantons:								
Esch/Alzette . . .	3,28	3,64	2,39	3,04	3,68	3,11	2,63	2,34
Capellen	3,98	8,45	1,96	2,35	3,73	1,24	2,28	2,74
Lux.-camp.	3,74	6,42	2,05	4,10	3,80	5,43	1,53	4,62
Mersch	3,01	3,61	6,32	4,02	3,78	1,93	1,80	0,60
Clervaux	5,46	3,28	3,37	2,80	1,45	0,97	3,79	2,53
Diekirch	5,20	2,—	4,74	3,95	1,61	3,65	1,96	0,40
Rédange	3,82	6,37	1,76	4,71	4,54	1,95	4,37	1,88
Vianden	2,94	—	3,44	—	3,03	—	—	4,54
Wiltz	2,89	7,25	—	4,08	2,39	5,99	—	1,59
Echternach	3,62	1,45	1,40	2,12	1,63	3,28	4,92	2,82
Grevenmacher . . .	2,80	5,20	2,18	3,83	1,84	0,92	3,98	3,54
Remich	3,55	1,77	1,51	3,03	0,68	1,37	2,54	0,64

La mortalité néo-natale (0—30 jours) par contre n'a pas diminué dans la même mesure (1946 - 3,36 %; 1947 - 2,70 %; 1948 - 2,96 %; 1949 - 2,56 %). La proportion sur l'ensemble des décès de moins d'un an a donc considérablement augmenté.

Décès 0—30 jours par rapport avec la totalité des décès 0—1 an

	1946	1947	1948	1949
	%	%	%	%
Grand-Duché (d'après résidence)	44,72	45,16	51,86	55,70
» (d'après lieu)	44,95	44,96	52,24	56,18
Ville de Luxembourg	38,70	50,90	51,06	67,74
Cantons:				
Esch	47,42	44,15	54,16	52,94
Capellen	32,—	45,45	75,—	45,45
Luxembourg-Campagne . . .	36,84	33,33	41,17	25,—
Mersch	45,45	61,11	63,63	75,—
Clervaux	62,50	54,54	60,—	60,—
Diekirch	72,22	54,54	30,76	83,33
Rédange	37,50	27,27	70,—	70,—
Vianden	100,—	100,—	100,—	—
Wiltz	28,57	—	28,57	—
Echternach	71,42	40,—	33,33	63,63
Grevenmacher	35,—	36,36	66,66	52,94
Remich	66,66	33,33	33,33	80,—

Nous n'avons pas établi jusqu'ici une subdivision de la mortalité néo-natale en deux périodes, à savoir : 1—10 jours et 10 jours — 1 mois, subdivision généralement admise parce qu'elle donne une idée plus exacte sur l'orientation à donner aux mesures sanitaires et sociales.

Mortinatalité (par 100 naissances totales.)

	1946 %	1947 %	1948 %	1949 %
Grand-Duché (d'après résidence)	3,11	2,38	2,39	2,47
» (d'après lieu)	3,13	2,41	2,45	2,54
Ville de Luxembourg	2,64	1,84	2,01	2,72
Cantons:				
Esch	3,64	3,20	2,88	2,07
Capellen	3,82	0,77	1,63	3,52
Luxembourg-Campagne	2,09	2,50	3,15	1,51
Mersch	3,48	2,79	0,95	3,48
Clervaux	2,65	2,19	3,28	3,06
Diekirch	1,57	1,17	3,13	1,93
Rédange	3,08	1,16	1,28	2,43
Vianden	5,55	6,45		2,22
Wiltz	4,16	3,92	2,90	3,09
Echternach	3,49	3,40	3,17	1,38
Grevenmacher	3,84	0,54	1,80	3,82
Remich	0,62	1,49	0,68	1,87

De même nous n'avons pas encore établi les causes de décès par groupes d'âge. Nous croyons toutefois que des études détaillées de ce genre s'imposent pour le Ministère de la Santé Publique.

Normalement les causes de la mortalité néo-natale doivent être cherchées surtout sous les rubriques XIV et XV, et nous voyons précisément dans nos tableaux que les chiffres renseignés sous ces rubriques n'ont guère diminué de façon appréciable, mais que le pourcentage par rapport aux décès toutes causes a augmenté.

C'est ainsi qu'en 1948 et surtout en 1949 près de la moitié des décès en-dessous d'un an étaient dus à la débilité congénitale, la naissance prématurée, les conséquences de l'accouchement et les vices de conf. congén. Le problème de la mortalité néo-natale et de ces causes n'est donc encore guère résolu dans résolu dans notre pays.

Peut-être la prochaine institution d'examen médicaux obligatoires pour la future mère et surtout l'éducation sanitaire approfondie de la population, principalement de la jeunesse féminine, permettront-elles d'améliorer la situation dans ce domaine, tout comme dans celui de la mortinatalité, qui, si elle a diminué un peu par rapport à l'avant-guerre, a tendance à rester constante maintenant.

Causes de décès d'enfants de 0—1 an dont la mère réside au Grand-Duché
(nombres totaux et pourcentage par rapport aux décès toutes causes d'enfants de 0-1an)

	1946		1947		1948		1949	
	nom- bres	%	nom- bres	%	nom- bres	%	nom- bres	%
1 Maladies infectieuses et parasitaires	30	9,31	18	7,25	13	5,39	20	10,52
2 Cancer et autres tumeurs	2	0,62	—	—	—	—	—	—
3 Mal. rhumatism., nutrition et glandes endocrines	8	2,48	6	2,41	—	—	2	1,05
4 Mal. sang et org. hématopoiétiques	—	—	3	1,20	—	—	—	—
6 Mal. syst. nerveux et org. du sens	35	10,86	21	8,46	31	12,86	24	12,63
7 Mal. app. circul.	9	2,79	5	2,01	11	4,56	2	1,05
8 Mal. app. respir.	50	15,52	37	14,91	38	15,76	21	11,05
9 Mal. app. digest.	46	14,28	37	14,91	25	10,37	12	6,31
10 Mal. app. urinaire et génital	—	—	—	—	1	0,41	—	—
12 Mal. peau	2	0,62	—	—	1	0,41	—	—
13 Mal. des os et org. mouvem.	—	—	—	—	1	0,41	—	—
14 Vices de conform. congén.	11	3,41	7	2,82	7	2,90	5	2,63
15 Débilité congénitale, naissance prématurée, conséquences de l'accouchement, Mal. part. à la 1 ^{re} année	115	35,71	97	39,11	105	43,56	94	49,47
17 Morts viol. ou accidents	5	1,55	5	2,01	3	1,24	2	1,05
18 Causes non définies	9	2,79	12	4,83	5	2,07	8	4,21
Total	222	100	248	100	241	100	190	100

En outre, il semble qu'une surveillance plus précoce des nouveaux-nés, par un pédiatre resp. une consultation de nourrissons, pourrait arriver également à diminuer le chiffre de la mortalité néo-natale.

Des comparaisons absolues entre les taux obtenus chez nous pour les différentes catégories de la mortalité infantile et ceux des autres pays étrangers, sont assez difficiles à établir, vu que les méthodes de calcul peuvent différer légèrement de pays en pays. En effet, en France par exemple, la mortinatalité comprend, non seulement les enfants nés sans vie après une gestation de plus de 6 mois, mais aussi les enfants nés vivants et décédés avant la déclaration de naissance. Par contre les U.S.A. (tout comme nous d'ailleurs) comprennent ces derniers parmi les décès de 0—1 mois, resp. de 0—1 an.

Quoiqu'il en soit, il ressort d'études faites à l'étranger, que même dans les pays très avancés, la mortalité néo-natale et la mortinatalité sont lentes à décroître. En Nouvelle-Zélande p. ex. qui est un des pays les plus favorisés au point de vue de la mortalité infantile (1947 - 2,5 %) la mortalité de 1 mois — 12 mois est tombée de 4,41 % en 1905 à 0,69 % en 1947 (c'est-à-dire n'est plus que le sixième de ce qu'elle était), alors que la

mortalité néo-natale a décru seulement de 3,06 % à 1,80 % (c'est-à-dire n'a pas même diminué de moitié).

Mortalité foeto-infantile.

La meilleure base de comparaison avec l'étranger consiste dans l'établissement du taux de la mortalité foeto-infantile, c'est-à-dire morts-nés et décès d'enfants de moins d'un an.

Mortalité foeto — infantile par 100 naissances totales

(Morts-nés + décès d'enfants de moins d'un an)

	1946 %	1947 %	1948 %	1949 %
Grand-Duché (d'après résidence)	10,43	8,17	8,04	7,07
» (d'après lieu)	10,38	8,27	7,98	7,—
Ville de Luxembourg	9,19	8,17	7,59	6,73
Cantons:				
Esch	10,32	8,46	9,49	6,95
Capellen	15,78	5,05	6,53	8,37
Luxembourg-Campagne	12,04	8,50	12,10	7,57
Mersch	9,88	12,84	6,22	5,81
Clervaux	11,17	8,24	5,63	9,20
Diekirch	8,66	9,76	8,23	4,24
Rédange	12,96	7,55	7,69	8,53
Vianden	8,33	9,67	3,03	6,66
Wiltz	13,88	7,84	11,04	4,63
Echternach	8,39	6,80	7,93	9,02
Grevenmacher	11,53	6,52	4,52	11,06
Remich	5,88	5,97	2,72	5,—

Dans notre pays, où le niveau de vie est relativement élevé, sur 100 produits de conception de plus de 6 mois, il en est mort 7 en 1949. Le taux de 1947 (8,27 %) a été inférieur au taux français (9,2 %) et celui de 1948 (7,98 %) largement supérieur au taux de ce pays. (7,5 %).

Dire, que le taux de la mortalité foeto-infantile en Nouvelle-Zélande n'a été que de 4 % en 1947, alors que nous nous glorifions déjà d'avoir un taux de mortalité infantile propr. dite de 4,57 % en 1949 !

Conclusions.

La brève étude que je viens de faire sur la mortalité infantile dans notre pays ne doit être considérée que comme un début, comme une ébauche du problème.

Trop d'aspects ont encore été laissés dans l'ombre. J'en ai mentionné dans le corps de mon exposé, tels que:

- 1) la subdivision de la mortalité néo-natale en une période de 1—10 jours et de 10 jours — 1 mois,
- 2) les causes de décès par groupes d'âge.

Ne faudrait-il pas contrôler également d'année en année les variations de la mortalité infantile suivant le mois ou la saison de l'année ?

Enfin, toutes ces statistiques supplémentaires devront être établies pour les différentes régions du pays, afin de voir plus clair l'endémicité éventuelle qui existe et de décider des moyens d'action qu'il faut choisir.

De toute façon cependant, il ne m'appartiendra pas de mettre le point final à une étude, même schématique de la mortalité infantile en notre pays. C'est là la tâche du médecin.

Tout ce que je peux constater, chiffres en main, c'est que parmi les pays civilisés, nous sommes loin de ranger aux premières places. La Suède, la Suisse, les États-Unis, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande et même les pays tout aussi durement touchés par la guerre que nous, comme le Danemark, l'Angleterre, la Norvège et surtout la Hollande, ont tous une mortalité infantile inférieure à 4 % et même pour la plupart à 3 %.

Il n'est donc pas trop tôt pour nous mettre à la besogne et pour adopter les armes qui ont fait leurs preuves à l'étranger:

Conditions d'habitation et de vie normales;

Surveillance prénatale et post-natale des mères et spécialement des mères non mariées;

Surveillance médico-sociale de tous les enfants à partir du jour de la naissance;

Consultations de nourrissons ambulantes pouvant desservir les petites localités du pays;

Campagne en faveur de l'allaitement maternel;

Propagation de notions d'hygiène et de puériculture etc.

Ginette Kohner



Causes et prophylaxie de la mortalité infantile au Grand-Duché de Luxembourg

La mortalité infantile, ses causes et les moyens de les combattre, a toujours été un des premiers soucis des autorités responsables des conditions sanitaires et hygiéniques d'un pays.

Très élevée, au début de ce siècle, dans tous les pays du monde entier, certains pourtant ont réussi à abaisser par des moyens appropriés le taux de leur mortalité infantile à des chiffres extrêmement bas.

Il est de notre devoir de concentrer tous nos efforts vers le même but et de tâcher d'arriver à des résultats analogues.

Tel qu'il ressort du travail de statistique remarquable que Mademoiselle *Kohner* vient de nous présenter nous sommes encore loin de ce but, malgré notre standard de vie relativement élevé. Chez nous comme ailleurs, deux guerres ont entravé l'action bienfaisante du développement de l'hygiène et des lois sociales; elles ont eu une répercussion fâcheuse sur la courbe

descendante de la mortalité infantile. L'année 1945 en est un exemple frappant.

Mais en faisant abstraction de ces événements exceptionnels nous devons reconnaître que le taux de notre mortalité infantile est trop élevé vis-à-vis de notre standard de vie et de nos conditions sociales. Nombre de pays vivant dans des conditions moins favorables, l'Angleterre par exemple, ont une mortalité inférieure à la nôtre. C'est que dans ces pays des mesures prophylactiques — n'existant pas ou imparfaitement chez nous — ont éliminé depuis longtemps des facteurs nocifs contre lesquels nous nous débattons encore actuellement.

Définition :

La mortalité proprement dite est considérée de façon différente suivant qu'elle comprend la période anté- ou post-natale.

La mortalité comprend la période comprise entre 6 mois de vie intra-utérine et la naissance. D'après quelques auteurs elle s'étend même jusqu'au troisième ou quatrième jour après la naissance, époque pendant laquelle certaines lésions provenant directement de l'accouchement tuent l'enfant précocément.

La mortalité néo-natale s'étend suivant les auteurs de 0 à 10 ou de 0 à 30 jours.

Enfin la mortalité proprement dite est celle qui frappe les enfants entre 0 et 1 an.

On pourrait donner au problème une plus vaste étendue encore, si on voulait prendre en considération, que très souvent la santé des parents a une répercussion indéniable sur celle de l'enfant. Le facteur héréditaire, la transmission de tares et maladies des parents aux descendants joue un rôle très important en pathologie infantile.

Ceci revient à dire que l'union de deux hommes dans le mariage ne doit pas nous laisser indifférent au point de vue démographique. Il appartient donc à la lutte contre la mortalité infantile de propager l'examen pré-nuptial et d'éliminer par ce moyen, dans la mesure du possible, en respectant la liberté et la dignité humaine, tous les facteurs héréditaires et contagieux susceptibles de compromettre la santé de la progéniture.

Dans un sens plus large encore devons-nous mettre aussi sur le bilan des pertes en vies les avortements de quelles causes qu'ils soient, surtout les avortements criminels, puisque parmi toutes les causes connues ils prennent une part prépondérante dans la destruction de la vie, avant même l'époque de la viabilité. Les moyens médicaux et légaux destinés à combattre les causes de l'avortement constituent donc une autre arme dans la lutte contre la mortalité infantile !

La mortinatalité.

Dans notre pays la mortinatalité se présente assez favorablement et les chiffres indiqués par Mademoiselle Kohner se superposent à ceux publiés par d'autres pays.

Les causes de cette mortalité doivent être recherchées d'abord dans un certain nombre de maladies de la mère ayant une répercussion défavorable et même néfaste sur le développement du fœtus, telles que certaines maladies du cœur, du poumon, des reins, les toxicoses, la syphilis etc...

Beaucoup d'accouchements prématurés sont causés par ces mêmes maladies; d'autres sont dus au surmenage des femmes obligées de travailler en dehors du milieu familial pour aider à subvenir aux besoins de la famille.

Il appartient à l'examen pré-natal de faciliter le dépistage de ces causes morbides et de prévenir par un traitement approprié institué à temps les incidents propices à la mortalité de cette époque. Chez nous un grand nombre de femmes se soumettent à cet examen spontanément, les non assurées comme assurées. Cependant, afin d'atteindre le plus de monde possible, on devrait avoir recours à une propagande plus intensive et surtout faire dépendre l'examen pré-natal de certains avantages matériels sous forme de primes, d'allocations etc...

Enfin, dans le but de réduire le nombre de maladies des femmes enceintes et les accouchements prématurés, des mesures sociales plus avantageuses encore que celles dont nous disposons déjà actuellement seraient à appliquer, par exemple : augmenter la période de repos rémunéré avant l'accouchement de 6 semaines à trois mois.

Au cours de l'accouchement surtout, beaucoup de facteurs interviennent isolément ou simultanément pour mettre en danger la vie de l'enfant et effectivement le chiffre de mortalité le plus bas qu'on ait atteint jusqu'à présent est situé aux environs de 2 %. L'âge de la mère joue certainement un rôle aussi en ce sens que la mortalité infantile augmente avec l'âge. Ensuite le taux de la mortalité est plus élevé chez les primipares que chez les multipares. Citons finalement les accouchements dystociques, soit par anomalies de la présentation du fœtus, angustie pelvienne, volume exagéré de l'enfant, anomalies des contractions utérines et de la dilatation, procidences du cordon... C'est généralement par anoxémie (asphyxie) et hémorragies méningées que les enfants succombent pendant ou peu de temps après l'accouchement. Les autopsies des enfants morts-nés montrent que les lésions vasculaires intra-crâniennes sous forme d'hémorragies méningées sont plus fréquentes qu'on ne l'a admis autrefois. Certains enfants présentent une fragilité vasculaire plus élevée que d'autres et ce sont précisément ceux-là qui succombent de façon tout à fait inattendue au cours des accouchements les plus rapides et les plus normaux.

Ce qui est vrai pour les enfants nés à terme, s'applique à un degré bien supérieur aux enfants nés prématurément. Leur résistance au traumatisme obstétrical est beaucoup plus faible et les lésions citées tout à l'heure sont plus fréquentes chez eux que

danger. Nombreuses sont les maladies qu'il peut transmettre à l'enfant.

Les infections, en particulier celle de l'appareil respiratoire et du système nerveux central prennent une part prépondérante dans la mortalité des enfants de 0 à 1 an.

Les Antibiotiques ne sont pas à même d'éviter toutes les issues mortelles. Les maladies infectieuses et parasitaires se chiffrent par 10,2 % en 1949. La tuberculose ne figure pas dans notre statistiques des cause de la mort. C'est qu'elle est souvent méconnue à cet âge et figure certainement dans la rubrique des maladies infectieuses, méningites et maladies de l'appareil respiratoire. Il est d'ailleurs bien connu que le bacille de Koch trouve chez le jeune enfant un terrain favorable et la tuberculose larvée évoluant sous forme d'infections banales est plus fréquents qu'on ne l'admet généralement.

La mortalité infantile dépend essentiellement des conditions du milieu social dans lesquelles l'enfant se développe. L'hygiène tout court est le meilleur garant de la santé de l'enfant. La mortalité infantile la plus élevée se rencontre toujours dans les pays et les agglomérations où les problèmes des taudis, des conditions sociales de l'ouvrière etc... n'ont pas encore trouvé une solution suffisante. Dans les taudis florissent le rachitisme, la tuberculose et les maladies infectieuses chez des enfants insuffisamment et incorrectement alimentés. La future mère qui travaille à l'usine ou ailleurs dans des conditions hygiéniques defectueuses, compromet sa santé et celle de son enfant.

Citons également, pour être complet, le facteur saisonnier qui a une répercussion indéniable sur la santé en général et l'évolution des maladies en particulier. L'élément infectieux domine en hiver; la dyspepsie en été.

La lutte contre la mortalité infantile.

Toute lutte contre la mortalité infantile doit nécessairement débiter par le dépistage aussi complet que possible de ses causes. Une étude statistique nous renseignera ensuite sur le degré et les diverses modalités de localisation et de fréquence de ces causes. Il ne suffit pas de constater que tant et tant d'enfants de 0 à 1 an meurent à la suite de troubles gastro-intestinaux, mais il faut tâcher de découvrir à quel âge, dans quel milieu, à quel mode d'alimentation et à quel moment ces enfants meurent. C'est ainsi qu'on doit chercher et qu'on trouvera les moyens de combattre cette mortalité. Il en est de même des autres causes.

De quels moyens disposons-nous pour sauvegarder la santé et la vie de nos enfants? Ces moyens sont-ils suffisants et avons-nous épuisé toutes les ressources dont nous sommes capables pour combattre la mortalité infantile chez nous? Pourquoi, pays à standard de vie relativement élevé, avons-nous une mortalité infantile plus élevée que d'autres? Autant de questions, autant de problèmes à résoudre.

En suivant le plan adopté dans ce travail pour déterminer les causes de la mortalité infantile, citons d'abord *l'examen pré-nuptial obligatoire*.

Dans d'autres pays ce moyen a été adopté depuis longtemps déjà pour prévenir dans la mesure du possible la contagion familiale et l'hérédité morbide. Les modalités de cet examen varient suivant les pays. Le mode le mieux approprié à nos besoins et respectant le plus la liberté individuelle et le secret médical, est celui introduit en France. En effet, dans ce pays, il suffit de présenter à l'officier de l'Etat Civil un certificat d'un médecin de son choix, attestant qu'un examen médical en vue du mariage a été fait en même temps qu'une radiographie et un examen sérologique. Par ces deux derniers examens on vise tout spécialement la tuberculose et la syphilis, maladies sociales par excellence, capables de compromettre l'avenir sanitaire des époux et de la progéniture. Chez nous l'examen pré-nuptial obligatoire n'existe pas encore. Nous ne sommes arrivés qu'à des travaux préliminaires. Il serait à souhaiter que dans un proche avenir les projets élaborés soient enfin réalisés. (Motion René Blum à la chambre des députés en 1926.)

La suite logique de l'examen pré-nuptial est sans aucun doute *l'examen pré-natal*. Dans notre pays il n'existe à vrai dire aucune organisation dirigée de l'examen pré-natal comme en France et en Belgique par exemple, pour ne parler que de nos voisins immédiats. Ici la propagande est très intense et, ce qui est efficace, on fait dépendre le paiement de certaines allocations de la visite régulière (3^{me}, 6^{me} et 8^{me} mois de la grossesse) des consultations pré-natales. Malgré l'absence de propagande et d'avantages matériels beaucoup de nos femmes enceintes se présentent spontanément à leur médecin en vue d'un examen pré-natal. Il suffirait donc de soutenir tant soit peu cette bonne volonté du public pour voir se présenter un nombre beaucoup plus grand encore, si non la presque totalité de nos femmes enceintes.

Quant à la mortalité due à des lésions subies au cours de l'accouchement, les résultats obtenus dépendent partiellement de la conduite de l'accouchement et de l'application des *méthodes modernes de l'accouchement* dirigé, évitant dans la mesure du possible les traumatismes obstétricaux. La surveillance des maisons d'accouchement privées, telle qu'elle est réclamée et pratiquée à l'étranger, serait à envisager également chez nous.

La lutte contre la mortalité infantile doit diriger ses efforts avant tout contre les causes majeures de la mortalité. Les maladies gastro-intestinales étant une des causes les plus fréquentes tout doit être mis en oeuvre pour les réduire à leur minimum d'effet.

Le moyen le plus efficace dans la prévention de ces accidents mortels est sans contredit *l'allaitement maternel*. Une propagande intelligente et bien dirigée par tous les moyens disponibles

doit être instituée pour convaincre le public de la nécessité et du bien fondé de ce mode d'allaitement.

Conférences, presse, film et cours de puériculture aux jeunes filles et futures mères doivent rallier leurs efforts pour faire l'éducation du public et combattre les préjugés néfastes qui dans tous les milieux influencent défavorablement l'action salutaire de l'allaitement maternel sur la santé des nourrissons. De même, en cas d'impossibilité ou de contre-indications de l'allaitement maternel les principes de l'allaitement artificiel adaptés aux besoins de l'enfant doivent être divulgués avec les mêmes moyens de propagande que l'allaitement maternel.

Combien d'enfants payent de leur vie l'ignorance des mères en cette matière !

La santé du nourrisson est bien souvent compromise par un *lait de vache* de mauvaise qualité, c'est-à-dire altéré par manque de soins pendant le transport et la conservation, contenant des souillures et des produits d'altération de toutes sortes, parfois des substances chimiques qu'on y a ajoutées dans un but de conservation et de stérilisation, capables d'engendrer des troubles digestifs graves et des intoxications chroniques. Le lait le plus dangereux est celui qui est vecteur de microbes pathogènes virulents tels que les bacilles typhiques et tuberculeux.

Certaines villes à l'étranger se sont tout particulièrement intéressées à ce problème et tâchent de fournir aux jeunes nourrissons un lait d'une qualité telle qu'il met les enfants à l'abri de ces dangers. Le lait provient de vaches qui sont uniquement destinées à fournir leur lait à l'alimentation des nourrissons. Le personnel, les animaux et les étables sont constamment sous surveillance médicale; le lait est stérilisé, conservé à basse température et livré le plus vite possible aux consommateurs. Dans ces conditions on est sûr d'avoir un lait de qualité parfaite et ne contenant pratiquement pas de microbes.

Il est évident qu'une telle entreprise comporterait un certain nombre de difficultés de nature organisatrice et financière. Mais la sauvegarde de la santé et de la vie ne vaut-elle pas le prix ?

Il y a des cas pourtant où, malgré l'allaitement artificiel le mieux conduit les accidents gastro-intestinaux mortels sont inévitables. Ce sont les cas d'intolérance absolue au lait de vache. Ces cas ne sont malheureusement pas très rares.

C'est alors que le *lactarium* entre dans ses droits. Cette institution existe aujourd'hui dans toutes les villes importantes à l'étranger et n'est autre chose qu'un centre collecteur et distributeur de lait de femme destiné à des enfants souffrant de dyspepsie grave.

Arme très efficace dans la lutte contre la mortalité infantile, elle sauve autant de vies humaines que la transfusion sanguine.

Dans notre pays on n'est qu'au stade de projets.

Le traitement des dyspepsies graves est chose impossible à domicile. Il nous faut pour ceci des hôpitaux spécialisés avec des

médecins spécialistes et un personnel spécialisé. C'est le seul et unique moyen d'obtenir les mêmes résultats que ceux des pays qui disposent de ces *hôpitaux pour enfants*.

En dehors d'un petit service à la clinique d'Eich, largement insuffisant, notre pays est le seul qui ne possède pas de clinique infantile proprement dite. Et pourtant il ne serait pas trop difficile d'annexer à un des services hospitaliers existant une petite station spécialisée pour enfants souffrant de troubles dyspeptiques graves. Ceci aurait certainement une répercussion favorable sur notre mortalité infantile.

Les mesures prophylactiques contre les maladies infectieuses est le deuxième point capital dans la lutte contre la mortalité infantile. Dans ce domaine il faut faire une éducation du public. Il faut d'abord que tout le monde sache que la plupart des infections sont d'origine microbienne et que des infections banales chez l'adulte, comme un simple rhume, peuvent transmettre au nourrisson plus sensible et moins protégé une infection grave et mortelle, que dans ce cas on ne doit aborder un nourrisson qu'avec un masque etc... On pourrait multiplier ces exemples.

La tuberculose est une maladie à laquelle le jeune nourrisson est très sensible et la mortalité de ceux qui vivent en milieu contaminé est extrêmement grande. Ici nous empiétons sur le terrain de la lutte anti-tuberculeuse. L'isolement de l'enfant du milieu contaminé et la vaccination par le BCG sont des moyens efficaces pour prévenir la contagion.

La vaccinothérapie contre la diphtérie et la coqueluche a également ses indications au courant de la première année de la vie.

Les infections mortelles de la plaie ombilicale sont devenues aujourd'hui une rareté grâce aux progrès de l'asepsie et des moyens anti-infectieux.

Les conditions d'insalubrité des habitations (taudis) jouent une part prépondérante dans la genèse des maladies infantiles infectieuses et dyscrasiques. La suppression des taudis et l'amélioration des conditions hygiéniques des habitations, sous quelle forme qu'elle soit, par exemple la construction des habitations à bon marché, les prêts au mariage, les primes de construction etc... sont autant de moyens d'abaisser le taux de la mortalité infantile en facilitant aux familles l'acquisition de maisons salubres.

De grands efforts ont été réalisés en ce sens chez nous, au courant des dernières années par les pouvoirs publics et les conditions anormales créées par la guerre sont en train de subir une amélioration progressive.

L'enfant né prématurément payant le tribut le plus large à la mortalité infantile, néo-natale surtout, une coordination de tous les efforts doit être réalisées pour réduire à un strict minimum cette perte en vies humaines. Le dépistage des états pathologiques conduisant à la naissance prématurée par l'examen pré-natal,

l'amélioration des conditions hygiéniques et sociales en général et celles de la femme travaillant hors du foyer en particulier, le diagnostic et le traitement précoce de la syphilis, voilà quelques une des mesures prophylactiques les plus importantes.

La survie du prématuré, l'élément constitutionnel mis à part, dépend essentiellement des soins qu'on est en mesure de lui prodiguer. Très sensible aux infections de toutes sortes, prédisposé aux troubles gastro-intestinaux en cas d'allaitement artificiel, c'est contre ces causes de la mortalité que nous devons guider tous nos efforts.

Les soins de tous les prématurés au-dessous de 2000 gr. devraient se faire dans des milieux spécialisés, munis de tout le matériel nécessaire et avant tout dotés d'un personnel stylé dont la tâche est essentielle, aussi importante, si non plus importante, que celle du médecin. Deux de ces services seraient suffisants pour notre pays, un pour le nord et l'autre pour le sud. Le transport des enfants se ferait dans des couveuses spéciales et l'alimentation devrait se faire uniquement au lait maternel. Ainsi conçue la lutte contre la mortalité des enfants prématurés pourrait être menée avec un maximum d'effet.

Malheureusement, toute propagande, aussi intense et bien menée qu'elle soit, est vouée à un échec si elle ne trouve pas la compréhension d'un public la plupart du temps désintéressé et ignorant les règles essentielles de l'hygiène infantile. Il est donc tout naturel et indispensable de combiner avec la propagande une *éducation* simple et compréhensible dans les principes fondamentaux de l'hygiène du nourrisson. J'ai déjà insisté sur cette éducation à propos de l'allaitement maternel. Dans tous les pays qui ont une mortalité peu élevée, cette éducation est faite de façon systématique par la presse, la radio, le film, des conférences etc... Le moyen le plus efficace pourtant consiste à donner des cours de puériculture aux jeunes mères et tout spécialement aux jeunes filles des écoles de l'enseignement secondaire: lycées, écoles normales, écoles ménagères, pensionnats etc... Les principes adoptés pendant l'âge scolaire sont solides et résistent généralement aux influences néfastes des idées erronées et des préjugés de l'entourage des jeunes mères.

Depuis un certain nombre d'années, cette propagande éducative s'est intensifiée également chez nous par les cours de puériculture de la Croix-Rouge luxembourgeoise, les cours de puériculture au lycée de Jeunes Filles etc.

Il y aurait lieu de faire plus encore et spécialement d'étendre cet enseignement à toutes les écoles de notre jeunesse féminine.

La valeur des *consultations de nourrissons* et leur rôle dans la prophylaxie de la mortalité de 0 à 1 an est universellement reconnue. Le taux de la mortalité indiqué par la Croix-Rouge en 1949 a été extrêmement bas: 0,78 %. Preuve en est que ces consultations doivent être multipliées et intensifiées pour que

leur action bienfaisante soit rendue accessible au plus grand nombre d'enfants possible.

Beaucoup d'enfants pourtant ne sont pas dirigés vers les consultations de nourrissons, soit par désintéressement des parents, soit que, dans les milieux ruraux, la consultation est trop éloignée du domicile. Dans certains pays, en Belgique notamment, on cherche à atteindre ces enfants par des consultations de nourrissons ambulantes. Des puéricultrices se rendent au domicile des enfants, afin de contrôler leur état de santé, de surveiller l'alimentation et de donner des conseils aux mères chaque fois que ceci semble nécessaire.

Il serait à souhaiter qu'une telle organisation soit également mise en oeuvre chez nous, éventuellement avec l'adjonction d'autos spécialement aménagées, contenant tout le mobilier et le matériel nécessaire à une consultation de nourrissons destinée aux enfants à la campagne trop éloignés des consultations usuelles.

Les consultations de nourrissons organisées et fonctionnant de cette façon nous seraient d'un concours précieux et efficace dans la lutte contre la mortalité infantile.

Un dernier problème à résoudre est celui du sort et de l'avenir des *mères non mariées* et de leurs enfants. De toutes parts on signale la mortalité très élevée des enfants illégitimes. Ceci n'a rien d'étonnant vu les conditions défavorables dans lesquelles ces enfants se développent généralement.

Il y a parmi ces enfants beaucoup de tarés, beaucoup de déficiences physiques et psychiques, mais ne l'oublions pas, il y a aussi parmi eux un grand nombre d'éléments qui, quand on leur donne les soins appropriés, feront plus tard une vie normale et peuvent même devenir des hommes de valeur.

Aucune statistique n'existe chez nous au sujet de la mortalité des enfants illégitimes. Pourquoi ne pas entreprendre d'améliorer les conditions sociales des mères non mariées et de leurs enfants pour des raisons démographiques et humanitaires.

Pour ce faire il suffirait de créer dans un établissement déjà existant (la Maternité s'y prêterait le mieux) un refuge ou maison maternelle pour mères non mariées, ou ces femmes, le plus souvent délaissées par les leurs, seraient admises au courant de leur grossesse, y seraient logées, nourries, et participeraient le cas échéant dans cet établissement aux travaux de ménage ou de jardinage.

Après l'accouchement, la première et la plus importante des missions de cette institution serait de consolider les liens entre mère et enfant par l'allaitement au sein et tous les soins que la mère pourrait donner elle-même à son enfant. Elle pourrait travailler à l'établissement ou au dehors et gagner sa vie, jusqu'à ce que l'enfant serait placé ou, ce qui constituerait la solution idéale, la mère aurait la possibilité de se marier avec le père de son enfant.

Voilà donc un moyen très efficace à mettre en oeuvre pour combattre la mortalité de l'enfance illégitime.

Il résulte de cet exposé que tous les moyens prophylactiques de lutte contre la mortalité infantile, dont nous manquons encore pour arriver aux mêmes résultats si favorables que d'autres pays ont obtenus, sont réalisables sans trop de difficultés. Il suffit de surmonter un certain état d'inertie qui le plus souvent s'oppose à la réalisation de projets d'exécution relativement simple, et ensuite il nous faut une coordination des efforts, faits de différents côtés, pour arriver au but que tout le monde veut réaliser:
La sauvegarde de la santé et de la vie de nos enfants.

D^r Reiles

Résolution.

Les Membres de la Société Luxembourgeoise d'Hygiène Sociale et Scolaire,

considérant que la mortalité infantile au Grand-Duché de Luxembourg dépasse encore de loin les taux afférents dans la plupart des pays civilisés,

attirent l'attention des membres du Gouvernement sur l'importance et la gravité de ce problème,

les prient de prendre d'urgence les mesures qui s'imposent en la matière.

Ils insistent surtout sur la nécessité:

- de la *déclaration obligatoire des causes de décès*;
- d'une *enquête* approfondie sur tout les cas de mortalité et de mortalité infantile, qui devra porter sur la cause des décès, leur répartition géographique, le milieu social des parents, les conditions de l'accouchement;
- de l'introduction du *certificat pré-nuptial obligatoire*;
- de la *protection prénatale et postnatale obligatoire*, spécialement des femmes qui travaillent en dehors de leur ménage et des mères non mariées;
- de *prestations familiales* judicieuses et de *congés pré- et postnataux* de durée suffisante;
- de la création d'un *service spécial pour prématurés complété d'un lactarium.*

Ils estiment que *l'assistance médicale doit être garantie à chaque femme en couches*;

que l'activité actuelle des *consultations de nourrissons* doit être intensifiée et étendue à tous les nourrissons du pays par des visites à domicile et des consultations ambulantes;

que les médecins et les infirmières-visiteuses attachés aux consultations de nourrissons doivent suivre périodiquement des *cours de perfectionnement*, de même que les sages-femmes;

que les maternités et les oeuvres de la première enfance doivent être *contrôlées* effectivement par le Ministère de la Santé Publique;

que la création d'une *clinique infantile* est d'une nécessité primordiale;

que l'*éducation sanitaire* de la population et spécialement de la jeunesse féminine doit être approfondie et que par conséquent l'enseignement primaire, post-scolaire et moyen doivent en tenir largement compte;

que la production et la vente du *lait et des aliments diététiques pour nourrissons* doivent être contrôlées rigoureusement;

et que surtout la lutte pour des *logements sains* doit être encouragée dans la mesure du possible.

ANTIDIARRHÉTIQUE NATUREL

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

DIAREX

Indications :

Dyspepsie aiguë et chronique.

Dystrophie et décomposition avec selles liquides.

Intoxications (alimentaires et infectieuses).

Entérite, Colite et Dysentérie

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**

Die Tuberkulose in Dänemark und ihre Bekämpfung

von Dr. Norgaard, Kopenhagen

Die Tuberkulose ist in Dänemark sehr ausgebreitet gewesen, in welchem Grade wissen wir nicht genau, da eine zuverlässige Statistik aus der Zeit vor der Jahrhundertwende fehlt.

Vom Jahre 1900 an gibt es aber absolut wahre Zahlen. Damals rechnete man, dass in Dänemark jeder siebente Mensch an Lungentuberkulose starb.

Die Verhältnisse in den überfüllten Quartieren der Städte und in den kleinen Häusern auf dem Lande waren sehr ernst. Ganze Familien wurden von der Tuberkulose angegriffen. der Vater z. B. mit einer chronischen sogenannten «Erkältung» oder chronischen Bronchitis (in Wirklichkeit Tuberkulose), die Mutter mit offener Tuberkulose, die Kinder hatten Scrofulose und tuberkulöse Drüsen oder Knochenleiden. Viele Familien starben infolge Lungentuberkulose und Meningitis fast gänzlich aus. Infektionsherde waren meistens die älteren Familienmitglieder, die wohl husteten, aber keine sonstigen Symptome zeigten.

Schon 1875 wurde das erste Küstensanatorium in Dänemark für Kinder eröffnet, aber die eigentliche Tuberkulose-Bekämpfung begann, als im Jahre 1901 ein Kreis von Aerzten sich mit hervorragenden Männern von andern Gewerben zusammenschloss, um einen privaten Verein zu bilden: den «Nationalverein zur Bekämpfung der Tuberkulose». Dieser Verein errichtete erstens mehrere Sanatorien, in welchen den Patienten durch frische Luft, gute Ernährung und passende Pflege, Besserung und Heilung gewährleistet wurde. Der dänische Staat leistete ökonomische Hilfe, und augenblicklich besitzt Dänemark längst eine grosse Anzahl von Sanatorien.

Eine andere wichtige Seite der Tätigkeit des Nationalvereins ist seine belehrende Arbeit. Durch Plakate und sonstige Veröffentlichungen wird die Bevölkerung vor der Ansteckungsgefahr gewarnt.

Allmählich kamen eine Reihe von neuen Fortschritten: Die Arbeit der Aerzte wurde durch Einführung kostenloser Untersuchungen auf Tuberkelbazillen im Expektorat in allen Krankenhäusern erleichtert, sowie auch auf speziellen Stationen, wo Gläser zur Aufsammlung des Expektorates requiriert werden konnten.

Die Sanatorien wurden allmählich geteilt in Sanatorien für leichter angegriffene Tuberkulose-Patienten und in Tuberkulose-Krankenhäuser für besonders schwere Fälle.

Die Sanatorien wurden in den schönsten Orten des Landes errichtet, mit Park- und Waldanlagen für die nichtbettlägerigen Patienten. Die Preise in den Sanatorien waren äusserst niedrig, sodass es finanziell leicht möglich war, behandelt zu werden. Bei unbemittelten Kranken übernahm der Staat die Kosten.

Die Errichtung der vielen Sanatorien bewirkte, dass Spezialärzte für Lungentuberkulose ausgebildet wurden.

Trotzdem blieb noch viel zu tun. Während des Aufenthaltes des Kranken in Krankenhäusern oder Sanatorien, auch noch als Rekonvaleszent zu Hause, verdiente er nichts. Um dem abzuhelfen, wurde 1921 eine Krankenkassenordnung und die Invalidenversicherung eingesetzt, mit deren Hilfe man den Patienten für den verlorenen Verdienst während der Krankheit entschädigte. Später (1948-1950) ist diese Hilfe durch eine neue Gesetzgebung noch verbessert worden.

Aber auch die kommunale Verwaltung verstand, dass die Tuberkulose einen grossen Arbeitsverlust für die Bevölkerung bedeutete. Teils gaben die Gemeinden ihren Beitrag durch Bauen von neuen Krankenhäusern oder finanzielle Hilfe an die Kranken oder ihre Familien, teils gaben sie einen Sonderzuschuss für bessere Ernährung des Patienten.

Die Krankenkassen (und beinahe alle Dänen sind gegen Krankheit versichert) tragen die finanzielle Last, und bei langandauernder Krankheit kommt noch die Invalidenversicherung hinzu, deren finanzieller Beistand bis zur Genesung oder zum Tode andauern. Auch der Geheilte erhält die Invalidenrente noch einige Zeit nach seiner Behandlung, um einen Rückfall zu vermeiden — eine humane und kluge Einstellung.

Während der letzten Jahre hat der Kampf gegen die Tuberkulose sich noch weiter entwickelt. Man hat gesehen, dass diese Krankheit, die besonders die Jugend angreift, fatal für die Gemeinschaft ist. Sie entreisst die Jungen in dem Alter, wo sie eben nützliche und aktive Bürger werden sollen! Deshalb ist es sozialökonomisch besser, Geld für den Kampf gegen die Krankheit zu opfern, als zum Beispiel gegen Krebs, der die älteren oder ältesten Altersklassen angreift, die ja sowieso aus dem aktiven Leben austreten.

Von diesen ökonomischen Ueberlegungen ausgehend, hat in Dänemark in den letzten Jahren eine grosse Arbeit eingesetzt.

Zur selben Zeit, oder vielleicht ein wenig vorher, hat man die Bekämpfung der Vieh-Tuberkulose aufgenommen. Dänemark ist ein Land des Ackerbaues, das teilweise von seinem Export von Ackerbauprodukten leben soll. Deshalb ist die Vieh-Tuberkulose unter sehr strenger Kontrolle. Ohne eine Bekämpfung dieses Uebels ist der Kampf gegen die Tuberkulose beim Menschen umsonst, da eine häufige Ansteckung der Menschen durch das Vieh bewiesen ist. Gutmöglich geführte hygienische Massnahmen bei der Behandlung, dem Transport und der Aufbewahrung der Milch sind sehr wichtig für die allgemeine Tuberkulose-Bekämpfung.

Eine neue Gesetzgebung hat äusserlich die Tuberkulose-Behandlung (Diagnose, Prophylaxie und Therapie) erleichtert. Seit vielen Jahren werden alle Fälle von tuberkulösen Leiden der zuständigen Verwaltung des Landes gemeldet. Auch wird jetzt die ganze Bevölkerung systematisch auf Tuberkulose untersucht. Diese Untersuchung ist gratis und freiwillig.

Sehr wichtig für die Untersuchungen sind die Tuberkulose-Stationen: Dänemark ist in 23 Aemter, das heisst Landeskreise eingeteilt, jeder mit einer grösseren Stadt als Hauptpunkt. In jedem Amt gibt es eine Zentralstation, die Filialen in allen umliegenden grösseren Städten hat.

Der Chefarzt einer Tuberkulose-Station wird von mehreren Assistenzärzten unterstützt, ausserdem gibt es Krankenschwestern, technische Assistenten, Fotografen und Kontorbeamte.

In Kopenhagen, Hauptstadt Dänemarks (800.000 Einwohner), wird die Station von 3 Chefarzten, 18 Assistenzärzten, 65 Krankenschwestern, 7 Photographen und 56 Bureaubeamten geführt. Oft hat man über 1.000 Konsultationen am Tage, dazu kommen noch die Krankenbesuche. Man arbeitet in «teams», d. h. je ein Arzt und zwei Krankenschwestern arbeiten zusammen.

Hauptpunkte der Untersuchung sind die Mantoux- und Morokutanreaktionen und die Durchleuchtungen. Die Röntgenaufnahmen werden auf Leica-film photographiert und aufbewahrt. Stetoskopie wird nicht mehr angewandt.

Man sucht soweit als möglich alle tuberkulös-negativen Menschen, Kinder und Erwachsene, gegen Tuberkulose zu impfen, falls es möglich ist.

Die Impfung ist freiwillig, jedoch wenn eine Ansteckungsgefahr vorhanden ist, übt man selbstverständlich einen gewissen moralischen Druck aus.

Die Behandlung der entdeckten Krankheit findet gewöhnlich nicht auf der Tuberkulosestation statt, die wie gesagt eine Diagnosestation ist, sie wird in dem speziellen Tuberkulose-Krankenhaus oder Sanatorium vorgenommen. Auf dem Lande ist oft die Tuberkulosestation in dem Krankenhaus oder dem Sanatorium untergebracht.

Für die Untersuchung auf der Zentralstation wird meistens eine Zusage des behandelnden Arztes angefordert, sie ist aber nicht unbedingt notwendig, man kann auch direkt von sich aus kommen, man soll aber der Gemeinde angehören, in der sich die Station befindet.

Auf der Station bekommt man zuerst einen kurzen vorgedruckten Fragebogen über die Untersuchungen, die gemacht werden sollen. Es gibt selten längere Wartezeit.

Die Untersuchung selbst findet folgendermassen statt: Erst wird ein Krankenjournal von einem Assistenten geschrieben und der Patient bekommt eine Nummer. Dann macht man eine Mantouxreaktion und eine Blutsenkung, und nimmt eine Röntgenaufnahme vor. 3 Tage später wird die Tuberkulinreaktion geprüft, ist sie negativ, entscheidet man, ob man eine Calmette-Vaccination vornehmen soll, falls es der Patient erlaubt. Erlaubt er es nicht, hält man ihn unter fortdauernder Kontrolle, durch jährliche Untersuchungen. Das Sputum, wenn es solches gibt, wird selbstverständlich untersucht, oft auf spezifischen Substraten oder durch Impfen auf Meerschweinchen.

Findet man, dass die untersuchte Person positiv reagiert, untersucht man den Patienten gründlich, und bei aktiver Tuberkulose beginnt man natürlich eine reguläre Behandlung, je nach der Art der Krankheit.

Die Tuberkulosestation hat aber auch noch weitgehendere Arbeit, wie Gruppenuntersuchungen und Hausbesuche.

Man sendet Röntgenwagen mit Apparaten zum Durchleuchten in alle Schulen, Verwaltungen, Fabriken und grössere Werkstätten, auch Studenten an den Universitäten und Hochschulen werden untersucht. Diese Gruppenuntersuchungen werden jedes Jahr wiederholt, hierdurch findet man mehrere Fälle von Tuberkulose, sowohl leichte als schwere Fälle.

Die Schulkinder von 6-14 Jahren werden seit mehreren Jahren jährlich untersucht. Im Februar 1950 gab der dänische Staat 2,2 Millionen dänische Kronen für eine Volksuntersuchung der übrigen Jahresklassen aus (Kinder von 1-6 Jahren, und junge Leute von 14-35 Jahren). Auch auf dem Lande werden Schulen und sonstige Institute untersucht.

Der Tuberkulose-Patient wird nicht nur ärztlich behandelt, sondern man macht auch soziale Nachforschungen. Eine Krankenschwester wird zur Familie des Kranken geschickt, und Personen, für die Ansteckungsgefahr besteht, werden «calmettiert». Das Haus wird lange Zeit unter Beobachtung gestellt. Kopenhagen ist z. B. in 16 Distrikte eingeteilt mit je einer Distriktschwester, die stets die tuberkulösen Häuser ihres Distriktes überwacht.

Auch auf dem Arbeitsplatz des Kranken werden Untersuchungen durchgeführt.

Ebenso wird für den aus dem Sanatorium zur weiteren Behandlung nachhause entlassenen Patienten weiter gesorgt: die Wohnungsverhältnisse werden saniert, und, wenn nötig, wird der Familie eine grössere Wohnung verschafft, damit der Rekonvaleszent sein eigenes Zimmer bekommt. Man beschafft ihm extra Ernährung: Gemüse, Fleisch, Eier und Milch. Diese Lebensmittel werden vom Nationalverein bezahlt. In Dänemark, wo die Butter noch rationiert ist, gibt es Sonder-Rationen für diese Patienten.

Bettkleider und Leinen werden desinfiziert und gratis gewaschen auf der kommunalen Wäscherei. In gewissen Fällen leistet man auch Hilfe bei der Hausarbeit, wenn die Patienten nicht selbst im Hause arbeiten können.

Durch Plakate, Broschüren, Radio und auf andere Weise (z. B. auf den Briefstempeln) propagandiert man für die Infektionsbekämpfung.

Zwei Fragen stellen sich nun: Was hat man erreicht? Was hat es gekostet?

Es ist erreicht worden, dass die gründliche Untersuchung einer ganzen Nation eingeführt wurde. Dadurch ist die Zahl der bekannten Tuberkulose-Fälle vorübergehend gestiegen, da infolge dieser systematischen Untersuchungen weitere Fälle bekannt wurden. Die Sterblichkeit aber ist gefallen.

Für die Städte in Dänemark war die Mortalität pro 10 000 Einwohner:

1890—1899	25,2
1900—1909	18,8
1910—1919	14,4
1920—1929	9,2
1930—1939	5,5
1947	ca. 4

Für das ganze Land (4 Millionen Einwohner) ist die Zahl kleiner:

1925	6,3
1935	3,9
1940	2,9
1945	2,6
1947	2,4

Viel ist also gewonnen in dem Kampf gegen die Tuberkulose.

Die Unkosten sind natürlich auch gross, sie werden geteilt zwischen Staat und Gemeinde. Die Kosten der Zentralstation Kopenhagen sind rund 2 Millionen dänische Kronen jährlich, und jeder Bettplatz kostet ca. 25 dänische Kronen pro Tag. Der Betrieb der Sanatorien kostet den Nationalverein 10 bis 15 Millionen Kronen jährlich.

Ausser gewöhnlichen Krankenhäusern hat Dänemark 13 Sanatorien für Lungenkranke, 30 Tuberkulose-Krankenhäuser, 12 Küstensanatorien, 3 Küstenkrankenhäuser und 11 Rekreatiionsheime für Tuberkulöse. Im Ganzen sind auf diesen 4462 Bettplätze, und das genügt nun, da die Tuberkulose am Abnehmen ist.

Die Invalidenversicherung bezahlt für die Patienten mit langandauernder Krankheit und entschädigt sie für den verlorenen Arbeitsverdienst. Diese Institution hat auch eine andere Aufgabe: der Unterricht der Invaliden. Der geheilte Tuberkulose-Kranke ist nicht immer imstande, eine harte körperliche Arbeit zu leisten. Wenn er von seinem Aufenthalt aus dem Sanatorium oder Krankenhaus zurückkehrt, kann er zum Beispiel nach einer Thoracoplastik seine frühere Arbeit nicht mehr leisten. Er muss umgeschult werden. Und hier schreitet die Invalidenversicherung ein, um ihm eine kostenlose Ausbildung zu geben in einem Fach, das er ertragen kann, leichtes Handwerk, Nähen, Bureau-Arbeit, je nach den Studien des Betreffenden.

Die Ausbildung der ansteckungsgefährlichen Tuberkulösen darf nicht zwischen Gesunden stattfinden, es müssen besondere Lehrstellen errichtet werden. Dies ist in der jetzigen Gesetzgebung vorgesehen, und derartige Anstalten sollen eingerichtet werden.

Die Beschäftigung der Tuberkulösen denkt man sich in dieser Weise ausgeführt, dass besondere Fabriken oder Institutionen den Tuberkulösen vorbehalten sind: z. B. Webereien und Wäschereien, die den Sanatorien angeschlossen werden sollen. Diese Pläne sind noch nicht ausgeführt, werden aber von der Invalidenversicherung mit Interesse verfolgt.

Die chronischen Tuberkulösen behalten ihre Invalidenrente, es ist aber sehr schwierig, sie zu beschäftigen. Das grosse Problem besteht darin, dass man diese Kranken nicht gern mit gesunden Menschen zusammen beschäftigen will. Sie in Arbeitskolonien zu sammeln ist kein guter Gedanke. Besser beschäftigt man sie mit einer leichten Arbeit zuhause, sodass man der Infektionsgefahr entgeht.

~~~~~

Betrachten wir heute die Bekämpfung der Tuberkulose, muss hervorgehoben werden, dass die frühere inaktive Behandlung durch den Aufenthalt in Sanatorien und durch sonstige Pflege und aktive Behandlung: Pneumothorax, Thoracoplastik, Chemotherapie, mit Erfolg abgelöst wurde.

Man ist nicht mehr damit zufrieden, den Patienten zu behandeln, der seinen Arzt aufgesucht hat, sondern man lässt die Kranken durch Volksuntersuchungen erkennen.

Man behandelt nicht mehr nur das physische Leiden des Kranken, man bewahrt auch seine soziale Position und erhält seine Familie während seiner Krankheit.

Man versucht ihn — geheilt oder nicht geheilt — zur Gemeinschaft zurückzuführen als ein arbeitendes Mitglied und gibt ihm eine Arbeit, die seinem Zustand entspricht.

Man versucht durch Isolierung der Kranken und Entfernen der Infektionsherde die «weisse Pest» zu bekämpfen.

**SOLURIC**

Le remède spécifique  
pour la cure de toutes  
les manifestations urini-  
cémiques (Rhuma-  
tisme, arthritisme,  
goutte, gravelle, scia-  
tique etc.) chroniques  
ou aiguës.

 LA SINTETICA, A. G. CHIASSO

REPRÉSENTANT pour le  
Gr.-Duché de Luxembourg

**PROPHAC**  
RUE BAUDOIN, 25  
LUXEMBOURG  
Tél. 30-73

Das wirksame Glykosidgemisch zur oralen Strophanthin-Therapie

# STROPHORAL

(g - Strophanthin · k - Strophanthol - ;)



Leichte Herzinsuffizienzen, Prophylaxe der Angina pectoris  
Intervall- und Nachbehandlung bei Kombetinkuren

## Tabletten

Packungen mit 25 und 100  
Dreieck-Tabletten zu je 3 mg

## Liquidum (neu!)

Flasche mit 10 ccm  
(= 50 mg)



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.,  
MANNHEIM

General-Vertretung für das Grossherzogtum Luxemburg

# PROPHAC

Baudouinstrasse, 25

LUXEMBURG

Téléfon: 30-73

# Organisation mondiale de la Santé

*Une seule cure de pénicilline peut-elle guérir la syphilis ?*

*Résumé des entretiens internationaux de Paris.*

Un colloque international sur la syphilis, réuni pour la première fois à Paris sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Gouvernement français, vient de se terminer après deux semaines d'entretiens auxquels ont participé des médecins de 11 pays européens et des États-Unis. Organisés dans le but de permettre la confrontation des résultats obtenus, tant par les médecins que par les cliniciens, dans le traitement par la pénicilline des diverses formes de syphilis, ces entretiens ont, une fois de plus, souligné les énormes progrès accomplis dans ce domaine depuis sept ans, grâce à cet antibiotique.

Au cours des discussions, les participants ont pu confronter leurs points de vue sur la valeur réelle de la pénicilline, et bien que l'unanimité ne soit pas encore faite sur son efficacité universelle, on a reconnu que l'élimination de la syphilis, était maintenant du domaine des possibilités.

D'après l'école américaine, représentée au colloque par les Dr. N. Ingraham, Jr., de Philadelphie, B. Dattner et C. Rein, de New-York, la pénicilline représente la méthode la moins chère, la plus efficace et la plus rapide de guérir la syphilis à tous les stades. Des expériences faites à Philadelphie sur plus de 10.000 femmes enceintes ont montré que 86% des enfants de mères syphilitiques peuvent naître normaux si la femme subit un traitement à la pénicilline pendant sa grossesse.

Non seulement dans le traitement de la syphilis congénitale, mais également dans celui de la syphilis récente, des résultats extrêmement encourageants ont déjà été enregistrés aux États-Unis. A Chicago, grâce, en grande partie, à l'introduction de la pénicilline, le nombre des malades inscrits est tombé de 200 à 10 par semaine. A l'Hôpital Bellevue, à New-York, qui a inauguré un centre de traitement rapide, la moyenne hebdomadaire du nombre des cas a diminué d'environ 300 à moins de 20.

Les syphiligraphes américains se sont également efforcés de démontrer qu'une ou deux injections de pénicilline seulement, pendant 5 ou 6 semaines, pouvaient guérir la syphilis. En mai 1948, les Drs. Rein, Thomas et Kitchen ont entrepris une étude sur 100 malades à qui l'on a fait une seule injection de 1.200.000 unités de pénicilline. Les résultats déjà obtenus semblent indiquer que plus de 90 % d'entre eux sont maintenant guéris.

Certains médecins européens, français pour la plupart, ont, au contraire, mis le monde médical en garde contre une utilisation trop poussée de la pénicilline dans le traitement de la syphilis. Bien que reconnaissant que cet antibiotique a véritablement révolutionné la thérapeutique des maladies vénériennes, ils ont exprimé des doutes sur la valeur de certains résultats obtenus avec la pénicilline seule. A leur avis, cette découverte est trop récente pour qu'il soit possible de juger de son pouvoir de guérison définitive. En outre,



estiment-ils, il est encore trop tôt pour pouvoir assurer que la pénicilline apporte une guérison complète.

Le Professeur Gougerot, Directeur de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris, a, par exemple, cité de nombreux cas de rechute après traitement de la syphilis par la pénicilline seule. C'est pourquoi, à l'encontre des médecins américains, il s'est déclaré en faveur de continuer les traitements au bismuth, de pair avec la pénicilline. Toutefois, a-t-il ajouté, devant les progrès remarquables accomplis dans ce domaine, nous sommes prêts à reviser notre attitude envers la pénicilline, dès qu'il sera possible de considérer ce médicament comme une assurance de guérison complète.

La réunion de Paris a également permis aux médecins européens de se familiariser avec les nouveaux examens sérologiques perfectionnés par des chimistes américains, et qui permettent de donner des résultats diagnostiques beaucoup plus précis que ceux employés auparavant, tel le Wassermann. C'est ainsi que Miss M. Pangborn, du Département de la Santé publique de l'Etat de New-York, qui, en isolant la cardiopiline, a apporté une des contributions les plus importantes au perfectionnement du séro-diagnostic de la syphilis, a présenté sa découverte devant la Conférence. De l'avis des participants, l'utilisation de cet examen sérologique sur une échelle plus grande, représentera un progrès important dans l'histoire de la lutte contre la syphilis.

Des médecins venus du Royaume-Uni, de Belgique, d'Espagne, de Grèce, d'Irlande, de France, d'Italie, des Pays-Bas, du Portugal, de Suisse, des États-Unis et de Yougoslavie participaient à ce colloque international qui s'est déroulé à l'Institut Alfred Fournier. Pendant la conférence, les participants ont également eu l'occasion de visiter les services antivénéériens des hôpitaux de Paris et de visiter certains des principaux laboratoires et usines de produits chimiques de la région parisienne.

*De retour  
après une longue absence . . .*

DR. BUER'S

# REINLECITHIN

Purlécithine Buer

Documentation et échantillons  
sur demande aux

LABORATOIRES

## PROPHARMA

LUXEMBOURG

Laboratoires, Magasins et Bureaux à  
**ERPELDANGE / ETTTELBRUCK**

Téléphones: 02/24-19

COMPLEXE  
**STREPTOMYCINE**

CHLORURE DE CALCIUM

1 GRAM. VIAL.  
5 GRAM. VIAL.

PRODUIT PAR

Les Usines **MERCK & Co, LTD**  
MONTREAL

- PURETÉ MAXIMA
- ACTIVITÉ OPTIMA
- TOLÉRANCE PARFAITE

DISTRIBUÉ PAR CONTINENTAL PHARMA

# Glossen zur Frage der künstlichen Befruchtung beim Menschen

von Fr. Delvaux

Goethe schreibt: «Vom Vater hab ich die Statur, vom Mütterchen die Frohnatur.»

Goethe schien der Meinung gewesen zu sein, dass der Körperbau des Kindes dem Körperbau des Vaters entsprechen würde, und der Charakter des Kindes dem Charakter der Mutter.

Sowohl der Vater wie die Mutter, und öfters sogar die Grosseltern, tragen dazu bei, den Körper und den Geist des Kindes aufzubauen. Und das, allem Anschein nach, nach keinem bestimmten Gesetz und nach keinem geregelten Kanon, wohl aber kunterbunt durcheinander und in wechselnder Folge, so dass in derselben Ehe, bei einem Kind die Persönlichkeit des Vaters mehr hervortritt, und bei einem anderen Kind die Eigenschaften der Mutter, und nicht nur die Merkmale des Körpers, sondern auch diejenigen des Geistes und des Charakters. Das Gesamtergebnis stellt eine Lotterie dar, ein richtiges Puzzlebild.

Und doch kennen wir Eigenschaften des Geistes und der Seele, die nach bestimmten Normen von den Eltern auf die Kinder übertragen werden: Das sind die Intelligenz und die Dummheit. Hier bestehen Gesetze, die wir im allgemeinen als massgebend ansehen müssen, selbst wenn sie sich gelegentlich grössere und kleinere Ausnahmen und Abweichungen erlauben.

Die Frage: Wann entspiessen einer Ehe intelligente Kinder und wann werden Kinder beschränkten Geistes geboren, ist so wichtig, so folgenschwer, dass sie ein eingehenderes Studium nicht nur anregt, sondern geradezu herausfordert.

Eine Antwort soll uns vor allem durch die Beobachtung gegeben werden und durch den täglichen Kontakt von Mensch zu Mensch, nicht durch psychologische Experimente und nicht durch die Retorte.

Es ist nicht ausgeschlossen, es ist sogar wahrscheinlich, dass die Feststellungen, die wir durch die tägliche Beobachtung der Menschen gewinnen, nicht immer mit den klassischen Gesetzen der biologischen Lehrbücher übereinstimmen.

Der Ausdruck «dumme oder wenig begabte Kinder», muss hier in dem Sinn gedeutet werden, dass diese Kinder im allgemeinen nicht befähigt sind, gelehrte Studien zu machen, oder für späterhin in der Gesellschaft eine höhere, dirigierende, geistige Stellung bekleiden zu können, was sie aber keineswegs verhindert, im praktischen Leben, oft recht tapfer ihren Mann zu stellen. Sie können gegebenenfalls, an richtiger Stelle, recht brauchbare Bürger sein, jedoch ohne sich in eine Gelehrtenkarriere einsperren zu lassen.

Wenn wir uns in unserm Bekanntenkreis umsehen, und eine möglichst grosse Anzahl von Familien durchgehen, die uns genau bekannt sind, drängen sich uns folgende Regeln auf, die ich, abgesehen von gelegentlichen Schwankungen, in ihrer Gesamtheit als richtig halte:

1. — Ist der Vater intelligent, manchmal sogar ganz intelligent, werden meistens geistig wenig begabte Kinder geboren, wenn die Mutter geistig beschränkt ist. Es ist dies ein Hauptgesetz.

Goethe war ja gewiss ein aussergewöhnlich hochbegabter Mensch. Seine Frau, die Christiane Vulpius, war beschränkten Geistes. Sein einziger Sohn, August von Goethe, war geistig wenig begabt.

2. — Ist der Vater wenig begabt, die Mutter aber intelligent, so werden ebenfalls gewöhnlich geistig wenig begabte Kinder gezeugt, jedenfalls Kinder mit mittelmässiger Begabung.

3. — Sind Vater und Mutter intelligent, so kommen fast immer intelligente Kinder zur Welt.

4. — Sind Vater und Mutter beschränkten Geistes, so hinterlassen sie gewöhnlich dumme Kinder.

Ein näheres Studium vom geistigen Niveau von Familien die wir genau kennen, möge entscheiden, ob ich Recht oder Unrecht habe. Dabei ist zu bemerken, dass vielfach die Geistesverfassung der Mutter uns im allgemeinen weniger bekannt ist als jene des Vaters, da sich meistens die Mutter in der Oeffentlichkeit weniger bemerkbar macht als der Vater...

Aus diesen Gesetzen geht aber deutlich hervor, dass die Natur beim Menschen jeder Ausdehnung von Talent und Intelligenz feindlich gegenüber steht, dass sie diese Verbreiterung nicht begünstigt, und dass sie nie beflissen ist mithelfen zu wollen, damit nur möglichst viele intelligente Kinder in möglichst kurzer Zeit geboren werden sollen.

Weshalb kann ein hochbegabter Vater, oder eine intelligente Mutter nur ausnahmsweise auf eine intelligente Nachkommenschaft rechnen, wenn die andere Hälfte der Ehegemeinschaft nicht intelligent ist? Weshalb muss die geistige Beschränkung des Vaters oder der Mutter fast immer ausschlaggebend sein für den Geisteszustand der Kinder und nicht das hohe geistige Talent «einer» Ehehälfte? Weshalb können meistens nur wenig

begabte Kinder geboren werden, wenn beide Eltern beschränkten Geistes sind ?

Wenn in einer Ehe das Intelligenzniveau zwischen Mann und Frau verschieden ist, nehmen in 80—90 % der Fälle die Kinder die Intelligenzstufe derjenigen Eehälfte an, die geistig am niedrigsten steht.

Es steht fest, dass die Natur gegen das breite Aufkommen eines Menschenschlages arbeitet, der in seiner Gesamtheit allzu intelligent zu werden droht und dass sie stets dafür sorgt, dass das geistige Niveau eines Volkes nicht durch eine anormale Ueberflutung von hervorragenden Persönlichkeiten allzu hoch gebracht werde.

Würden die intelligenten Jungen ausschliesslich nur mit intelligenten Mädchen eine Ehe eingehen, dann kämen fast nur intelligente Kinder zur Welt und keine Kinder mit geringer geistiger Begabung. Eine überkultivierte, übergeistige Nation würde heranwachsen, die für eine praktische, hausgebackene Arbeit keinen Sinn, kein Interesse und keine Veranlagung mehr hätte.

Denken wir nur an die alten Griechen und an die Römer, die vor lauter Uebergeistigkeit von der Welt verschwinden mussten, und an die Unbeständigkeit der übergescheiten Franzosen, von denen Antoine de Saint-Exupéry schreiben konnte: «Nous avons failli crever en France de l'intelligence sans substance.»

Wohl uns, dass in unserer Heimat noch immer Kinder mit praktischem Sinn und mit einer normalen geistigen Veranlagung geboren werden, die noch auf festen Grund und Boden gehen können, die den gesunden, praktischen Menschenverstand nicht verloren haben und sich nicht ausschliesslich dem höheren Studium der Anaphylaxie, oder der Kant'schen Lehre vom transcedentalen Idealismus hingeben wollen.

Das weitere Bestehen eines Volkes verlangt, dass in seiner Mitte keine allzu grosse Anzahl von geistig allzu hochbegabten Kindern zur Welt komme. Daher schickt ein intelligenter Vater, der eine geistig wenig begabte Frau geheiratet hat, höchst selten Kinder in die Welt, die ihm an Intelligenz gleichkommen, geschweige denn ihn an Intelligenz noch übertreffen.

Emile Augier sagt in einem Theaterstück: «La fortune est héréditaire et l'intelligence ne l'est pas.» Augier hat aber nur teilweise Recht. Er hätte sagen müssen, dass die Intelligenz des Vaters, der durch seine Intelligenz ein Vermögen erwerben konnte, sich auch auf den Sohn fortpflanzen kann, wofern seine Ehefrau eine geistig begabte Frau ist.

«Natura non facit saltus», sagt ein altes Sprichwort. Die Natur macht keine Sprünge, keinen unüberlegten Hopsert, wie ein mutwilliger Springinsfeld. Sie sucht zu nivellieren, sucht gleichzuschalten. Jede Spitzenleistung ist ihr zuwider und wird von ihr bekämpft. Nach einem Goethe durfte ja wahrhaftig kein zweiter Goethe aufkommen.

Es ist ja auffallend, dass viele geistig hochstehende Persönlichkeiten überhaupt keine Lust haben zu heiraten, eine regelrechte Familie zu gründen, und eine grössere Anzahl von Kindern auf die Welt zu setzen. Es sei nur — um in unserem Lande zu bleiben — an Paul Eyschen erinnert, an Henri Vannerus, Charles de Waha, Albert Rodange, Dr. Martin Klein, Dr. Schaeftgen —. Der hohe Geist dieser körperlich und geistig vollwertigen Menschen ging uns verloren, weil sie ganz ohne Nachkommen blieben. Bekannt ist auch, dass viele geistig hochstehende Männer der Kunst und der Wissenschaften kinderlos blieben, trotzdem sie eine regelrechte Heirat eingegangen waren.

Viele internationale Geistesgrössen, wie Beethoven, Michel-Angelo, Raffael, Mozart, Leonardo da Vinci, Descartes, Menzel, Schubert, Stifter, Dante, Rabelais, Schopenhauer, Nietzsche... waren unverheiratet und hatten keine Kinder. Andere, wie Goethe, Napoléon, Rubens, Pasteur, Koch, R. Wagner, Tizian, Rembrandt, La Fontaine, Racine, Molière... hatten wohl Kinder, aber in ganz beschränkter Anzahl. Merkwürdiger Weise ertete kein Kind den Geist seines hohen Vaters. Et pour cause. Die viel tiefer stehende Geistesverfassung der Mütter, dem Vater gegenüber, erlaubte es nicht.

Wir sehen, dass die Natur immer sparsam und recht häuslicherisch mit der Verteilung und der Vererbung von Talent und Intelligenz vorgeht. Sie bremst beständig und es scheint fast, als ob jede Vergeudung von Intelligenz, jeder Missbrauch von Geist und Talent, von ihr nicht nur als eine Profanation angesehen wird, sondern gradezu als eine Gefahr für die menschliche Gesellschaft.

Stets ruft die Natur uns zu: «Bis hiehin und nicht weiter!» Sie bremst, sie hält zurück.

Es bestehen hier Konnexionen und Kontexte, Geheimkräfte und richtige Verkettungen, die wir ahnen, die wir spüren, aber nicht kennen und nicht verstehen, die aber alle dafür sorgen, die gleichsam alle auf der Lauer liegen, dass das Ueberhandnehmen einer übergrossen Geistigkeit des Menschengeschlechtes möglichst gehemmt werden soll.

Kinderreiche Familien waren bekanntlich nie eine Apanage der geistig hochstehenden Völkerschaften. In der betriebsamen Welt der kleinen Leute finden wir die höchsten Kinderzahlen.

Wir erleben öfters, ja sogar oft, dass merkwürdiger Weise gerade die geistig hochgebildeten Jungen sich ein geistig wenig begabtes Mädchen zur Heirat aussuchen. Goethe und Christiane Vulpius! Die Liebe scheint hier mit Absicht und mit Vorbedacht den gescheiterten Jungen in einen Garten hineinlocken zu wollen, der einen Boden abgibt, aus welchem geistig hochbegabte Kinder nie emporsprossen können. — Die kluge, fürsorgliche Natur, wir möchten sagen: die heimtückische Natur, hat hier erreicht, was sie hatte erreichen wollen: Die drohende Gefahr einer Intelligenz-

übertragung vom Vater auf den Sohn wird beseitigt und ein bestehendes Talent wird in seiner Nachkommenschaft erstickt...

Bei seiner Geburt wird jedem Menschen einen bestimmten Intelligenzstandard oder Intelligenzpotential mitgegeben, der für das ganze Leben gilt und während des Lebens nicht überschritten und nicht umgeändert werden kann. Der eine wird als talentvoller Mensch geboren, mit weitem Blick und leichter Fassungs-gabe, der andere kommt mit geringen geistigen Fähigkeiten zur Welt. Schon gleich bei der Geburt setzt eine scharfe Trennung zwischen obtusen und geistig hochstehenden Menschen ein. Nur darf das angeborene Intelligenzpotential nicht mit den späterhin künstlich angelernten Erziehungsformeln verwechselt werden.

Ein geistig wenig begabtes Kind kann im späteren Leben nie zu einem hoch intelligenten Menschen herauf-rücken. Keine Behandlung, keine Erziehungsmethode wird diese Beförderung je hervorzaubern können. Das Niveau und die angegebene Richtung des angeborenen Intelligenzstandes kann beim Menschen während des Lebens nicht gehoben und nicht umgeändert werden, weder durch Gewalt, noch durch mühsame und andauernde Bearbeitung.

In der Schule, sowohl in der Volksschule wie im Gymnasium, sind gewisse Schüler stets mit leichter Mühe immer die Ersten, nicht allein während des ganzen Jahres, sondern auch während des ganzen Schul-ganges. Ihr angeborener Intelligenzstandard ist eben höher als derjenige der anderen Schüler. Der weniger begabte Schüler kann wohl durch Fleiss, Ausdauer und Streb-samkeit seinen angeborenen Talentmangel einigermassen wett-machen und verdecken, aber es wird selbst dem tüchtigsten Leh-rer nie gelingen bei diesem Schüler das Gesamtgefüge seines angeborenen Intelligenzpotentials zu heben.

Körperliche Betätigungen, wie Turnen, Fussballspielen, Fech-ten, Schwimmen, Tennisspielen, können beim Menschen durch ein intensives Training eine immer grössere Vervollkommnung gewinnen, während bei einer geistigen oder intellektuellen Ar-beitsleistung eine von Geburt her nach oben abgegrenzte Erfolgs-möglichkeit nicht überschritten und nicht künstlich erweitert werden kann. Dem Lehrer gelingt es die angeborenen geistigen Fähigkeiten seines Schülers nur soweit zu heben, bis sie ihre von Geburt aus festgesetzte obere Grenze erreicht haben. Ueber diese obere Grenze hinaus versagt der Schüler und kommt nicht mehr nach.

Noch vor 40—50 Jahren verlangte jede gute Erziehung, dass ein Mädchen aus besserer Familie sich regelmässigen Klavierstunden unterwerfen musste. Nach jahrelangen Uebungen, während das Mädchen bereits zur Jungfrau herangewachsen war, konnte es mit Ach und Krach «La prière d'une vierge» herunter-spielen. In 99 % wurde dann der aussichtslose Kampf für die Eroberung der Musik eingestellt: das angeborene, musikalische Niveau war erreicht und konnte nicht überschritten werden.



Poeta nascitur. Dasselbe kann man sagen vom Maler, vom Musiker, vom Mathematiker, vom Historiker und noch von vielen anderen. Sie wurden als Dichter geboren, oder als Maler, Musiker, Mathematiker oder Historiker. Keiner von ihnen musste künstlich herangebildet werden, um künstlich zur Vollkommenheit zu gelangen. Nur kann der Dichter nicht Mathematiker werden, wenn er es will, oder wenn er es wünscht, der Musiker nicht Historiker. Die Natur erlaubt es nicht. Sie gestattet keine Kursveränderungen in der Auswirkung der angeborenen geistigen Fähigkeiten, denn sie will prinzipiell ein Umsichgreifen der Intelligenz weder erleichtern noch befördern: sie will den Fluss der Gelehrsamkeit eindämmen.

Gewiss, geistig wenig begabte Menschen vermögen sich durch Fleiss, Uebung und Ausdauer solide Kenntnisse zu erwerben, öfters sogar bedeutende Fach- oder Spezialkenntnisse, die sie im praktischen Leben zu ganz brauchbaren Einheiten gestalten, aber nie wird, trotz allen Bemühungen der Eltern, der Lehrerschaft, oder der Obrigkeiten, ein von Natur aus wenig begabter Mensch, oder ein einseitig begabter Mensch, sich während des Lebens zu einer geistig vollwertigen und geistig fehlerlosen Persönlichkeit ummodeln lassen.

Der unerbittliche und nie rastende Kampf der Natur gegen das breite Aufkommen einer allzu intelligenten Volksgemeinschaft kommt hier in seiner ganzen Strenge und in seiner unheimlichen Macht zur vollen Geltung und Grösse...

Das geistige Leben der Tiere spielt sich, ähnlich wie das geistige Leben beim Menschen, auf einem angeborenen und für jede Tierart eigens zugeschnittenen Intelligenzboden ab. — hier Instinkt genannt —, der, je nach der Tierart, auf eine höhere oder auf eine niedrige Stufe steht, aber für jede Einheit derselben Tierart oder derselben Rasse dasselbe Potential und dasselbe Intelligenzniveau hat. Und ähnlich wie beim Menschen, kann auch das Tier dieses Niveau nicht überschreiten. Die Natur gestattet überhaupt keinem Tier, Fortschritte in geistiger Hinsicht zu machen. Alle Einheiten derselben Tierart bleiben immer auf dasselbe geistige Niveau angewiesen. Intelligenzunterschiede finden wir praktisch nicht bei den verschiedenen Einheiten einer und derselben Tierart. Ein Frosch bleibt für uns immer ein Frosch; der Rabe bleibt immer Rabe. Deshalb kann auch in der Tierwelt durch Kreuzung der Geschlechter keine geistig höher stehende oder geistig minderwertigere Tiernachkommenschaft herangebildet werden. Nicht wie beim Menschen, wo unter den einzelnen Menscheneinheiten tiefgehende Unterschiede in der Geistesverfassung bestehen und wo nach einer Begattung zwischen zwei Einheiten mit ungleicher Geistesstufe, die Nachkommen fast immer die niedrigere Geistesstufe des einen der beiden Partnern befolgen und nicht die höhere Stufe des anderen Partners.

Diese Tatsache kann uns vielfach den oft auffällig raschen Abstieg von Familien erklären, die in früheren Zeiten gross und mächtig waren. Die Natur gestattet gelegentlich dem einen oder dem anderen Menschen einen mehr oder weniger markanten Aufstieg in der menschlichen Gesellschaft, sei es in der Kunst, im Geschäftsleben, in der Industrie, oder in der Politik. Aber dieser Aufstieg soll immer, dem Wunsche der Natur gemäss, nur vorübergehenden Charakters sein und soll womöglich nicht auf die spätere Nachkommenschaft weitergeleitet werden, was die Natur meistens mit leichter Mühe durch das Einschleichen einer Heirat erzielt, bei welcher die Frau eine minderwertige Geistigkeit aufweist.

Ein Geschäft, das von einer einzigen Familie geleitet wird, ist in seinen Grundfesten immer mehr gefährdet wie ein Unternehmen, dessen Leitung einem Konsortium von mehreren Personen untersteht. Geht der isolierte Geschäftsinhaber, oder sein einziger Sohn, eine Heirat ein mit einer wenig begabten Person, so zerfällt das Geschäft in der ersten oder zweiten Generation; macht dagegen das eine oder das andere Mitglied des Konsortiums eine sogenannte dumme Heirat, so geht trotzdem der normale Betrieb des Unternehmens weiter, weil Ersatzkräfte gleich einspringen können.

Ein geistiger Stillstand, so wie wir ihn im Geistesleben der Tiere feststellen können, ein Dasein ohne geistigen Fortschritt und ohne nennenswerte Verbesserung der althergebrachten, primitiven Lebensweise, scheint der Natur das Beste, nicht allein für das Wohl der Tierwelt zu sein, sondern allem Anschein nach auch für das Wohl der Menschheit. Es war dies schon die Ueberzeugung von Jean-Jacques Rousseau, Ueberzeugung die manchen seinen Zeitgenossen so gewagt erschien, von anderen Zeitgenossen allerdings mit grosser Begeisterung aufgenommen, dass der Spötter Voltaire mit beissender Ironie bemerkte: «Mais ce Jean-Jacques nous donne envie de marcher à quatre pattes».

Die Natur wünscht keine gelehrte Welt, keine überstudierte Jugend, aus welcher die spätere Welt hervorgeht; sie kämpft immer gegen eine sich allzu breitmachende Gescheitheit der Menschen, denn sie weiss dass geistige Spitzenleistungen, angelehnt an geistige Spitzenleistungen, dem Menschengeschlecht über kurz oder lang zum Verderben gereichen werden.

«Des faits indéniables, cruellement évidents, confirment la croyance et l'affirmation que l'homme, de toutes ses découvertes, fait mauvais usage et rend malheureux ses semblables et lui-même», schreibt N. M. im «Luxemburger Wort».

Deshalb bremst die Natur; sie muss bremsen. Und sie kann bremsen.

Diese unbekannte, unheimliche Macht, welche wir als Lenker des ganzen Weltalls ansehen müssen, die das ganze Menschengeschlecht überwacht, im Zaun hält und den Menschen vor sich selbst zu schützen sucht, sogar oft gegen seinen Wunsch und

gegen seinen Willen, diese Macht wurde in dieser Plauderei mit dem vagen Ausdruck «die Natur» bezeichnet. Je nach der philosophischen Einstellung des Lesers kann dieselbe aber auch als Gott bezeichnet werden, oder als den grossen Pan, oder das Fatum. Es ist und bleibt immer eine gewaltige, urgewaltige Macht, vor welcher wir uns beugen müssen, ob wir es wollen oder nicht.



In letzter Zeit wird viel von der künstlichen Befruchtung beim Menschen gesprochen und geschrieben. Ueberall wird probiert und experimentiert.

Es scheint fast, als ob die Menschheit mit Gewalt die kontrollierende Bevormundung der Natur, Bevormundung die ihr lästig und unbequem wird, abzuschütteln sucht. Sie scheint ihre eigenen Wege gehen zu wollen.

Das Streben der künstlichen Befruchtung geht dahin, nur möglichst viele intelligente Kinder zur Welt kommen zu lassen, ohne sich der Gefahr aussetzen zu wollen, von der Natur gestört oder gehemmt zu werden. Sie sucht also gerade das Gegenteil zu erreichen von dem, was die Natur erstrebt.

Besonders die Russen sollen sich weitgehend um die praktischen und brauchbaren Ergebnisse der künstlichen Befruchtung beim Menschen interessieren. Sie hoffen durch eine geschickte Ausnutzung und Verwertung derselben einen Vorsprung über die anderen Völker zu gewinnen. Im Tierreich wird sie bereits, besonders in Russland und in Holland, in grossem Masstab und anscheinend mit gutem Erfolg, angewandt. In der Fischzucht wird sie bekanntlich schon seit Jahren ausgeübt.

Die künstliche Befruchtung beim Menschen ist technisch nicht kompliziert und lässt sich ohne Schwierigkeiten ausführen. Sie stellt eine Operation dar, die so einfach ist, dass sie schliesslich von jeder Laienperson ausgeführt werden kann. Aber eben in dieser leichten Ausführlichkeit liegt ihre Gefahr, ihre grosse Gefahr.

Theoretisch soll die künstliche Befruchtung es ermöglichen, dass sowohl die Intelligenz als die körperliche Vollwertigkeit eines hochbegabten Mannes, durch eine mechanische Uebertragung seines Sperma auf eine körperlich und geistig vollwertige Frau, sich auf das werdende Kind fortpflanzen kann. Theoretisch könnte die künstliche Befruchtung, — wofern dieselbe in grossem Masstab ausgeführt würde und gute Erfolge aufzuweisen hätte —, zu einer vollständigen Umgestaltung des ganzen Menschengeschlechtes führen.

Das harmonische Gleichgewicht zwischen begabten und unbegabten Menschen, das die Natur immer bis jetzt so ängstlich und so sorgsam hütete, bewahrte und verteidigte, der Kampf der Natur, die jeden geistigen Aufstieg der Menschheit zu hemmen sucht, würden durch die Ergebnisse einer erfolgreichen, künstlichen Befruchtung zerstört und unwirksam gemacht wer-

den. Das flutartige Aufschieszen von Talent und Intelligenz wäre keiner Kontrolle seitens der Natur und keiner Hemmung mehr unterworfen. Eine vollständige Umwälzung und Anarchie im Geistesleben der Völker, wäre die Folge dieser anormalen Anwachsung von Geist und Talent.

Brauchbare Statistiken über Erfolge und Misserfolge der künstlichen Befruchtung beim Menschen liegen bis jetzt noch nicht vor. Wir verfügen einstweilen nur über Mutmassungen, über theoretisch-biologische Erwägungen und über die Ergebnisse der künstlichen Befruchtung im Tierreich. Die Laboratorien in welchen dieselbe ausgeübt wird, hüllen sich in vorsichtiges Schweigen. Von den Russen hören wir gar nichts. Nur dürfen wir eines nicht vergessen. Bei den kurzlebigen Säugetieren, genügt eine Beobachtungsdauer von zirka 8—12 Jahren. Bei den langlebigen Menschen, muss notgedrungen diese Beobachtungsperiode sich weit über ein Menschenleben hinaus erstrecken können.

Bis jetzt suchten die Forscher, mit Hilfe der künstlichen Befruchtung, nur geistig und körperlich vollwertige und hochstehende Menschen auf die Welt zu setzen. Aber wer garantiert uns, — vorausgesetzt dass die künstliche Befruchtung sich bewähren sollte —, wer garantiert uns, dass nicht über kurz oder lang, irgend ein verschrobener Kopf, absichtlich und mit Vorbedacht suchen wird, schlechte und gefährliche Menschen künstlich zu zeugen? Horresco referens! — Die künstliche Befruchtung könnte dann allzu leicht zu aberwitzigen, oder sogar zu verbrecherischen Zwecken missbraucht werden. «Nous sommes menacés par l'orgueilleuse folie des biologistes technocrates qui auront su communiquer leur délire à des peuples égarés» schreibt Remy Collin.

Die ganze Welt steht in Erwartung, um zu erfahren, ob die künstliche Befruchtung beim Menschen nur als eine Utopie, als ein Zeichen von moralischer und sittlicher Dekadenz der Völker anzusehen ist, oder ob sie greifbare Erfolge aufweisen kann.

Die Frage, wie das sture Vorgehen eines vorwärtsstürmenden Menschengestes gegen den vorsichtigen, zurückhaltenden Haushaltungsplan der Natur endigen wird, qui non facit saltus, ist einstweilen noch nicht gelöst.

Jedenfalls hat sich die katholische Kirche gegen die künstliche Befruchtung beim Menschen ausgesprochen: vom moralischen, ethnischen und volkpsychologischen Standpunkt aus.

Vergessen wir nicht, dass wir im Leben eines Volkes nie auf Menschen von kleiner, oder von mittlerer geistiger Begabung verzichten können, denn gerade diese Menschen bilden das Rückgrat und den dauernden, sicheren Bestand, den Grundbestand einer Volksgemeinschaft. Gescheite und hoch intelligente, gelehrte Menschen sind uns ja in vielen Hinsichten nützlich und sogar unentbehrlich, aber sie sollen in einer Menschengemeinschaft stets nur eine Ausnahme bilden. Ein einziger General

kommandiert ein ganzes Armeekorps und gewinnt die Schlacht, während ein Armeekorps, das aus lauter Generälen zusammengesetzt wäre, die Schlacht verlieren würde.

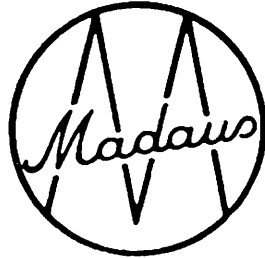
Die Natur erlaubt dem Menschen ihre Kräfte auszunutzen, nie aber ihre Vorrechte — denken wir nur an die Atombombe und an das Wunderwerk der elektrischen Kraft, die uns der Wasserfall schenkt —, aber sie wird auf ihre ureigenen Vorrechte, die ihr von Gott zuerkannt wurden, und aus welchen ihre Kräfte hervorgehen, nie verzichten wollen. Es wird dem Menschen nie gelingen, den Wasserfall aufwärts laufen zu lassen, um den Gravitationsgesetzen, die ein Vorrecht der Natur sind, entgegenwirken zu können...

Das Menschenkind, das geboren wird, soll normaler Weise ein Ergebnis der Liebe sein. Das ist ein Naturgesetz, ein Vorrecht der Naturgewalt. So war es immer und so soll es auch immer bleiben. So will es die Natur und so verlangt es Gott.

Die Liebe ist ein Reservatrecht der Natur, die keinen Ersatz duldet, gerade wie das Gravitationsgesetz, das den Wasserfall beherrscht, und die Liebe allein ist befugt, dem Genius des werdenden Menschenkindes den Stempel der Menschenwürde und der Gottähnlichkeit aufzudrücken. — Schon Prometheus wurde furchtbar gestraft, weil er das Feuer rauben wollte, das ebenfalls ein Vorrecht der Natur ist; ähnlich wird es dem Räuber der Liebe ergehen. — Fehlt die Liebe bei der Zeugung, so wie es bei der künstlichen, unnatürlichen Befruchtung der Fall ist, so entsteht als Produkt einer kühlen Berechnung eines mechanischen, biologischen Eingriffes, eine menschliche Maschine, ein Robot. Eine Welt ohne Liebe ist wie eine Sonne ohne Lichtstrahlen.

Daher kann ich nicht annehmen, dass je die künstliche Befruchtung beim Menschen dauernde und zufriedenstellende Resultate ergeben wird, denn vor allem kann sie nicht über den Götterfunken verfügen, der das werdende Kind vollwertig macht, den Götterfunken, der stets ein Vorrecht der beseelenden Liebe bleiben wird, und den die Liebe aus Gottes Hand erhält.

Und sollte sich trotz allem die künstliche Befruchtung beim Menschen bewähren, was ich, wie schon gesagt, wirklich nicht annehmen kann, und sollte sie auf breiter Basis erfolgreich benutzt werden, so würde die Menschheit, in grausamer Ernüchterung, an das grausame Wort von Georges Duhamel erinnert werden: «La science est comme une maladie qui progresse en transformant le monde et en le dévorant ensuite.» Die Wissenschaft würde zum Saturn, der seine eigenen Kinder verschlingt.



## **PLENOSOL**

Indikationen: Arthrosis deformans, Periarthritis humeroscapularis, Spondylosis deformans, Morbus Bechterew.

## **CONVALYT**

Indikationen: Dekompensationen des Kreislaufs mit Lungenstauungen, Altersherzschwäche, Mitralstenose, Coronarinsuffizienz, periphere Durchblutungsstörungen.

## **ECHINACIN**

i. v.

Zur Steigerung der Abwehrleistung des Organismus gegen bakterielle Infektionen (auch bei sulfonamidresistenten Stämmen): akute und chronische gynäkologische Erkrankungen (z. B. Adnexitis, Pelveoperitonitis, Abortus febrilis).

*Dr. Madaus & Co.*  
**KÖLN AM RHEIN**

Literatur und Ärztemuster bei der Generalvertretung für das  
Grossherzogtum Luxemburg:

**INTEGRAL S. A. - 61, rue de Strasbourg, Luxembourg**

Téléphone: 35-26

NEU



Dank einer neuen, hochwirksamen Komponente wirkt Gewodin besonders schnell und zuverlässig bei Kopfwch, Neuralgien, Rheumatismus, Menstruationsbeschwerden, Zahnweh, Fieber.

*ED. GEISTLICH & SOEHNE A. G.  
Wolhusen (Luzern) Schweiz*

*Aerztemuster bereitwilligst durch:  
PROPHAC, Baudouinstrasse 25 Luxemburg Telefon 30-73*

## Chronique de l'Association

---

# Voyage médical aux thermes de l'Est de la France

Aperçu sur les bases d'un thermalisme efficace

*par Ch. Jones*

*Le Voyage (2—9 juillet 50).*

Par l'entremise de M. le Professeur Merklen de Nancy, la Fédération thermale et climatique de l'Est de la France invita le corps médical du Grand-Duché à un de ces voyages collectifs qui tiennent également du domaine de la science pratique et des rencontres confraternelles que de celui plus vaste et éminemment cordial de l'hospitalité française. Conçu à son début dans l'idée du développement des relations médicales et de la propagande en faveur des stations du cure, le voyage ne tarda pas à évoluer vers une de ces manifestations d'amitié de deux peuples unis dans le même idéal et dans la même culture latine.

Guidés par le Professeur Merklen, grand ami du Luxembourg, dont le remarquable esprit d'assimilation et un rare sens d'action et d'initiative l'ont prédestiné à ces assises intellectuelles, les membres de la Société des Sciences Médicales entreprirent ce voyage pleins d'intérêt, d'enthousiasme et de gratitude.

Le nom de propagande est généralement malsonnant et vexant; mais, si à cette propagande s'allie harmonieusement l'intérêt commun et bilatéral, si dans l'arène des tangibilités, la persuasion per oculos s'ajoute à la connaissance théorique, l'effort par la propagande acquiert alors un caractère de vérité démonstrative. L'influence de la science médicale française s'est développée grâce à l'effort matériel et à son caractère d'universalité.



La France, aujourd'hui, entre définitivement dans une politique thermale bien conçue et adaptée à notre monde social. En effet, aucune station thermale ne peut porter ce nom sans l'autorisation préalable de l'Académie de Médecine dont le rapport se base sur les données des experts compétents en hydrologie. Cette expertise comprend 3 phases: la phase d'instigation, recherches de l'analyse physique, chimique et biologique, (radioactivité, ionisation); la phase d'expérimentation où les eaux subissent des épreuves physiologiques et pharmacologiques, et la phase d'études cliniques grâce aux travaux issus des observations recueillies par les médecins des diverses stations. Le dogme qui prévaut et qui est strictement appliqué est celui de la spécialisation; toute station thermale doit réduire ses applications à une ou deux indications nettes, précises et limitées. Cette politique permet la spécialisation des établissements et celle du corps médical thermal. En général, ce dernier n'y exerce son art que pendant la saison pour retourner à la Faculté dans l'intersaison et s'y consacrer à des travaux de recherches biologiques et physiologiques sur les eaux de la station où il pratique.

Quatre principes dominants découlent de cette spécialisation: 1) Le corps médical d'une station déterminée ne traite que les malades dont les affections sont justifiées de la cure dans cette station. 2) Les hôtels sont appelés à donner strictement les régimes prescrits; 3) le traitement médical ordinaire se faisant à domicile du malade, doit précéder le traitement thermal; 4) le traitement dans la station thermale se fait uniquement par l'eau; en dehors de la thérapeutique pharmacologique. Ces principes sont la conséquence de la mise en valeur de plus en plus grande des eaux minérales dont l'étude systématique a discerné une multitude d'éléments qui déterminent leur puissance thérapeutique indéniable. Éléments minéraux et qualités physiques, émanations de gaz rares, notions d'osmose, de perméabilité cellulaire, d'isotonie, d'équilibre ionique, toutes ces données extrêmement complexes constituent cependant une réalité physiologique, agissant sur l'état du malade par l'intermédiaire du système neurovégétatif, humoral ou endocrinien.

Si, il y a 25 ans, beaucoup de savants ont pu afficher un sourire indulgent et sceptique à l'idée de l'efficacité des eaux, cette attitude empirique s'est évanouie devant les travaux scientifiques et les résultats cliniques. Chacune des facultés de médecine française ne possède-t-elle pas aujourd'hui sa chaire d'hydrologie et de climatologie thérapeutique? L'hydrologie est devenue de nos jours une science et une arme: science, parce qu'elle repose sur des méthodes et des recherches expérimentales précises; arme, parce qu'elle permet d'orienter un cas pathologique vers la station particulière et spécialisée en vue d'obtenir un effet thérapeutique; car une erreur d'orientation risquerait d'être préjudiciable au malade intéressé. Ce choix est facile si un pays dispose d'un patrioisme aussi richement doté en sources

hydrominérales que la France. Ces richesses naturelles, on veut les ouvrir à un grand public et surtout à ceux, pour qui leur santé est le seul capital dans la lutte pour le pain quotidien!

Pour stimuler l'intérêt des confrères luxembourgeois et leur donner une entière confiance dans l'outillage thérapeutique des stations de l'État, la Fédération thermale et climatique tenait à coeur de nous montrer toute la file prodigieuse de ses sources, tout le perfectionnement moderne de ses stations et tous les efforts entrepris pour équiper ses services de réalisations scientifiques tels que les laboratoires de recherches. Jour après jour, matin et après-midi, on nous plongeait dans l'ambiance qui nous enveloppait pendant toute une semaine.

Vittel, Bains-les-Bains, Gérardmer, Plombières, Lons-le-Sau-nier, Bensaçon, Salins-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Contrexeville, toute la gamme de ces villes d'eaux aux noms si familiers passait devant nous, éclatante démonstration de trésors thermaux. Systématiquement, chaque station fut visitée à fond, un exposé détaillé nous renseignait sur la composition biologique et physico-chimique et sur les indications cliniques, les effets et les résultats obtenus. Chaque station se fit un honneur de nous recevoir avec un éclat inégalé, les conférences n'avaient rien d'une rhétorique officielle; au contraire, tous les confrères français, attachés aux diverses stations, nous exposaient leurs conceptions et leurs tendances en toute franchise. De ces entretiens ressortit la préoccupation constante des autorités civiles et médicales de mettre à la portée de toute la population les valeurs de leurs stations thermales. La question du thermalisme social est d'une actualité brûlante et les réalisations faites jusqu'aujourd'hui témoignent de l'étendue des efforts entrepris en ce sens.

Passons brièvement en revue les indications des diverses stations:

*Vittel*, l'aristocrate, dont la renommée n'est plus à faire, est, par ses eaux sulfatées, calciques et magnésiennes, la grande station de la désintoxication générale. Connue des arthritiques et des biliaires du monde entier, embellie par la beauté de ses établissements et les parterres fleuris de son parc magnifique, elle possède cette élégance qui en fait un centre mondain sans que cette patine lui ôte l'atmosphère de calme et de repos.

Les docteurs Boigy et Badin nous faisaient l'honneur de la visite de l'établissement et dans une belle conférence, on nous traçait l'histoire et l'efficacité des eaux de Vittel. Le banquet «d'ouverture» eut lieu au Grand Hôtel sous la présidence du D<sup>r</sup> Mercklen et du D<sup>r</sup> Péan, président de la Société de médecine de Vittel. L'Administration y était représentée par les confrères qui nous avaient si aimablement guidés et par M. Alaric, chef de publicité. Le D<sup>r</sup> Mugler représentait le corps médical. La collaboration entre les médecins, tous promoteurs agissants et méthodiques et l'administration est très féconde. Elle permie de suivre systématiquement l'effet de l'eau de Vittel sur le curiste

et de tirer par ces observations multiples, les indications précises et les limites d'une cure efficace.

*Bains-les-Bains*, l'émeraude cachée dans les forêts des Vosges, dont la forte radioactivité, la richesse en silicate de soude et l'hyperthermie (50°) la prédestinent au traitement des affections artérielles scléreuses et spasmodiques, est le lieu de rassemblement des hypertendus, des malades affectés d'angine de poitrine ou d'artérite. Ses douches nébuleuses, tamisées et locales sont d'un effet bienfaisant sur la circulation. Il y a vingt siècles, Domitien réservait ces bains aux soldats des légions romaines. Attirés par le charme coquet et modeste de ses promenades et de ses bains, les malades y trouvent une amélioration de leurs maux, et le calme paisible les soustrait à la nervosité de la vie moderne.

*Gérardmer*, la perle des Vosges, aux nuits fraîches et aux journées tièdes, est couchée dans un vallon vosgien à l'ombre des hautes futaies de sapins et au bord d'un lac renommé. C'est le séjour rêvé pour les surmenés, les asthéniques, les pléthoriques et les convalescents. Et même sans le fameux «coq au vin», l'appétit est réveillé, l'énergie reconstituée et les nerfs délassés. Gérardmer est défavorable aux tuberculeux et même aux pré-tuberculeux. Cependant, ses longues et belles promenades sillonnant les forêts, longeant le lac, passant aux cascades, et aux sites splendides, ses eaux pures et fraîches, son air embaumé rendent le séjour tonifiant en relevant un organisme déficient et un métabolisme fatigué.

Pour beaucoup de mes confrères, la station de *Plombières* fut une révélation. Certes, on connaissait ses eaux hyperthermales et radioactives, on n'ignorait nullement que Plombières était la station des affections gastro-intestinales, neuro-végétatives, rhumatismales et névralgiques, mais on ne connaissait ni la forte radioactivité, influençant fortement l'appareil de Geiger, ni la haute température des eaux qui jaillissent des entrailles de la terre à 81° et qu'on utilise telles quelles, comme en Islande, pour le chauffage central!

Si, du haut des pyramides, vingt siècles vous contemplant, à Plombières, vingt siècles d'histoire thermale vous impressionnent dans un respect émouvant! Les Gaulois et les Romains y créèrent un vaste «Balneum» dont demeurent, intacts jusqu'à nos jours, les captages, les canalisations, les piscines souterraines et notamment les célèbres étuves. La vapeur naturelle au griffon de la source la plus chaude vous chasse après un bain de sueur de quelques minutes, mais vous y laissez une bonne partie de votre acide urique et vos engouements arthritiques disparaissent à merveille. La légion des malades atteints de rhumatisme, de sciatique, de névralgies trouvent dans ces étuves miraculeuses une sédation rapide de leurs douleurs, toute comme les gastro-entérocolitiques voient disparaître de façon durable les douleurs rebelles de leurs spasmes viscéraux et de leur plexus sympathique.

Non loin de Plombières, entouré par la fraîche verdure de ses bois, se trouve l'antique Luxovium. le *Luxeuil* d'aujourd'hui. Dans cette vénérable et antique cité connue déjà dans le monde celtique sous le nom de Lixo (eau chaude), les vestiges d'une antiquité millénaire foisonnent. Détruite par les Huns, elle fut rebâtie par St. Coloman, l'illustre élève du monastère de Bangor en Irlande qui fondait sur les débris des thermes, la célèbre abbaye de Luxeuil. Saccagée par les Sarrasins, l'abbaye et son établissement thermal furent rebâties par Charlemagne. La ville subissait toutes les vicissitudes du moyen âge avec ses guerres de religion, ses sièges multiples, ses insécurités; malgré de nouvelles destructions, Luxeuil retrouvait toujours sa vitalité enracinée. Aujourd'hui, déchue de son antique splendeur, elle garde dans son sein le trésor de ses bains miraculeux: quatre sources aux compositions chimiques variées distribuent l'abondance de leurs eaux et de leurs gaz thermaux dans l'établissement. Les plus importantes sont les sources hyperthermales à 48° alcalines et sodiques, dégageant à leurs griffons par des bulles énormes des gaz azotés et radioactifs.

Une grande piscine de natation, à ciel ouvert, alimentée en eau thermale courante, permettant le bain chaud pendant toute l'année, reçoit les 1.300.000 litres d'eau normalement débités en 24 heures. De par la composition de l'eau, le traitement balnéaire extérieur prédomine.

Dans le monde entier, Luxeuil est connue pour le traitement des affections gynécologiques; surtout le traitement de la stérilité autorise à des espérances que de nombreux témoignages reconnaissent. Les «enfants de Luxeuil» forment déjà légion! De même les malades de la sphère génitale harassées par la douleur et les spasmes, minées par leurs exsudats et leurs inflammations chroniques témoignent à Luxeuil une gratitude infinie.

A ces indications connues et électives, se sont jointes dans les dernières années, l'action remarquable des eaux sur l'appareil veineux déficient, les varices, les reliquats de phlébite et de périphlébite.

Par un esprit d'initiative remarquable, les boues radioactives, déposées par les sources, sont maintenant utilisées comme cataplasmes abdominaux; ce traitement adjuvant constitue une aide puissante pour combattre les procès douloureux. Si je cite cette initiative, c'est pour rappeler qu'à *Mondorf* il y a également des boues d'une haute radioactivité et qu'il serait tout indiqué de les employer dans le traitement des affections rhumatismales, ce qui pourrait se faire avec un minimum de dépenses!

Luxeuil, sera la station gynécologique de l'avenir. Et son hôtellerie sait ajouter à un bien-être assez confortable une cuisine gastronomique par excellence.

Le lendemain, la caravane fonçait vers le Jura, vers *Lons-le-Saunier*.

*Lons-le-Saunier*, aux eaux chlorurées sodiques fortes (305 g NaCl par litre) est une petite ville d'eau, spécialisée pour les salpingites rebelles, les affections périfibromateuses, les paramétrites anciennes qui demandent une cure «forte». Mais la grande indication de Lons est le traitement des enfants lymphatiques, scrofuloux, rachitiques. La Sécurité Sociale a installé à Lons une colonie sanitaire pour les enfants, et comme le Jura possède un climat tonifiant, on associe à la cure thermale une cure d'exercices en plein air, suivie généralement par une postcure climatique à faible altitude. Cette grande organisation sociale de la France, réunit, par l'intermédiaire de ses assistantes sociales et médico-sociales, les enfants en convoi et offre des «vacances thérapeutiques» à tous ceux dont la famille ne peut supporter les frais d'une cure. Cet entraînement thalassothérapeutique dure six semaines; 80 % des frais sont assumés par la Sécurité Sociale en ne laissant aux parents que la charge minime d'une somme de 120 frs français par jour, somme couvrant tous les frais: soins, pension, cure thermale et honoraires médicaux!

A Lons, toute la ville s'est groupée autour de la station thermale. *Toutes les bonnes volontés, toutes les activités ont été harmonieusement réunies en une Association modèle* comprenant la Municipalité, la Société des Thermes, les personnalités de la ville et le corps médical; cette union permet de faire un puissant effort de propagande, de rénovation et de modernisation. Une remarquable innovation est la salle d'inhalation collective où se répand un brouillard obtenu par fine pulvérisation de l'eau thermale. Les organismes, qui envoient des enfants pour suivre une cure saline, ont un droit de regard à titre de contrôle sur la gestion de cette Union et toutes les mutualités ou organisations qui envoient plus de 50 enfants par an ont droit à un poste d'administrateur au sein de l'Association précitée. La Municipalité a pris des mesures pour maintenir les frais d'hébergement dans les hôtels de la ville à un prix avantageux; le corps médical se dévoue à tour de rôle pour examiner, surveiller et guider les enfants sans demander des frais supplémentaires, les honoraires étant compris dans le forfait thermal. Ainsi chaque docteur soigne une centaine d'enfants un jour par semaine.

La station est devenue, par cette organisation dévouée, une station pilote de la Sécurité Sociale et on est arrivé à meubler entièrement les mois creux de l'année. M. Séquin, le maire affable de Lons, nous invite à lui envoyer des enfants chétifs luxbg. en nous assurant une cordiale réception et un résultat favorable et certain; prière, que je me permets de transmettre à la *Croix Rouge luxbg.* et à la *Caritas* du Grand-Duché.

La ville de Lons n'est pas seulement une ville thermale, mais un centre gastronomique de première valeur. La cure saline développe l'appétit. Le curiste ou les parents de l'enfant en cure n'étant pas astreints à un régime spécial, qu'ils n'oublient pas de passer dans «*Chez nous*» ou tout autre restaurant, pour déguster

un médaillon de foie gras, un melon frappé, une terrine maison, un feuilleté aux crevettes, ou un poulet Marengo, le tout arrosé d'un Arbois, d'un Côte de Jura 42 ou du célèbre vin jaune qu'on garde jalousement dans le pays pour lui éviter le déshonneur de l'exportation!

Le soir, on se réunissait à *Salins* aux eaux chloro-iodo-bromurées fortes, station de cure pour la femme et pour l'enfant. Les eaux qui sortent à t° normale, sont si fortement salées (157 g par litre) que l'entretien des machines et le nettoyage des chaudières ont obligé l'administration de compenser ces frais par la vente d'un produit tiré des sources thermales. En captant les résidus liquides se trouvant dans les chaudières et en les évaporant, on en a tiré des Eaux-mères qui, devenant solides, se cristallisent et peuvent être utilisées pour un traitement à domicile à l'instar des boues et du fango. Une belle piscine moderne à l'eau salée fait la joie des enfants et des adultes; nombre de nous profitaient de l'occasion pour plonger dans cette «eau de mer continentale», afin de jouir de ses qualités stimulantes (dont nous avons fort besoin après cette suite de banquets) et résolutive (pour dégorger le tissu souscutané des amas de cellules lipéïdes qui l'envahissaient).

Les propriétés de ces eaux les destinent au traitement des enfants lymphatiques, mais également à celui des affections rhumatismales, névralgiques et eczémateuses, enfin, comme indication très nette, au traitement des salpingoovarites anciennes, des inflammations périutérines chroniques et rebelles. La vieille règle en gynécologie qui insiste sur un traitement conservateur sérieux avant de passer à une opération mutilante trouve à *Salins* sa confirmation réelle et heureuse!

Mais *Salins* est surtout le domaine de la Jeunesse qui en a fait sa capitale. Le camp des vacances du fort St. André qui reçoit les groupes d'enfants, retentit de leurs bruyantes effusions et de leurs jeux joyeux.

*Salins* appartient surtout à ces jeunes nerveux et psychopathes que ne supportent pas le séjour à la mer ou à la montagne et qui ont besoin tout de même d'une tonification de leur organisme. Sans réclame tapageuse, se contentant de sa renommée, *Salins* voit s'agrandir d'année en année l'affluence des enfants; les résultats thérapeutiques confirmant les espérances placées en *Salins-les-Bains*.

Le lendemain, on remonte vers *Besançon*, où le quartier de la Mouillère est classée station hydro-minérale en raison de ses eaux chlorurées sodiques fortes. L'établissement thermal est en voie de reconstruction; chaque année une nouvelle partie est réajustée, réparée et modernisée. Reliés à la Mouillère par un funiculaire, se trouvent les établissements climatiques d'enfants, sur le plateau ensoleillé de Brégille, tout près des forêts de sapins, où le calme, l'air pur, le paysage ravissant, le soleil rendent

au petit monde des enfants la joie, la force et leur donnent l'ardeur et la chaleur d'un sang tonifié.

Au crépuscule de la journée, on avait repassé le Jura pour arriver à *Bourbonne-les-Bains*. Ville vénérable, se blottissant dans le creux d'une faille des hauts plateaux, l'ancien Borbonia conserve les vestiges des thermes romains et d'un temple gaulois consacré à la gloire du dieu Borvo et de la déesse Damona, témoignage de sa retentissante réputation depuis les temps les plus reculés de la civilisation. Hyperthermales (66"), radioactives, polymétalliques, les eaux jaillissent d'une profondeur inconnue; cette genèse mystérieuse est peut-être à la base de son étonnante efficacité. Ne guérissent-elles pas les fractures mal consolidées, les arthropathies, les atrophies, les névrites par un effet puissant sur la vasomotricité des tissus?

On y distingue les thermes militaires et les thermes civils, les premiers comprenant un ensemble de bâtiments datant du 14<sup>e</sup> siècle, les derniers, restaurés et reconstruits, comprennent des bains, des douches, un émanatorium célèbre et surtout une belle et moderne salle de rééducation physique destinée à rectifier des attitudes et des mouvements défectueux.

Bourbonne recalcifie les fractures rebelles par une action sur le métabolisme du calcium encore peu élucidée; Bourbonne résorbe les proliférations osseuses, les dépôts calcaires, les ostéophytes; Bourbonne calme également les douleurs dans les affections névralgiques. Les grands mutilés, les accidentés, les sportifs traumatisés y trouvent l'apaisement de leurs douleurs, la guérison des névrites du moignon et aussi un peu de leur équilibre vital dont ils ont tant besoin. Au frontispice de l'établissement des thermes on devrait mettre les vers de Musset:

Le mal dont j'ai souffert, s'est enfui comme un rêve  
je n'en puis comparer le lointain souvenir  
qu'à ces brouillards légers que l'aurore soulève  
et qu'avec la rosée on voit s'évanouir...

Le Grand Hôtel, nous recevant dans sa salle à manger tapissée de tentures de musée nous offrait l'hospitalité traditionnelle des habitants de Bourbonne; au contact avec les autorités militaires et civiles et le corps médical local on passait une soirée pleine d'aménité, tant par le charme aimable de nos hôtes que par le niveau des discussions instructives et intéressantes.

Au dernier jour de ce voyage panoramique, inspiré par le vieux dicton de Seneca: «Longum iter est per praecepta, breve et efficax per exempla», *Contrexéville*, la ville de la longévité nous attendait. Son immense rotonde au dôme majestueux abrite la source fameuse du Pavillon. La longue colonnade imposante nous parle des jours passés. Même, si l'église russe avec le somptueux tombeau d'une soeur du dernier empereur ne nous rappelait pas le grand passé thermal, une inexprimable et affable atmosphère nous bercerait dans les souvenirs, où Contrexéville dominait dans le monde chic; elle conserve les relents embaumés

de ses saisons féériques. Elle n'en est pas moins sympathique, cette ville, où l'air est si sain par des fluides inconnus, où la vieillesse recule et disparaît comme par enchantement! Ses sources aident à la désintoxication de l'organisme, à la purgation du foie et des reins, à la guérison de l'arthritisme et des troubles de la nutrition. Contrexéville, à quelques kilomètres de Vittel, est le séjour idéal pour les bourses bourgeoises, pour ceux qui fuient le grand monde et qui cherchent à retrouver leur équilibre humoral dans la quiétude d'un endroit tranquille et stimulant.

L'Hôtel Royal eut l'honneur du banquet final. Son menu fut un chef d'oeuvre de l'art culinaire français; ses petites tables, groupant les pèlerins du thermalisme, encadrés par les représentants du corps médical local devinrent vite des centres de propagande mutuelle et de discussions scientifiques.

Au dessert, comme la coutume l'exige, le D<sup>r</sup> Loutsch, président de notre Société eut l'agréable et cruel devoir de terminer la belle série de discours où les confrères Léon Molitor, Felten, Koltz, Jones, Speck, Weinacht, Fixmer, à tour de rôle et jour par jour avaient exprimé leurs idées, leurs remerciements et leurs sentiments émus.

Le D<sup>r</sup> Loutsch rappelle encore une fois l'accueil chaleureux, le dévouement des confrères français, la valeur et l'essor de la science médicale d'hydrologie, les réalités tangibles, les agréments multiples d'un voyage scientifique organisé d'une façon modèle, l'amitié réelle de tous les participants et la haute culture française. Ses paroles sont un vibrant appel à l'union bienfaisante de la science médicale, à l'essor des liens entre les deux pays. Ses remerciements vont au D<sup>r</sup> Merklen, qui a fait de ce voyage d'études un voyage de plaisir. Un triple ban en l'honneur du «pape du thermalisme» témoignait de la grande affection dont ce nom jouit dans le corps médical. Dans sa riposte, M. le Doyen nous rappelle que son coeur s'est toujours tourné vers le Luxembourg, qu'il connaît depuis 25 ans et qu'il considère comme sa seconde résidence. Il ne veut être qu'un disciple de la science médicale pour aider à secourir ceux qui souffrent en les faisant profiter des richesses naturelles qui jaillissent du sol de la France. Au nom des dames présentes, Madame Jones-Faber exprime des sentiments de gratitude pour les belles journées. Elles furent charmantes grâce à la prodigalité généreuse des organisateurs; elles furent surtout intéressantes en nous mettant en contact avec d'éminents Français qui savent tirer du sol les moyens de rendre la santé aux malades et aux enfants, innocentes victimes de la guerre.

Nous rentrâmes de ce voyage plus croyants, plus érudits et aussi plus modestes. Plus d'un, que le scepticisme accompagnait au début, est rentré enthousiasmé et fervent. La valeur réelle du thermalisme, la foi dans son avenir, la coopération par un échange international, sont des nécessités qui commencent à remuer l'opinion publique et qui demandent des réalisations pratiques et



immédiates. Si nous, médecins, sommes persuadés de la grande importance du thermalisme dans la thérapeutique usuelle, il est de notre devoir de faire profiter de cette cure tous les malades de quelle condition sociale qu'ils soient, sans qu'aucune entrave financière leur barre de chemin de la santé.

---

### *Réflexion et Conclusions sur la Politique du Thermalisme.*

La Fédération des Stations Thermales de l'Est est un organisme centralisateur dont le but est de développer et de défendre les intérêts des stations hydrominérales et climatiques.

Elle réunit logiquement toutes les compétences et organisations qui ont le même but, bien que, dans le passé elles se soient considérées plutôt comme des adversaires: les syndicats d'initiative, les autorités communales, les sociétés fermières, les hôteliers et le corps médical sous la haute égide de l'université.

Cette entente n'a pas seulement une valeur platonique, mais elle intervient efficacement, soit en donnant des conseils, soit en allouant des subsides, soit en contrôlant et organisant le niveau touristique et scientifique, en tranchant des litiges ou en attribuant à chaque station le ou les spécialisations qui lui sont propres.

Avant tout autre principe, il existe donc une *unité d'action*. Cependant le thermalisme moderne repose sur d'autres principes qui sont *d'ordre administratif, d'ordre touristique, commercial, scientifique et social*.

L'unité d'action domine dans les *principes administratifs*; il n'existe plus un ostracisme froissant entre les diverses associations dont les unes tendaient à favoriser la prospérité des villes d'eaux en négligeant les intérêts touristiques de la région, dont les autres se préoccupaient plutôt de la valeur touristique en écartant les desiderata des curistes. Par l'union accomplie au sein de la fédération, les divers groupements ont pu trouver un terrain d'entente; les étrangers et les touristes en sont les bénéficiaires. Des comités de cure où sont représentés le corps médical et les compagnies fermières s'occupent du développement de la station au point de vue technique. Les syndicats d'initiative et les offices de tourisme défendent les intérêts généraux de la station. Le plus bel exemple est fourni par la ville de Lons-le-Saunier, où une puissante organisation a accompli une réalisation typique: concours de tous sur une même échelle en vue des intérêts de la station. Le curiste connaît d'avance tous les frais: pension, honoraires, frais thermaux par l'application d'un forfait. Les organismes y envoyant des malades ont droit à un siège au sein de l'association. Ce principe de «cure forfaitaire» à des tarifs réduits deviendra la formule d'avenir!

*Principes touristiques.* La nécessité de faire une politique de bon accueil saute aux yeux. Le curiste est également un touriste, il amène souvent sa famille, son séjour se prolonge forcément

jusqu'à 2—3 semaines. Il profite de son séjour pour se divertir et pour connaître le pays en faisant des excursions plus ou moins étendues. Or, le tourisme pour millionnaires a vécu; le tourisme des bourgeois et celui des masses se développe; mais il ne se développe que là où on lui réserve les conditions les plus avantageuses. Ces conditions sont avant tout des réductions: aménagement des tarifs de chemin de fer, réduction sur présentation de la carte de curiste, modicité des prix de logement et de pension, réduction sur les droits d'entrée pour les diverses manifestations, organisations d'excursions privées et collectives par les comités locaux avec rabais pour le curiste et sa famille.

Comme le séjour de cure et le séjour d'agrément se combinent et se complètent, il est indiqué de multiplier les agréments et les distractions mondaines soit par la construction d'une piscine, par l'organisation de concerts et par des représentations de pièces théâtrales, soit en coordonnant les excursions organisées avec les divertissements offerts dans la capitale ou dans le plat pays. Les jeux «genre roulette» ne sont nullement nécessaires; mais les jeux «genre boule», sont des distractions anodines, peu dangereuses et aident à passer les longues heures d'une soirée vide. Inutile de perdre un mot sur la propagande, la publicité, l'affichage, ce sont des moyens qui s'entendent d'eux-mêmes.

Résumons en disant que le patrimoine thermal est un des atouts précieux dans les mains des autorités dans la grande lutte internationale en vue d'attirer les étrangers et il serait une faute impardonnable d'en négliger les côtés.

*Principe commercial.* — Notre randonnée nous a prouvé que la plupart des stations ne sont pas viables, si elles sont abandonnées à elles-mêmes; c'est-à-dire à la seule pratique de la cure. Un facteur de commercialisation doit entrer dans les prévisions, comme p. ex. celui de l'embouteillage de l'eau à Vittel. Contrexéville suit l'exemple de Vittel, Salins exporte ses eaux-mères, d'autres songent à exporter les boues. A cette condition, l'exploitation des bains peut devenir plus rémunératrice; si elle s'avère impossible, il n'y a qu'à recourir à la différenciation des classes. On élèvera les prix dans les cabines de luxe, ceux-ci n'étant visitées que par des personnes pour qui les prix élevés ne sont pas un obstacle.

Le *principe scientifique* ne peut être suivi sans le secours des médecins, des hôteliers et de la direction.

Au début se trouve la question du régime alimentaire. Ce régime doit être échelonné avec soin et là où il existe, un certain nombre de menus-types correspondant à une restriction alimentaire plus ou moins grande, doivent être publiés. Dans certaines stations de l'Est, le régime est de rigueur pour le curiste sérieux; l'hôtelier ne se permettrait pas, même sur la demande du client, d'outrepasser les prescriptions sans l'autorisation du médecin! Ces menus-types devraient être imprimés et indiqués sur les pros-

pectus avec indication des prix, pour que le baigneur ait toute facilité de proportionner ses dépenses aux prescriptions.

Ne peut-on pas loger les baigneurs sans les obliger de prendre pension dans la station même?

Au point de vue technique, un laboratoire d'expérience doit être rattaché à toute station thermale; beaucoup de villes d'eaux en France en sont pourvues. Ces laboratoires sont la base scientifique de l'essor d'une station. Des bourses pour étudiants et médecins-stagiaires et des prix scientifiques doivent être distribués, car un progrès appréciable sur le plan thermal ne se fait pas sans la stimulation que demande une exploitation scientifique des trésors naturels.

Sur le *plan social*, aucune catégorie sociale ne peut être privée des bienfaits des eaux thermales; l'accès le plus large possible doit être réservé aux assurés sociaux. Nombre de villes d'eaux, dans l'Est de la France ont réussi à remplir les mois creux de l'année grâce aux assurés sociaux; à Mondorf cependant, à peine deux ou trois assurés suivirent la cure en octobre. Cette négligence repose en partie sur l'indolence du corps médical, en partie sur les difficultés et les formalités des organisations sociales. Faut-il rappeler que le traitement thermal est un moyen pour guérir, et également un moyen pour prévenir la maladie et protéger la santé? Le traitement thermal ne doit plus dépendre de certaines conditions comme la durée d'affiliation, de l'incapacité de travail, de l'établissement d'un diagnostic d'une maladie en cours, mais pour faciliter le séjour, il doit suffire que la nécessité de la cure soit reconnue par le médecin de famille, par les assistantes sociales, les infirmières visiteuses et que la permission soit donnée après avis favorable du médecin de confiance de l'Union des Caisses.

Il y a lieu également d'envisager la conclusion de conventions avec les pays environnants permettant l'accès des eaux aux assurés étrangers aux mêmes conditions que celles pour les indigènes. Une harmonie dans les rapports internationaux est d'un grand poids au point de vue propagande et affluence.

Qu'il me soit également permis de suggérer l'établissement de *camps thermaux*, à l'instar de ceux de Salins, Lons, Besançon.

Les camps thermaux sont une nouvelle formule des anciennes Colonies de vacances. Ils ont le même but que celles-ci: la protection de l'enfance par le grand air, le climat et par cet élément nouveau que constitue le bain thermal soit individuel, soit collectif dans la piscine. Les Colonies thermales et climatiques — c'est la nouvelle désignation — peuvent remplir le creux de l'avant-et de l'arrière-saison. Les enfants dystrophiques, débiles, bronchitiques et arthritiques sont légion. En transposant sur le plan hydrominéral les Colonies de vacances, on peut joindre aux bienfaits du grand air et du soleil (même artificiel, si le climat l'exige) ceux d'une cure tonifiante dont tous les éléments se trouvent également chez nous. Les grands lymphatiques, on les

en verra à Salins ou à Lons-le-Saunier. Le bénéfice en sera indéniable.

Ces principes doivent gouverner toute politique thermale efficace; nous pouvons être nos propres ambassadeurs, à condition que nous laissions de côté nos vaines récriminations, nos indolences et nos gémissements stériles.

Prenons exemple sur les thermes de l'Est de la France. Un concours de bonne volonté et de réalisations feront merveille tant pour le bien du curiste que pour le renom de notre pays!

## **Mondorf-les-Bains**

(Grand-Duché de Luxembourg)

Ouvert: DU 1er MARS AU 1er NOVEMBRE

**FOIE - INTESTIN**

Nutrition-Rhumatisme

F o i e C o l o n i a l

---

**NOUVEAU CASINO**

**Centre Touristique**

---

## **CONCENTRÉS DE MONDORF-ÉTAT**

Ampoules buvables avec comprimés;  
en vente dans les pharmacies

Renseignements: Établissement Thermal, Tél. 59

**SYNDICAT D'INITIATIVE**

## HORMONES PURES CIBA

### OVOCYCLINE *Aménorrhée*

Hormone  
folliculaire pure

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

### LUTOCYCLINE *Hyperplasie glandulo-kystique*

Hormone lutéinique  
de synthèse

*Aménorrhée (après traitement  
préalable à l'Ovocycline)  
Avortement répété*

### PERANDRONE *Phénomènes de carence*

Hormone testiculaire  
de synthèse

*Troubles de la puissance  
Involution masculine  
Sénilité  
Hypertrophie prostatique*

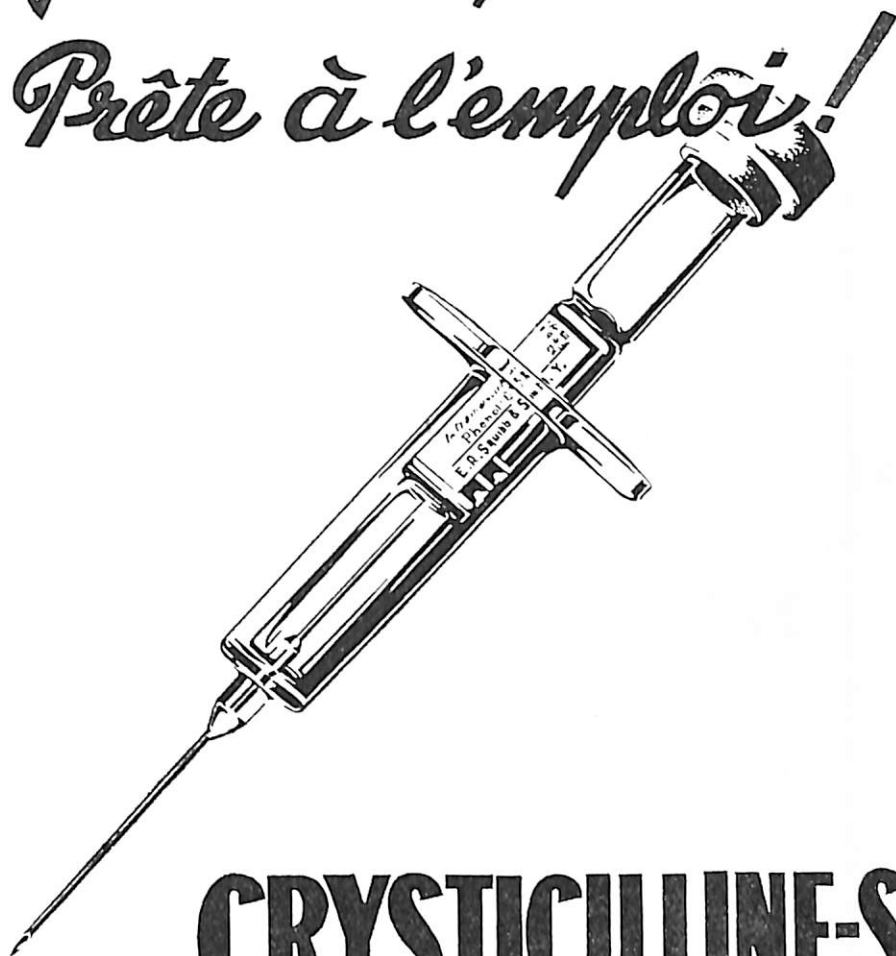
### PERCORTÈNE *Maladie d'Addison*

Hormone  
cortico-surrénale  
de synthèse

*Addisonisme  
Ictère catarrhal  
Ulcère gastrique  
Diabète*

SOCIÉTÉ ANONYME CIBA — BRUXELLES 3

*Gain de temps....  
Prête à l'emploi!*



# **CRYSTICILLINE-S**

## **SQUIBB**

SUSPENSION AQUEUSE DE  
PENICILLINE G PROCAINE  
PRÊTE A L'EMPLOI

*Labaz*  
S. A. BRUXELLES

CARTOUCHE DE 300.000 U. AVEC  
SERINGUE EN MATIÈRE PLASTIQUE.

# PENECAINE

\*

C'est un complexe de  
Procaïne Penicilline G et de  
Penicilline potassique tam-  
ponnée, fabriqué par:

LES USINES

**MERCK & Co, LTD**

MONTREAL

et dont l'effet est  
IMMÉDIAT  
et PROLONGÉ

CONTINENTAL PHARMA  
S. A. BELGO CANADIENNE  
*Bruxelles*

# LOTTERIE NATIONALE



*L'œuvre sociale  
par excellence*

**Gros Lot 300 000 Frs.**



# **LAIT ALBUMINEUX**

## **EN POUDRE**

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

### **Marque «Ursa» non écrémé**

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

Indications: Les mêmes que pour le  
lait albumineux frais:

**Dyspepsie aiguë, subaiguë et chro-  
nique.** Dystrophie avec selles liquides.  
Intoxication, passé le premier stade de toxi-  
cité. Entérite et colite. Insuffisances diges-  
tives infantiles graves (maladie de Herter).

### **Marque «Ursa 2» 2/3 écrémé**

Indications:

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

**SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES**  
STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg:

**COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS**

Echantillons médicaux et littérature détaillée à disposition.

Comprimés Ulcéro-Stomacaux

# ROTER

L'expérience à plus d'un million de patients dans environ 40 pays a montré que la thérapeutique avec les comprimés ROTER est le meilleur traitement médicamenteux des

**Ulcères Gastro-Duodénaux**  
**Gastrites aiguës et chroniques**  
**Hyperchlorhydrie**  
**Troubles Neuro-Végétatifs**

Un avantage capital des comprimés ulcéro-stomacaux ROTER est le traitement 'in loco', qui ne provoque aucun blocage des fonctions de l'organisme.

**ROTER**

**PHARMACEURISCHE FABRIEK**  
**« ROTER »**  
**HILVERSUM HOLLANDE**

*Hochaktive, standardisierte Fermente!*

# D Y M A L

**Proteinasen**

**Amylasen**

**Lipasen**

Bewährt bei:

**Achylie, Subacidität**

**Dys- und Afermentie, Meteorismus**

Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Anstaltspackungen mit 175 und 300 Tabletten



**C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.,  
MANNHEIM**

General-Vertretung für das Grossherzogtum Luxemburg

## PROPHAC

Baudouinstrasse, 25

**LUXEMBURG**

Téléfon: 30-73

