

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



Juin 1951

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

S O M M A I R E

Général Médecin J. Voncken	L'état actuel de la législation médicale internationale	7
Eloi Welter	Von der psychoanalytischen zur psychosomatischen und anthropologischen Medizin	27
Frédéric Hippert	Considérations statistiques et pratiques sur les maladies du groupe typho-paratyphique	49
A. Mugler	La goutte viscérale, existe-t-elle?	53
Jean Harpes	Introduction à l'étude de la silicose dans le Grand-Duché de Luxembourg	59
Paul Pundel	Les oestrogènes ont-ils une action abortive au cours de la grossesse humaine?	65
Paul Pundel	Le test post-coïtal de Hühner, test de base de l'exploration étiologique de la stérilité conjugale	75



PERCORTÈNE

Hormone synthétique du cortex surrénal

INDICATIONS : Maladie d'Addison, états addisoniens • Ulcères gastrique et duodénal • Etats hypotoniques, après maladies infectieuses ou opérations par exemple • Etats d'épuisement, asthénie, adynamie • Vomissements incoercibles de la grossesse, etc.

PRÉSENTATION : « Lingettes » à 1 et 5 mg • Ampoules à 5 et 10 mg • Ampoules cristallines à 50 mg • Comprimés pour implantation à 100 mg « Percortène hydrosoluble », ampoules à 5 et 50 mg

SOCIÉTÉ ANONYME CIBA • BRUXELLES 3



EXTRAIT DE

On disease of the supra-renal capsules

by Thomas ADDISON, M.D. (1855)



Head of James Wootten. Both capsules diseased.

ILLUSTRATIONS DU VERSO :

- Fig. I.* The left kidney and diseased supra-renal capsule of Elizabeth Lawrence.
Fig. II. The left supra-renal capsule of Jane Roll, exhibiting a fungoid growth obstructing the vein of the capsule at its entrance into the renal vein.
Fig. III. Section of the same, exhibiting sanguineous infiltration of the organ.
Fig. IV. Section of one of the supra-renal capsules of James Jackson, with strumous deposit.
Fig. V. Exterior view of the same.

L'Etat actuel de la Législation Médicale Internationale

par le Général Médecin J. Voncken

Quand, à l'aube du 10 mai 1940, nous avons senti que le monde chancelait, nous avons, nous autres médecins, désespéré de l'humanité, mais nous gardions toute notre confiance dans la mission que nous avions à remplir. Nous partions vers nos ambulances avec la même foi, la même ardeur que celle qui nous entraînait 25 ans auparavant, répondant à l'appel irrésistible et profond du blessé et du mourant; de l'homme qui tombe et meurt pour son pays. Et nous mesurions la grandeur de notre apostolat à l'immensité de l'oeuvre de charité que nous avions à accomplir.

Nous partions sans arrière-pensée, dans un élan de générosité et d'abnégation.

Imaginez demain une aube semblable à celle du 10 mai.

Quelles seraient, du coup, nos pensées, nos appréhensions, nos incertitudes? Tout ce que nous avons vu, tout ce que nous avons appris pendant les années de la deuxième guerre mondiale, nous reviendrait à l'esprit et nous nous poserions d'angoissantes questions. Y avez-vous déjà pensé?

Avez-vous déjà pensé à ce que des autorités si elles étaient victorieuses pourraient vous demander, à vous médecins, à ce qu'elles pourraient sans doute exiger de vous? Avez-vous déjà arrêté votre attention sur ce que pourrait être votre activité professionnelle dans un nouveau conflit? Vous êtes-vous intéressé au sort qui pouvait être le vôtre, si un conflit éclatait? Médecin sous l'occupation, médecin envoyé dans des camps de prisonniers, médecin d'organisation de travail imposé?

Le 10 mai 1940, nous partions sans aucune de ces inquiétudes, persuadés que la médecine continuerait son rôle tutélaire, sans être mêlée directement à la machine de guerre, à l'oeuvre économique et scientifique d'une nation, à la guérilla des clandestins, aux programmes politiques et sociaux de gouvernements en brusque évolution.

Nous n'avons plus la foi en une médecine, idéalement protégée pour l'accomplissement de sa mission charitable et nous nous devons, par devoir moral, de chercher à reconstruire ce que la barbarie de ce siècle a froidement démolé.

Rappelez-vous quelques aventures où le médecin a été entraîné bien malgré lui au cours du grand cataclysme.

Que feriez-vous si, comme en 1942 aux Pays-Bas, une autorité occupante vous enjoignait de pratiquer dans un but d'eugénique raciale, la stérilisation des anormaux? Nos confrères néerlandais ont pu à cette époque, se raidir dans une admirable résistance par une véritable grève générale qui fit retirer ce projet attentatoire à la conscience médicale.

Que feriez-vous si, un soir, un messager inconnu, anonyme venait vous demander de l'accompagner pour soigner un réfractaire caché dans une carrière abandonnée, près de la ville que vous habitez. L'ordonnance de l'occupant vous enjoint de dénoncer tout blessé que vous assisterez. Que feriez-vous?

Répondriez-vous à l'appel, et vous exposeriez-vous aux représailles de l'occupant; vous rendriez-vous à la Kommandantur pour dénoncer le blessé ou vous laisseriez-vous arrêter vous-même pour avoir fait votre simple devoir de médecin?

L'organisation sociale nouvelle demande des médecins pour des camps de travail organisé ou pour des ouvriers embrigadés pour un travail déterminé, ce qui sans euphémisme signifie les ouvriers déportés. Vous êtes, par un décret, désigné pour les accompagner. Accepterez-vous ou prendrez-vous le maquis?

La Puissance occupante organise des formations sanitaires sur le territoire de votre Pays, à l'intention de vos concitoyens; accepterez-vous, dans l'intérêt des vôtres, d'y collaborer avec la menace d'être, à la fin des hostilités, attiré devant vos propres tribunaux sous l'inculpation de collaboration avec l'ennemi.

Et vous réalisez immédiatement que toutes ces situations que je vous énumère, vous les avez peut-être vécues personnellement; mais elles peuvent tout aussi bien se représenter et à une échelle combien multipliée. Dans ces conditions n'est-il pas de la plus haute importance que chaque médecin ait conscience de ses devoirs et de ses droits; placé en face de la guerre et de problèmes nouveaux pour sa conscience, comment les résoudra-t-il?

Faut-il, dans les circonstances actuelles, laisser au hasard seul le soin de répondre à ces graves questions, ou bien, devons-nous avec ténacité, avec persévérance, chercher une solution qui éclaire l'avenir de nos destinées?

Si une nouvelle guerre devait s'abattre sur le monde, quelle serait la situation du médecin? Existe-t-il actuellement une législation internationale, un document décisif dans lequel le médecin trouverait un guide sûr qui lui permettrait de connaître ses devoirs et ses droits? Il a sa conscience, dira-t-on; oui, mais il sait aussi qu'en agissant suivant sa conscience, suivant les préceptes qui lui ont été enseignés, il risque fort d'être en contradiction avec

ce que son autorité gouvernementale elle-même exigera peut-être de lui, et plus encore, en cas d'occupation de son pays, avec ce que l'autorité de fait serait éventuellement amenée à lui ordonner. Ce sera, au cours d'une guerre, et jour après jour, une lutte continue et incessante entre sa conscience et les décisions souvent arbitraires, injustes ou immorales auxquelles il sera tenu, sous peine de condamnation, d'obéir.

Devant cet état de choses, n'est-il pas évident qu'il faut de toute nécessité en arriver à formuler une loi unique pour tous les médecins du monde, et qu'une des premières tâches des grands organismes internationaux serait d'en arrêter les termes? Et le moment actuel semble tout-à-fait opportun.

Car nous n'avons pas à bâtir sur l'inconnu; nous possédons déjà une charte fondamentale dont je veux vous analyser les données qui nous intéressent directement.

Historique

Pour mieux situer le sujet, je me permettrai un bref résumé historique: tout le monde sait ce qu'est la Croix-Rouge, mais beaucoup de détails de son évolution ne sont pas assez connus.

Vous savez tous que la 1^{re} Convention Internationale de Genève fut élaborée en 1864, elle proclamait sans ambiguïté le respect du blessé et la neutralisation du personnel sanitaire.

Les révisions de 1906 et de 1929 ne firent que préciser et affirmer ces deux principes qui constituent les piliers de tout le mouvement d'humanité dans la guerre.

Mais après la guerre 14-18, et malgré la révision de 1929, il apparut à tout le monde que la technique de guerre et les nouvelles méthodes de destruction et d'agression paralysaient et rendaient inefficaces les stipulations conventionnelles existantes.

A Madrid, en 1933, au cours d'un Congrès mémorable, le Comité International de Médecine militaire fut invité par une initiative convergente de médecins et de juristes, appuyés par le Gouvernement espagnol, à entreprendre cette croisade pour obtenir une efficacité réelle des Conventions de Genève et pour étendre à la population civile la protection concédée aux militaires victimes de la guerre.

Et tel est le premier pas qui amena seize ans plus tard la revision des grandes conventions humanitaires d'août 1949 dont je vais tâcher de vous donner en synthèse tout ce qui touche à la législation de la profession médicale.

Permettez moi de vous rappeler d'abord quelques dates.

Après le Congrès de 1933 à Madrid, une Commission médico-juridique fut créée à Monaco, qui rédigea le projet pour l'humanisation de la guerre: ce projet, publié en février 1934, préconisait la création de zones sanitaires et de sécurité, la protection de la

population civile, la surveillance des camps de prisonniers par des médecins et même des neutres, l'application de sanctions en cas de violation des conventions et la création d'un organisme justicier chargé de les appliquer.

Après la réunion de février 1934, le Comité International de Médecine militaire reprit, dès l'été 1934, l'étude du projet de Monaco en une session mémorable qui se tint à Liège sous la présidence d'honneur de Monsieur le Ministre de la Défense Nationale, M. Albert Devèze. Celui-ci, frappé par le programme bien défini que constituait ce projet, obtint que le Gouvernement belge prit l'initiative d'inviter une Conférence diplomatique pour intégrer les nouvelles données d'humanisation de la guerre dans une convention internationale. L'invitation fut adressée à tous les Gouvernements et de nombreuses marques d'approbation étaient venues encourager les promoteurs de cette entreprise.

Malheureusement, les temps n'étaient pas propices, et, devant certaines oppositions, le Gouvernement belge se trouva dans l'obligation de retirer son invitation. Mais l'idée était lancée: peu-à-peu, les idées de Monaco gagnaient du terrain et l'ironie qui avait accueilli, chez certains, le mot d'humanisation de la guerre, fit place bientôt à un effort considérable.

Le Comité International de Médecine militaire ne ralentit pas un instant sa propagande, car il avait conscience que le temps perdu était dans ce domaine une véritable provocation au danger.

Ce n'est qu'en 1937 et en 1938 que se réunirent, grâce au concours du Comité International de la Croix-Rouge, auquel le Comité International de Médecine militaire avait donc confié la défense des idées humanitaires de Monaco, les premières Commissions d'experts gouvernementaux en vue d'étudier, sur un plan réalisateur, la question des zones sanitaires.

Quatre ans après les travaux de Monaco! Et puis vint l'échéance fatale de 1939 avant qu'ait pu être rédigé un texte conventionnel qui introduisait, le nouveau concept d'humanisation de la guerre.

Je ne veux pas dire que si nos travaux de 1934 avaient trouvé une consécration plus immédiate, il n'y aurait pas eu d'atrocités pendant la guerre 39-45, mais il faut constater que des retards bien regrettables ont été apportés à l'édification d'un traité international qui aurait, quand même, été une sauvegarde pour les peuples et les nations soumises aux horreurs de la guerre.

Ce n'est pas en 1934 qu'eut lieu la Conférence; elle ne fut réunie qu'en 1949 grâce à la diligence du Comité International de la Croix-Rouge, mais elle était basée sur la continuation directe des travaux réalisés par la médecine militaire à Monaco, puisqu'aussi bien elle fut placée, par son président, sous le même titre que celui qui couvrait nos travaux de 1934: *l'humanisation de la guerre*.

Et quel a été son bilan?

Toutes les modifications substantielles et essentielles intégrées dans les nouvelles conventions sont précisément les questions les plus ardues qui avaient fait l'objet des études de 1934 et auxquelles avait été donnée une forme définitive. Je dis définitive, car on les retrouve, parfois sans modification de texte, dans la rédaction des nouvelles conventions.

Je n'en citerai que quelques uns à titre d'exemple:

les *zones sanitaires* sont créées et la formule qui leur est appliquée est exactement celle que nous avions définie;

l'amélioration des soins médicaux aux prisonniers de guerre est conditionnée par le fait que ces prisonniers doivent être traités par des médecins de même nationalité. Cette innovation, née à Monaco, avait d'ailleurs été réalisée sur une grande échelle pendant le conflit 40-45 par des accords entre belligérants;

l'extension de la protection de l'emblème de la Croix-Rouge aux victimes et aux établissements civils;

la recherche des moyens de protection pour la population civile, ce sont là autant de chapitres qui furent étudiés et dont les solutions ont été adoptées par la Conférence diplomatique de Genève.

Mais Monaco avait été plus loin; pour rendre efficace les stipulations conventionnelles, il fallait des *sanctions* et un organisme superétatique ayant autorité de *contrôle et de juridiction*. Ici, Genève s'est arrêté. Pourtant, l'après-guerre a innové une jurisprudence internationale destinée à châtier les crimes de guerre. Pour la première fois, dans l'histoire de l'humanité, des tribunaux ont été constitués pour juger des infractions aux conventions internationales et pour punir des crimes contre l'humanité.

Est-ce présomptueux de dire qu'à la fin de nos travaux de 1934, notre Comité avait imaginé toute la possibilité de cette procédure? Je me permettrai de vous rappeler un passage:

«La création d'un organisme, dépassant le cadre trop étroit de la S.D.N., et qui s'inscrirait au-dessus des Etats, s'affirme comme l'une des institutions les plus nécessaires au progrès de l'humanisation de la guerre.»

Il m'a paru opportun de vous faire un bref rappel des événements qui ont suivi la guerre, et développé le projet de Monaco de 1934, et il apparaît comme définitivement acquis que cette date de février 1934 a été décisive dans l'évolution du concept humanitaire dans les rapports entre les peuples.

J'ai voulu rappeler ces quelques faits pour souligner l'importance qu'a eue l'initiative du Prince Louis II, de ce prince soldat, chef d'un tout petit Etat (je cite «La Tribune de Genève») qui 15 ans avant la Conférence diplomatique avait fait étudier des innovations qui, à Genève, viennent de faire l'objet des délibérations de plus de 60 gouvernements.

Sans doute dans les exposés et les comptes-rendus de la Croix-Rouge internationale, où, on le sait, toute collaboration est anonyme, généreuse et désintéressée, on n'est pas accoutumé

à citer les sources des conceptions nouvelles ou les novateurs de nouveaux efforts d'entraide internationale, mais j'ai regretté que le nom de S.A.S. le Prince Louis II n'y soit pas mentionné, car on peut affirmer que si l'italien Palasciano a été l'initiateur, si Henry Dunant a été le créateur de la Croix-Rouge, Louis II a été celui qui, sans aucun doute possible, a orienté les consciences vers la révision profonde qu'on a réalisée en 1949.

La révision de 1949 a englobé de nombreux problèmes et a réalisé une véritable oeuvre de législation dans le cadre du droit des gens, et des nouveautés sensationnelles y ont été introduites.

Et tout d'abord, pour la première fois, la Croix-Rouge peut étendre sa protection aux victimes civiles de la guerre. Il ne faut pas oublier que jusqu'à présent, le bénéfice de la Convention de Genève se limitait aux blessés et malades des armées en campagne. Depuis 1949, la protection s'étend à toutes les victimes de la guerre, civiles et militaires.

Les diplomates, à leur grand honneur, ont été plus loin encore: ils ont créé de toutes pièces un nouveau texte visant à la protection de la population civile; l'ampleur de ce texte est beaucoup plus vaste et celui-ci s'intègre dans un mouvement d'idées qui tendent à imposer au premier plan des rapports internationaux, le respect de l'homme, en tant qu'individu. Et ce fut là une belle consécration des suggestions du Comité de Luxembourg pour la protection de la population civile.

De ce principe découlent toute une série de corollaires qui empêcheront la création de camps d'internement ou d'extermination, qui s'opposeront à la déportation de prisonniers politiques et qui régleront l'internement des civils ennemis.

Une nouvelle notion est introduite dans cette convention: c'est la surveillance de son application par une puissance neutre ou un organisme international qui, malheureusement n'a pas, à Genève, été défini. Et j'attire votre attention sur ce dernier point qui est essentiel et qui est en somme l'application stricte du projet de Monaco.

La Convention des prisonniers de guerre s'est également enrichie d'une donnée nouvelle: c'est l'adoption du principe que les prisonniers doivent être traités par des médecins de leur nationalité. Ici encore, la suggestion de Monaco a été retenue, suggestion qui avait trouvé un début de réalisation pendant la guerre 40-45 et que Genève a consacrée officiellement.

Il en est de même dans la création des localités et des zones sanitaires dont un statut spécial a été rédigé et incorporé dans la Convention de Genève.

La nouvelle Convention stipule en outre que l'autorité militaire, même dans les régions occupées, devra autoriser les sociétés de secours, comme les habitants, à recueillir et à soigner spontanément les blessés et malades, à quelque nationalité qu'ils appartiennent. Cette disposition vise principalement les parachutistes ou résistants blessés que l'on a souvent et inhumainement interdit

de secourir, sous peine de graves sanctions. Nul ne pourra plus être inquiété ou condamné pour le fait d'avoir donné des soins à des blessés ou à des malades. Une telle disposition aurait pu paraître superflue au XX^e siècle, mais de tragiques expériences en ont montré la nécessité.

Malheureusement cette stipulation ne met pas le médecin à l'abri de l'obligation de dénoncer le blessé qu'il a soigné.

Il y a cependant un point où la Conférence diplomatique a fait un dangereux pas en arrière.

Comme vous le savez, le personnel sanitaire (médecins, dentistes, infirmiers et infirmières, personnel administratif, aumôniers) jouit, par rapport aux combattants, d'un statut spécial dont la caractéristique principale réside dans le fait de sa neutralité absolue. En d'autres termes, il doit, en toutes circonstances, être respecté et protégé et ne peut être gardé prisonnier s'il vient à tomber entre les mains de l'ennemi.

Ce principe de la neutralisation ou de la «non-capture» du personnel sanitaire, resta intangible lors des révisions de la Convention en 1906 et 1929. En revanche, il devait depuis 1946 susciter des controverses passionnées issues des expériences multiples faites par les belligérants au cours du dernier conflit.

Certains restaient fidèles au principe ancien alors que d'autres auraient voulu que les membres du personnel sanitaire tombés entre les mains de l'ennemi deviennent de simples prisonniers de guerre et le demeurent.

Le Comité International de la Croix-Rouge prit une part active à la solution de ce différend qui fut notamment étudié lors de conférences préliminaires avec des experts gouvernementaux ou de Croix-Rouge. Peu-à-peu, l'on s'engagea sur la voie de la conciliation et les adversaires se mirent finalement d'accord sur certains principes:

Les membres du personnel sanitaire peuvent être retenus dans la mesure où le nombre et l'état de santé des prisonniers l'exigent; ils doivent bénéficier du minimum de tous les droits des prisonniers et jouir en plus de facilités et d'une liberté de mouvements suffisantes pour pouvoir exercer leurs fonctions dans les meilleures conditions;

enfin, tous ceux dont la présence dans les camps n'est pas indispensable, doivent être rapatriés.

Cette grave question qui touche au principe fondamental de la Croix-Rouge, c'est-à-dire la neutralité absolue et l'immunité du personnel de secours, a été dangereusement résolue car il appert des discussions et des conclusions de Genève que le statut d'immunité du personnel sanitaire n'est plus aussi intangible que dans les textes que se sont succédés de 1864 à 1929 où aucune atteinte n'avait été portée à ce principe.

C'est là une première faiblesse de la révision de 1949.

Une seconde faiblesse, c'est le manque de sanctions.

Ces sanctions internationales, c'est la première chose que le Comité International de Médecine militaire avait réclamée avec insistance dès 1933 à Madrid, et le monde entier s'attendait à ce que Genève réalise un programme concret.

Et cela d'autant plus qu'après la guerre 40-45, un tribunal avait jugé des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité. L'occasion était unique et il eut été d'autant plus aisé d'arriver à une solution que les crimes qu'il fallait poursuivre étaient de ceux qui révoltent toute conscience, c'étaient ceux qui auraient été commis contre des blessés ou des malades. Aussi, dans un article récent, Constant van Ackere dit: «Ce fut une déception, mais il faut reconnaître que les circonstances n'étaient pas encore suffisamment favorables pour escompter une adhésion unanime sur la solution du problème capital de la répression des crimes d'agression.» Et dans un langage plus dur J. C. Verots parle de la Convention de Genève comme d'une immense et dérisoire muraille. L'homme, ajoute-t-il, ne trouverait qu'une bien faible protection derrière l'idéale mais combien fragile verrière dessinée par la Croix-Rouge.

Tant que des sanctions effectives, appliquées par un organisme superétatique puissant, ne viendront pas appuyer les conventions, elles ne seront, qu'un aspect de l'immense hypocrisie que les Etats, sans discrimination, mettent dans leurs rapports.

Aussi bien, devons-nous, pour être pratiques, diriger nos efforts vers une solution plus réaliste.

Sources du Droit International Médical

a) Le rôle de l'Association Médicale Mondiale.

Il n'est possible d'obtenir un résultat qu'en s'appuyant sur la conscience médicale. C'est ce qu'a très bien compris l'Association Médicale Mondiale et dans cet ordre d'idées, il faut souligner l'initiative prise en 1948 par cette Association qui rédigea le premier code international de déontologie médicale et proposa l'obligation pour tout médecin, de prêter un serment qui le lierait aux stipulations du code de déontologie.

Malheureusement, ce code vise presque exclusivement les activités médicales du temps de paix et à ce moment l'activité du médecin sur un plan de relations internationales n'a guère l'occasion de se manifester.

D'ailleurs ce code se limite à fixer les règles générales de conduite du médecin dans sa vie professionnelle, de ses devoirs envers les malades et envers ses confrères.

On n'y relève qu'une seule phrase ayant trait aux activités criminelles possibles et cela est naturel, car elles sont véritablement exceptionnelles en temps de paix.

La voici:

«Sous aucun prétexte, le médecin ne peut faire quoi que ce soit
«pour affaiblir la résistance physique ou mentale de l'homme,
«excepté devant des indications strictement thérapeutiques ou
«prophylactiques imposées dans l'intérêt de son malade»

et

«Le médecin doit avoir toujours présent le souci de conserver la
«vie humaine. Ce respect s'étend du temps de la conception jus-
qu'à la mort.»

Et au point de vue du secret médical, il est dit:

«Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui
«a été confié, ou qu'il aura pu connaître en raison de la confiance
«qui lui a été accordée.»

La question capitale d'un code international — spécialement
valable pour le temps de guerre où des problèmes nouveaux
peuvent naître à chaque instant — n'y est pas soulevée, à savoir
les rapports du médecin avec l'Etat, avec l'autorité occupante, et
même avec les ennemis de son Pays.

Ce sont là autant de questions de la plus haute importance
et qui ne sont même pas évoquées.

Mais il y a plus encore; pour qu'un code fasse oeuvre véri-
tablement utile, il doit prévoir l'organisation de l'autorité qui fera
respecter le code, la façon dont la jurisprudence doit être orga-
nisée, et également, il faut bien le dire, la question épineuse et
pourtant impossible à éviter, celle des sanctions. Sans celles-ci,
il n'y a ni code, ni justice efficiente, ni tribunal.

Toutes ces questions laissées dans l'ombre constituent de
graves lacunes qui font de l'édifice proposé un ensemble illusoire
et sans aucune portée pratique.

C'est en somme une simple prise de position, un vœu plato-
nique à ajouter à tant d'autres. Il constitue sans doute un jalon
important mais on ne peut en rester là: il constitue un excellent
point de départ.

b) *Les textes de Genève.*

Quant au texte de Genève que nous venons d'analyser,
repreons y pour y mettre l'accent, les articles relatifs à la pro-
fession médicale en temps de guerre.

Tout d'abord, le *respect de la personne humaine* est proclamé
de façon expresse: les atteintes à la vie et à l'intégrité corporelle
sont défendues.

Il est spécifié que les blessés et malades seront traités sans
aucune distinction de caractère défavorable basée sur le sexe, la
race, la nationalité, la religion, les opinions politiques ou tout
autre critère analogue.

La Conférence a même jugé nécessaire de proscrire d'une
façon formelle certains actes de barbarie, tels que le fait d'achever
les blessés ou les exterminer, de les soumettre à la torture, d'ef-

fectuer sur eux des expériences biologiques, de les laisser de façon préméditée, sans secours médical ou de les exposer à des risques de contagion ou d'infection créés à cet effet.

Ce sont là autant d'éventualités où le médecin est visé indirectement: si étonnant que cela nous paraisse, il a semblé opportun de rappeler ces principes élémentaires, au risque de heurter nos consciences médicales parce que ces règles sont profondément naturelles. Mais si l'on a jugé bon de le faire, c'est que ces recommandations correspondent non à des suppositions, mais à des réalités que la guerre 40-45 nous a révélées.

L'article 12 qui contient ces recommandations précise la défense des expériences biologiques. Sans doute n'interdit-il pas les essais thérapeutiques légitimes et il n'apporte aucune entrave à l'activité des services de santé. Au contraire, comme le fait remarquer le Médecin de 1^{re} classe *Puyo*, ceux-ci doivent y trouver une nouvelle arme juridique pour opposer un refus catégorique à toute pression éventuelle de la part d'une autorité: cet article 12 vient confirmer la règle déontologique qui interdit tout acte susceptible de nuire aux malades et aux blessés. Mais tout cet ensemble de recommandations rédigées dans le sens de l'intérêt des blessés et malades, constitue ce qu'on pourrait appeler un «*néгатif*» de ce que sont les devoirs du médecin.

Dans une convention internationale, où toute imprécision constitue un danger, ne vaudrait-il pas mieux d'obtenir un texte «*positif*» qui fixerait d'une façon formelle ce que le médecin doit faire et ce qu'il ne peut pas faire. Et c'est là qu'un code de droit international médical nous apparaît comme un instrument bien plus efficace car il condenserait en un seul texte, sans ambiguïté possible, les principes de conduite du médecin en temps de guerre.

Mais analysons, dans la suite des détails, les Conventions et les possibilités de leur application.

La solution apportée au *problème des sanctions* constitue une vraie lacune. Comme nous le disions plus haut, l'occasion du précédent de Nuremberg constituait une occasion unique pour faire un effort constructif: il n'y avait pas à innover, il fallait continuer l'oeuvre entreprise. Il faut regretter que tout ce que la Conférence a pu ajouter au texte de Genève de 1929 se résume en ceci: un contrôle plus sévère est prévu par les Puissances protectrices, avec la collaboration des organismes humanitaires.

Il y a désormais pour la puissance détentrice, en cas de carence des puissances protectrices, possibilité de demander à un substitut (Etat neutre ou organisme international) d'en assumer les fonctions.

Malheureusement, l'article 49 continue à confier l'application des sanctions aux tribunaux de l'Etat même auxquels appartiendront les auteurs des infractions: autant dire que ce sera là une procédure illusoire et sans effet réel.

Cependant un premier pas, dans le sens des améliorations que nous indiquons, a été fait par la mise à l'étude d'une proposition française consistant à créer un *Organisme international*, présentant toutes garanties d'impartialité et d'efficacité, qui assurerait les tâches dévolues aux puissances protectrices.

Cette conception se rapproche de la proposition faite en 1934 par la Commission Médico-Juridique de Monaco qui demandait qu'une chambre spéciale soit créée à la Cour Internationale de Justice pour connaître des violations des convention humanitaires et que cette chambre, avec ses experts, soit constituée non au moment d'un conflit, mais dès le temps de paix. De cette façon, on éviterait le reproche pertinent qui fut adressé à l'institution des tribunaux d'après-guerre à Nuremberg.

Le *statut même du médecin* n'a été qu'effleuré.

Qu'existe-t-il pour le garantir contre toute obligation de dénonciation ou pour le mettre à l'abri de poursuites pour le cas où il aurait traité un blessé qui se cache?

L'article 18 dit bien... «Nul ne devra jamais être inquiété ou condamné pour le fait d'avoir donné des soins à des blessés ou à des malades»... mais si le médecin est obligé à des dénonciations, cet article ne devient-il pas caduc?

Quel est le médecin qui acceptera de ne pas être inquiété par l'autorité occupante, à condition qu'il dénonce le blessé qui s'est confié à lui?

Quel est le texte qui protège la liberté de sa conscience médicale et lui permet de refuser l'application d'une ordonnance contraire aux principes mêmes de l'éthique médicale?

Et le médecin capturé et envoyé en territoire ennemi?

Son sort est réglé par un article de la Convention de Genève qui constitue un véritable recul sur les textes précédents. Alors que tout le fondement de la Croix-Rouge était basé sur la neutralité et l'immunité du personnel sanitaire, la Conférence Diplomatique, en 1949, n'a plus voulu proclamer le principe de l'immunité absolue du personnel sanitaire.

Le texte dont l'équivoque apparaît tout de suite comme dangereux disant que le personnel médical retenu ne sera pas considéré comme prisonnier, a fait dire au Médecin en Chef de 1^{re} classe Puyo: «la situation des sanitaires retenus n'est pas exempte d'une certaine bizarrerie, quoique non considérés comme prisonniers, ils seront tout de même bel et bien prisonniers, ou si vous voulez, comme on l'a dit avec humour, en évoquant l'Aiglon de Rostand, des pas-prisonniers, mais...»

Où est la *protection* et surtout l'*indépendance* du personnel chargé des soins, éléments qui sont le but suprême de la Convention (Puyo)?

La Codification du Droit International Médical

Ces diverses considérations montrent ainsi par les insuffisances des textes existants actuellement, ce que devrait être un vrai code de droit médical international.

Ce code ne doit pas être une simple énumération des principes déontologiques qui doivent régir la profession médicale. Il doit, et d'une façon formelle, énoncer sans ambiguïté tous les devoirs du médecin, il doit de la même façon catégorique énoncer tout ce que le médecin ne peut pas faire, même s'il en est requis.

★

Le médecin se doit avant tout au blessé quel qu'il soit, mais du fait du privilège d'immunité que lui confère son apostolat il ne peut, évidemment, user des prérogatives qu'il détient pour poser un acte de belligérance.

De la même façon qu'il lui est interdit de s'associer à la préparation de moyens de destruction biologique, de la même façon il ne peut à aucun moment, même en pleines opérations militaires, user de la neutralité qui lui est concédée pour aider l'un ou l'autre belligérant.

Si on lui confère la neutralité, il doit, en tant que médecin, observer strictement cette neutralité et ne pas user des avantages qui, de ce fait, lui sont assurés pour aider directement ou indirectement des services d'espionnage.

Son secret doit être absolu, non seulement en paroles, mais en actes.

Sans doute, il conserve tous ses droits de citoyen, il peut à ce titre poser tels actes qu'il juge conforme à son devoir patriotique, mais il doit s'interdire tout acte de belligérance, active ou passive, qu'il pourrait poser du fait de l'immunité que lui confère son statut de médecin.

En contre partie, il doit définir tous les droits du médecin dans l'exercice de sa profession, droits de sa personne, droits de sa profession, droits de sa conscience, droits imprescriptibles, dans l'intérêt du blessé ou du malade, et qu'aucun Etat ne peut méconnaître.

Mais ce n'est pas tout. Un code complet doit déterminer également les éléments de procédure et d'enquête, c'est-à-dire les méthodes à employer pour instruire une violation des textes par le médecin ou une atteinte par une autorité à l'immunité du médecin.

La procédure étant prévue, il faut un plan constructif pour la constitution du tribunal qui aura à juger ou le médecin ou la personnalité qui aura lésé le médecin dans des droits que lui confère l'exercice normal de sa profession.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails des propositions qui ont été faites: chambre spéciale de la Cour Internationale de Justice, organisme international se substituant aux Puissances protectrices, ou Cour médicale à cadres professionnels avec

assistance d'un personnel juridique. Ce sont là questions à discuter par des autorités gouvernementales ou par des organismes internationaux dûment qualifiés pour légiférer sur le plan international. Mais ce qu'il faut à tout prix, c'est obtenir que la «Cour de Justice Médicale» quelle que soit sa forme, ait son existence formelle dès le temps de paix, qu'elle ne soit pas improvisée le jour du début des hostilités et encore moins créée de toutes pièces à la fin d'un conflit.

Pour qu'elle puisse donner toutes garanties d'impartialité, et de véritable efficience, elle doit exister et fonctionner de façon permanente, ininterrompue et être dès le temps de paix, la gardienne des principes essentiels du Droit International Médical.

C'est en s'inspirant de ce principe que la Commission Médico-Juridique de Monaco en février 1950, avait imaginé la création d'une juridiction professionnelle médicale. Développant l'idée première qu'elle avait émise en 1934, elle a abordé résolument le problème de la constitution de cet organisme international dont la réalisation est souhaitée depuis si longtemps et qui pourrait, actuellement, donner une valeur de réalité concrète à toutes les ententes internationales, au lieu de laisser aux peuples le vague espoir qu'elles seront observées, grâce à la seule bonne foi des belligérants.

Cette voie, c'est précisément celle qui conduit à l'organisation d'une juridiction professionnelle internationale, préférable à toutes celles dont on fait mention actuellement et qui pèchent par leur insuffisance ou leur partialité du fait de leur caractère politique ou national.

C'est pour cette raison que la Commission s'est inspirée dans sa rédaction des considérations suivantes: il est créé sur le plan mondial un Conseil analogue au Conseil de l'Ordre des médecins qui existe dans différentes nations.

Ce conseil Mondial est une émanation des organismes nationaux: il possède donc une certaine indépendance vis-à-vis des Gouvernements, de telle façon que les intérêts médicaux soient respectés strictement au point de vue professionnel sans intrusion d'un point de vue gouvernemental et sans intérêt politique. Néanmoins, l'intervention du Gouvernement est reconnue implicitement, puisque le texte admis spécifie qu'il s'agit à la base d'organismes nationaux, reconnus par leurs Gouvernements, pour assurer dans leur pays le contrôle de l'exercice de la médecine.

De cette façon, par le truchement des ordres nationaux de médecine on parviendra à constituer un Ordre supérieur qui surveillera l'exercice de la médecine et l'ensemble du Corps médical mondial sera régi par un organisme de haute situation morale qui lui permettra d'exercer sa profession à l'abri d'interventions de certains gouvernements, parfois contraires à l'idéal médical.

Mais il faut ajouter à cette mission de gardien des principes moraux, à ce rôle de contrôle d'un droit médical, celui de la pro-

tection et il a semblé utile de préciser que le Conseil Médical Mondial devait avoir dans ses attributions générales la possibilité d'être l'autorité vers laquelle pouvait et devait se tourner le membre de la profession médicale qui se sentait lésé, ou inquiet dans l'exercice normal de sa profession.

C'est ainsi que la Commission en est arrivée à confier au Conseil Médical Mondial, organisme professionnel indépendant de la notion Etat, toutes les prérogatives que les travaux antérieurs avaient attachées aux organismes juridictionnels envisagés, notamment la Chambre spéciale dont l'adjonction à la Cour Internationale de Justice avait été prévue.

Ce Conseil Médical Mondial n'est qu'une des modalités concrètes qu'il faut envisager — on peut en imaginer d'autres — pour obtenir qu'en temps de guerre, non seulement l'exercice de la médecine soit garanti, mais encore que toutes les stipulations humanitaires soient respectées, que l'immunité des blessés et des malades, la protection des prisonniers, la sauvegarde des populations civiles non belligérantes soient assurées.

Il ne faudrait pas ici que des questions de priorité ou de prérogatives intervinssent car la création d'une autorité superétatique à caractère médical ou médico-juridique ne peut être envisagée que par des actes de collaboration gouvernementale comme l'a fait la Conférence diplomatique de Genève. Jusqu'à présent, seuls des jalons ont été posés et trop de questions restent à résoudre avant de pouvoir envisager la réalité d'une solution.

C'est ce qu'a très bien compris et affirmé dans une résolution l'Association Médicale Mondiale qui, à son Assemblée de New York, en octobre 1950, a chargé son Conseil d'inviter le Comité International de la Croix-Rouge, la Commission Médico-Juridique de Monaco, le Comité International de Médecine militaire et l'Organisation Mondiale de la Santé à établir un programme.

C'est là une voie peut être féconde et qu'il faut suivre sans délai; elle est la seule qui conduira au but, pour autant qu'on parvienne à grouper toutes les nations du monde.

Un projet de codification du Droit International Médical

La Commission Médico-Juridique de Monaco a rédigé en 1950 un projet de codification dont nous nous permettons de citer le préambule.

Les Hautes Parties Contractantes.

Persuadées que l'adoption d'un Code Mondial des droits et devoirs des Médecins en temps de paix et en temps de guerre exprimant et développant les principes généraux des Conventions Humanitaires conformément aux exigences de la conscience et à l'éthique professionnelle du Corps Médical Mondial, doit apporter une contribution décisive au respect des libertés fondamentales de l'homme.

Désireuses d'appliquer à cet effet, dans le domaine de l'exercice de la profession médicale, les principes posés dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et dans la Convention sur la Prévention et la Répression du Génocide, sur le droit à la vie et sur la garantie de l'intégrité physique et mentale.

Soucieuses notamment d'assurer le respect des règles posées dans les Conventions de Genève du 12 août 1949 et de remplir le mandat d'en assurer la diffusion et l'enseignement.

Ont résolu d'adopter les dispositions dont nous donnons les principaux articles.

Titre I

Principes généraux.

Art. 1^{er} — La mission de la profession médicale est d'assurer la sauvegarde de la vie humaine.

Art. 2. — Utiliser les acquisitions de la science médicale pour attenter à la vie humaine, soit pour l'altérer, soit pour la détruire, est un crime contre l'humanité qui doit être réprimé comme tel.

Art. 3. — Ces principes, expression de la conscience humaine, créent, entre toutes les nations, des obligations communes de caractère mondial.

Art. 4. — En toutes circonstances de temps et de lieux, en paix comme en guerre, de même qu'en cas de conflits armés ne présentant pas un caractère international, l'exercice de la médecine doit être assuré et protégé.

Titre II

Devoirs du médecin.

Art. 5. — Le médecin, par la nature même de sa profession, doit ses soins à tout être humain avec une impartialité absolue, sans distinction de sexe, de race, de nationalité, de classe, de croyances religieuses, philosophiques ou politiques.

— — — — —
Art. 7. — Le médecin est tenu d'observer personnellement le secret médical, de le faire respecter par le personnel placé directement sous son autorité et de signaler les infractions parvenues à sa connaissance.

Art. 8. — En aucun cas, le médecin ne peut se livrer à un acte susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale de la personne humaine.

Il doit s'y refuser s'il en est requis par une autorité quelconque.

S'il est contraint par la force à enfreindre ces dispositions, tout médecin en réfère, dès que possible, à l'organisme international de contrôle prévu au Titre IV, pour violation de la présente Convention.

Art. 10. — Le médecin relève de sa conscience.

Il doit être, au cours de ses études, instruit de ses devoirs; il s'engage solennellement à les remplir en prêtant le serment prévu au Titre V de la présente Convention.

Titre III

Droits du médecin.

Art. 11. — Dans l'exercice de sa profession, le médecin a droit à l'aide et à la protection de toutes les autorités de droit ou de fait du pays où il se trouve.

Art. 12. — Le médecin, du fait de l'exercice de sa profession, ne peut être poursuivi ni inquiété tant dans sa personne que dans sa famille ou dans ses biens.

Art. 13. — En cas de guerre, lorsque son activité se poursuit sous le contrôle d'une puissance étrangère, il peut demander d'être affecté aux soins des malades ou blessés de sa nationalité ou parlant la même langue que lui. Il est pleinement qualifié pour intervenir, dans les conditions prévues par les Conventions de Genève, auprès des autorités locales, en vue de leur signaler les difficultés qu'il rencontre dans l'exercice de sa mission et de solliciter de leur part toutes mesures propres à y remédier. S'il ne peut obtenir satisfaction, il a droit, en toutes circonstances, d'en référer à l'organisme international prévu au Titre IV.

Lui contester ce droit ou l'empêcher de l'exercer librement constitue une violation de la présente Convention avec toutes les conséquences qui en découlent.

Art. 14. — En aucun cas et sous quelque prétexte que ce soit, le médecin, retenu conformément aux Conventions de Genève, ne peut être considéré par une puissance détentrice comme prisonnier ou interné.

— — — — —

Titre IV

Conseil Médical Mondial.

Art. 19. — Il est créé un Conseil Médical Mondial (C.M.M.).

Art. 20. — Le Conseil Médical Mondial représente, pour une action commune, l'ensemble des organismes professionnels nationaux reconnu par leurs Gouvernements pour assurer, dans leur pays, avec pouvoir disciplinaire, le contrôle de l'exercice de la médecine.

— — — — —

Art. 22. — Le Conseil Médical Mondial a, sur le plan mondial, les attributions normales dévolues aux organismes nationaux pour le contrôle de l'exercice de la médecine.

Il intervient auprès des Gouvernements pour parer à la carence éventuelle de ces organismes.

Il constitue, spécialement en temps de guerre dans l'intérêt même des blessés et des malades, un organe de protection pour le médecin dans l'exercice de sa profession.

Sur la demande d'un organisme national, de l'Organisation Mondiale de la Santé ou de sa propre initiative, il joue le rôle de conseil dans toutes les questions se rapportant à l'exercice de la médecine.

Il joue un rôle d'arbitre dans tout différend d'ordre médical, notamment entre ordres professionnels de pays à pays, entre un ordre professionnel et son Gouvernement; il prend la mission d'expert à la demande de l'une des parties ou sur la désignation d'une juridiction internationale.

Il veille à ce que, dans tous les pays, soit organisé un enseignement obligatoire du Droit Médical Mondial.

Art. 26. — En temps de guerre, le Conseil Médical Mondial fournira des délégations d'experts médicaux qui seront mises à la disposition des puissances protectrices, ou, à leur défaut, de l'organisme international prévu par les articles 10 - 10 - 10 - 11 - des quatre Conventions de Genève, dans le but de faciliter le contrôle de leur application.

Art. 27. — Au cas de différend touchant la violation préten- due d'une disposition des Conventions, la délégation du Conseil Médical Mondial pourra, à la demande des parties au conflit, enquêter sur place de manière à établir la réalité du fait allégué. L'enquête sera conduite sous le contrôle de la puissance protec- trice ou de son substitut en présence d'un représentant de la puissance détentrice appartenant au Conseil Médical Mondial. Toute atteinte à la liberté de l'enquête par une autorité de fait ou de droit constitue une violation de la présente Convention; elle sera déférée par le Conseil Médical Mondial à la justice internationale dans sa forme actuelle en attendant la création d'une juridiction pénale mondiale.

Art. 28. — L'enquête terminée, la délégation rédigera ses conclusions dans un rapport dont le texte sera communiqué respectivement à la puissance protectrice ou à son substitut et au Conseil Médical Mondial.

Art. 29. — Lorsqu'une suite favorable est donnée par la puissance détentrice aux conclusions qui lui sont soumises et qu'éventuellement les sanctions qui s'imposent ont été appliquées, l'affaire est classée. Le Conseil Médical Mondial constitue un dossier pour chaque cas qui lui est soumis. Ce dossier est destiné à être mis par la suite à la disposition de la juridiction mondiale qui sera appelée à connaître des crimes de guerre ou contre l'humanité, pour l'instruction des procès-intentés aux coupables.

Titre V

Du serment médical.

Art. 30. — Le serment prévu à l'article 10 constitue l'enga- gement essentiel du médecin à sa profession.

Voilà un projet constructif d'un code de droit international médical.

L'action immédiate des Médecins

Avant que l'O.N.U. ou les Gouvernements intéressés se soient mis d'accord pour le réaliser, il importe que, sans attendre, et pour les conjonctures d'un avenir incertain, nous prenions, nous médecins, l'initiative de le diffuser. Car bien souvent, même dans le dernier conflit, bien des violations étaient dues la plupart du temps à l'ignorance. Un reproche que l'on peut justement adresser à tous ceux qui firent la guerre, que ce soient les Etats-Majors, les médecins, les brancardiers ou, les soldats, c'est de récriminer contre telle ou telle soi-disant violation de la Convention de Genève, sans connaître cette dernière. En effet, — et on l'a assez souligné ces derniers temps, spécialement au cours de séances de la Société de Médecine militaire française, l'instruction des stipulations de la Convention de la Croix-Rouge (c'est-à-dire les droits et les devoirs du personnel sanitaire, ceux des blessés et des malades) n'est pas suffisamment donnée aux différents échelons des unités de l'Armée.

Il y a là un vice de base et d'organisation qu'il est de l'intérêt le mieux compris de corriger. Nous mêmes, médecins, au cours des guerres 14 et 40, nous ignorions, pour la plupart d'entre nous, les données les plus élémentaires, ce qui a amené, pour beaucoup, d'amères déceptions. Je ne veux parler par exemple que du manque de soins qu'on avait apporté à la préparation des pièces et plaques d'identité, qui certifiaient notre situation de sanitaire. De ce fait, l'adversaire a pu faire la sourde oreille devant les réclamations que, prisonniers (ce qu'ils n'auraient pas dû être) certains d'entre nous, non identifiés administrativement, introduisaient pour leur rapatriement.

Nous possédons une charte de la médecine militaire: pour la faire respecter, il nous faut la connaître et la comprendre.

N'oublions pas que les Etats en guerre sont aussi malveillants que deux voisins chicaniers qui s'intentent des procès. La connaissance du code international est plus importante que la connaissance du code civil.

Pour bien pénétrer l'esprit de la Convention, il nous faut, nous médecins militaires, en faire les principes mêmes de notre discipline professionnelle; il faut qu'elle nous pénètre, qu'elle fasse partie de notre conception médicale; il faut en un mot que l'esprit «Croix-Rouge» dans son sens le plus élevé, soit la marque de toutes nos activités.

C'est dans ce but que, même avant toute oeuvre gouvernementale, nous nous devons de faire connaître l'éthique internationale du médecin, que nous devons nous efforcer d'en assurer l'enseignement, comme l'a préconisé l'Académie de Médecine de Paris.

et de tâcher d'obtenir la stricte observance du serment d'Hippocrate dont le texte a été repris par l'Association Médicale Mondiale, qui en a fait le Serment de Genève.

Il nous faut préparer les consciences des médecins de l'avenir, car nous sommes les seuls, par le monde, qui puissions à certains moments, conserver un idéal de paix et de mansuétude dans une conflagration entre peuples.

Nous arriverons bien à obtenir que nos mœurs deviennent des lois: *le fait précède le droit*. Mais inversement les règles de droit, a dit M. Cohen Salvador, peuvent contribuer souvent à façonner de nouvelles habitudes de vie et à imposer de nouveaux impératifs à la conscience universelle.

Sans doute, nous ne comptons pas, comme le disait M. Bordet, dans une amusante boutade, sur un gouvernement médical du monde pour assurer la sauvegarde de la civilisation et la suppression de la guerre...

Nous n'en sommes pas là! En cette heure troublée, et telle que les pires malheurs nous menacent, que les pires moyens d'extermination pourraient être mis en jeu, telle que la morale et la pitié ont fait un grand recul, et telle que la Médecine même peut se laisser compromettre, élevons au moins notre voix et exigeons que des lois et des conventions nous protègent et nous laissent accomplir nos gestes de secours en dehors et au-dessus des conflits.

Nous n'avons été formés, nous les Médecins, qu'en vue de combattre trois grands ennemis: la Souffrance, la Maladie et la Mort.

SANALEPSI RUSSI

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires.

NEODIGESTASE

(anciennement DIGESTASE RUSSI)
Ferments peptiques en solution glycinée.

HEPARENZYME RUSSI

Lipase hépatique en solution glycinée.

QUIDINAL

Association quinidine-barbiturique-sédatif cardiaque.

MANGANOCHOLINE

Acétylcholine-retard, active per os.

DERMAVIPP

Pommade à la vitamine PP non grasse.



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GR.-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Beaudouin

LUXEMBOURG

Téléphone: 30 - 73

Von der psychoanalytischen zur psychosomatischen und anthropologischen Medizin

von Eloi Welter

Obschon die psychoanalytische Theorie heute wohl als Allgemeingut aller höher Gebildeten betrachtet werden kann, so scheint es doch nicht überflüssig, in diesem Bulletin der «Société des Sciences Médicales» noch einmal kurz auf die Grundgedanken dieser Heillehre zurückzukommen. Der Leserkreis dieses Aerzteblattes reicht wohl weit über den der Fachgelehrten hinaus und die erneute, kurzgefasste Darlegung der Grundgedanken Freuds kann nur dazu beitragen, Vorurteile und Missdeutungen zu vermeiden.

I

Am einfachsten geschieht dies vom Standpunkte der historischen Entwicklung aus.

Freud ging von den Arbeiten der französischen Schule aus: er war ein Schüler Charcots und kannte wohl die Arbeiten Janets. In den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts veröffentlichte er in Gemeinschaft mit Breuer einen besonders interessanten Fall von Gemütsstörung. Es handelte sich um eine Patientin mit komplizierten Lähmungserscheinungen, die öfters in einen schweren Erregungs- und Dämmerzustand geriet, während dem die Lähmungserscheinungen regelmässig verschwanden. Ausserhalb dieser Dämmerzustände trat aber die Lähmung immer wieder auf. Durch Hypnose konnte festgestellt werden, dass die Patientin während ihrer Krankheitskrise eine aufregende Szene ihrer Vergangenheit immer wieder erlebte, und sie konnte dadurch geheilt werden, dass ihr der Zusammenhang zwischen diesem ihrem aufregenden Erlebnis und den Lähmungserscheinungen resp. ihrer Dämmerkrisen durchsichtig gemacht wurde. Eine andere Patientin litt an nervösem Husten, der immer nur dann auftrat, wenn sie eine stark rhythmische Musik

hörte. Durch Hypnose konnte festgestellt werden, dass der Husten zum ersten Male auftrat, als die Patientin während einer langen und äusserst mühseligen Wache bei ihrem kranken Vater aus einem benachbarten Hause Tanzmusik herüberhören hörte. Es überkam sie der lebhafteste Wunsch dort zu sein, zu gleicher Zeit machte sie sich schwere Vorwürfe über ihren Leichtsinne und in diesem Augenblicke reagierte sie mit Husten. Von dem Augenblicke an war der Husten an die Tanzmusik gebunden. Die klare Aufdeckung dieses Zusammenhanges bewirkte ebenfalls Heilung. Nach Breuer und Freud waren also die nervösen Krankheitserscheinungen ein Ausdruck unbewusster Reminiszenzen, deren Auffinden und Wiedererleben im vollen Bewusstsein die Krankheit beseitigt. Das hypnotische Aufsuchen des Gefühlstraumas, verbunden mit einem möglichst lebendigen Neuerleben desselben, wurde von den beiden genannten Forschern psychokathartische Methode genannt. Wie das Wort Psycho-katharsis deutlich ausdrückt, wird durch das Wiedererleben von unbewussten Erlebnissen dem Kranken die Möglichkeit gegeben, sich abzureagieren. Freud erklärte diese Reinigungskrise folgendermassen: normalerweise entlädt sich eine Aufregung oder Affektspannung durch äussere Bewegungen oder Sekretionen, wie Weinen, Klagen, Lachen, Schreien, Zorn oder Rachehandlungen usw. Wird dieser normale Abfluss der Affektspannung durch irgend einen Grund verhindert, so kommt es zu Gefühlsstauungen und Einklemmungen, die natürlich die günstigsten Bedingungen für das Entstehen von abgesprengten Vorstellungen abgeben. Es kann aber auch ein Gefühlsinhalt durch Scham, Ekel, Empörung oder Schreck mit aller Energie vom Erlebenden verdrängt werden, und diese aus dem Bewusstsein systematisch zurückgedrängten Inhalte können sich dann im Unbewussten jahrelang lebendig erhalten und sich zeitweilig durch nervöse Störungen bemerkbar machen. Freud blieb nicht lange bei der Psychokatharsis stehen. Er entdeckte schnell, dass ein einzelnes geistiges Trauma wohl kaum das Krankheitsbild vollständig erklären würde, und dass wohl meist mehrere grosse Aufregungen aus der Vergangenheit des Patienten den Krankheitszustand determinieren würden. So stiess er nach und nach auf ganze Ketten von Erinnerungen, die immer weiter in die Vergangenheit zurückreichten; notwendigerweise geriet er jetzt in die Reminiszenzen der eindrucksfähigsten Lebensjahre zurück: die ersten Jugend- und Kinderheitserlebnisse.

Inzwischen hatte Freud seine Untersuchungsmethode geändert. Der hypnotische Schlaf schien ihm nicht mehr das geeignete Mittel, die gefühlsbetonten Erlebnisse seiner Patienten aufzudecken. Allzuoft brachten dieselben phantastische Begebenheiten vor, die unter dem Einflusse der Suggestion in ihrer Einbildung entstanden waren; übrigens musste ja der Wachzustand manche Merkwürdigkeiten bieten, die nur aus Verdrän-

gungen heraus erklärt werden konnten. Nach einigem Zögern entschloss sich Freud, nur mehr den sogenannten «freien Einfall» für seine Nachforschungen zu gebrauchen. Der Patient legte sich zu diesem Zwecke auf ein Sofa, an dessen Kopfende der Arzt sich hinsetzte, um den Patienten nicht zu stören. Der Kranke wurde gebeten, sich ruhig seinen Träumereien zu überlassen und alles laut auszusprechen, was ihm durch den Kopf ginge; dabei sollte er vor allem offen sein und sich durch kein Gefühl in seinen Geständnissen zurückhalten lassen. Es gelang auf diese Art und Weise bei den meisten Patienten eine genügende Entspannung hervorzurufen, um eine Art Wachtraum in ihnen entstehen zu lassen. Natürlich entrollte der Patient in diesem Zustande manche Begebenheiten seines Lebens, die sich zusammenhanglos aneinanderreiheten und öfter auch von Traumproduktionen untermischt waren. Häufig aber stockte der Patient, wobei alle Zeichen einer grossen Aufregung sich seiner bemächtigten. Freud deutete diese plötzlichen Stockungen als Widerstände, geschaffen durch die Nähe vom Verdrängten. Es gelang ihm auch, in den meisten Fällen, durch geeignetes Zureden diese Widerstände zu heben und stark gefühlsbesetzte Erlebnisse aus dem Unbewussten an das Licht des Bewusstseins emporzuheben. Indem er sich auf diese Art und Weise von Verdrängung zu Verdrängung weiterarbeitete, gelangte er nach und nach an die Uranfänge der Persönlichkeit. Die seelischen Erlebnisse in diesen Regionen hatten nichts an Tiefe und Stärke eingebüsst, aber ihre Verschiedenartigkeit wurde immer geringer: je näher er an die Quelle allen Seelenlebens herankam, desto schmaler und tiefer wurde ihr Bett. Schliesslich schien ihm alles geistige Seelenleben zusammengesetzt aus einem Bündel von zwei Trieben, deren Ineinander- und Gegeneinanderwirken den ganzen Reichtum des späteren Lebens hervorbringen sollte: der Selbsterhaltungstrieb oder Ichtrieb und der Trieb nach dem andern, oder der Geschlechtstrieb.

Das Hinuntersteigen bis zu den «M ü t t e r n», in die Tiefen der Seele, wurde Freud erleichtert durch seine Traumstudien. Er hat als erster versucht den Sinn des Traumes wissenschaftlich zu erforschen. Der Traum ist nicht ein sinn- und zweckloses Durcheinander von Phantasien: er hat einen tiefen biologischen Zweck. Jean Paul sagt in seinem Aufsatz: «Der Traum und die Wahrheit»: «Der Schlaf verbirgt die erste Welt und ihre Nächte und Wunder, und er zeigt uns eine zweite und die Gestalten, die wir liebten und verloren, und Szenen, die zu gross für die kleine Erde sind.» Diese Vorahnung des Dichters wird von Freud vollauf bestätigt. Im Traume werden all unsere verborgenen Wünsche wach; der Träumende ist jenseits von Gut und Bö, jenseits von aller Logik und Wirklichkeit. Er gewährt allen verdrängten Wünschen und Begierden, Leidenschaften und Hoffnungen freies Asyl. Während des Wachzustandes steht am Eingange unsers Bewusstseins der strenge

Zensor der Moral, des Anstandes, des praktischen Verstandes, und nur solche Vorstellungen finden Einlass, die in die augenblickliche Lage hineinpassen. Man kann sich wohl kaum vorstellen, wie viele Trieb- und Lustregungen von diesem strengen Richter aus unserm Bewusstsein abgewiesen wurden. Diese ins Unbewusste hinausgestossenen Vorstellungen sind aber deshalb nicht getötet; sie verleiben sich in unser Unbewusstes ein und gehen dort mit all den seit unserer frühesten Vergangenheit angestauten geistigen Mächten komplizierte Verbindungen ein. Hier lauern die Dämonen unserer Seele, bereit, jeden Augenblick in irgend einer Form sich unsern Gedanken- und Willens-äusserungen in den Weg zu legen. Der Traum ist nun das von der Natur eingerichtete Sicherheitsventil, durch das der Ueberdruck unsers Unbewussten sich einigermaßen entladen kann. Vom Wachzustande unterscheidet sich ja der Traum durch seine wesentlich gelockerte Zensur; dieser strenge Hüter der Ordnung und Sitte bleibt im Träumenden nur mehr als kleiner Bewusstseinsrest übrig und nur in den Fällen, wo der Hexensabbat aller Urfeindlichkeiten unserer Seele zu toll wird, wo also die wilden Bestien der Gier, des Mordes, sich allzu keck in unsern Traumphantasien hervorwagen, erhebt sich der Wächter des Anstandes und ruft den Schlafenden wach — grade in dem Augenblicke der höchsten Spannung.

Im Traume offenbaren sich nach F r e u d am klarsten all die feindlichen Listen und Kniffe, mit denen das Unbewusste seine schutzbefohlenen Geister wieder in das Bewusstsein hineinschuggeln will. Das Unbewusste arbeitet nur maskiert! Es kleidet die gemeinsten Lüste in unschuldige Symbole, die es bei der geringsten Gefahr umtauscht und in lächerlich nichtssagende Szenerien auflöst; oder es verdichtet in einem Symbol die verschiedenartigsten, ja widersprechendsten Inhalte, verschiebt plötzlich den Sinn einer Handlung oder verkehrt ihn in ihr Gegenteil. Ein Kaiser oder Riese stellt den Vater dar, ein grosses rotes Licht oder geheimnisvolles Dunkel das Geheimnis der Sexualität; der nie erschienene aber heimlich herbeigesehnte Liebhaber steigt als Dieb zum Fenster herein und rüttelt an verschlossener Tür; gehetztes Wild stellt verbotene Lusttriebe dar; ein Unglück befreit uns geschickt von Menschen, die wir lieben sollten, aber nicht können usw. usw.

Hinter dem manifesten Trauminhalt steht nach F r e u d also ein latenter, verborgener Inhalt und die Kunst des Psychoanalytikers soll diesen letztern aufdecken.

Vom Traum hatte F r e u d die Geheimsprache des Unbewussten abgelautet und nun begann er mit diesem Schlüssel auch in den Sinn der sogenannten Fehlleistungen einzudringen. Die Ursache des Vergessens, Versprechens, Verlierens liegt ebenfalls in unbewussten Tendenzen; auch Gewohnheitshandlungen sind unbewusste Symbolhandlungen.

Dasselbe gilt für die Krankheitszeichen der Geistes- und Gemütskranken. Freud sagt wörtlich: «Die neurotischen Symptome sind nichts anders als entstellte Mitteilungen des Unbewussten in einer zunächst uns unverständlichen Ausdrucksweise.»

Grade auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten haben die Arbeiten Freuds direkt wie eine Offenbarung, wie eine Erlösung gewirkt. Diese verrückten Aeusserungen bekamen auf einmal Sinn und Zweck.

Freud hatte schon längst an der Hand eines gewaltigen Materials den Nachweis versucht, dass die im Unbewussten waltende Kräfte vor allem sexueller Natur seien. Neben dem «Ichtriebe» ist ja der am meisten zurückgedrängte Trieb der Geschlechtstrieb. Dieser fundamentale Lebenstrieb entsteht nach Freud nicht erst im Pubertätsalter, sondern beherrscht schon das Kindes- und Säuglingsalter: Diese «libido» des Kindes ist aber nicht mit dem Sexualtrieb des Erwachsenen gleichzusetzen. Nach Freud entwickelt sich aus der «libido» des Kindes eine Summe von Teiltrieben: die sozialen Triebe, der Trieb nach Kunst und Wissen, der eigentliche Begattungstrieb usw. Der erotische Trieb des Erwachsenen ist auch nicht nur ein rein sinnlicher Fortpflanzungstrieb: Eros hält die höchsten Gipfel des Geistes besetzt. Wenn man all die grossen Taten und Schöpfungen der Liebe in der Geschichte der Menschheit überblickt, so bekommt man eher den Eindruck das rein Sexuelle sei für die «libido» ein Mittel, um höheren geistigen Mächten im Menschen zum Durchbruch zu verhelfen. Beim vollreifen Menschen wird nur ein Teil der sexuellen Energie für körperliche Funktionen verausgabt. Der wichtigere Teil wird sublimiert, d. h. höheren Funktionen, wie Kunst und Religion, zugewendet. An den Sinnen des Körpers entzündet zwar Eros seine Gefühls- und Phantasiewelt; aber schnell flutet diese über die sexuelle Situation hinaus und füllt die ganze Seele mit ihrem Leben. Eine gewisse Nervenerschütterung scheint für das Durchklingen der zartesten Gemütsstimmungen eine physische Vorbedingung zu sein; zu gleicher Zeit wird der Rhythmus und Schwung der Sinnenerlebnisse in die höchsten Regionen des Geistes emporgetragen. Vielleicht erklären sich all diese geheimnisvollen Umwandlungen und Umsetzungen folgendermassen: Im gewöhnlichen Alltag läuft das Bewusstsein der meisten Menschen Gefahr, durch Abnutzung der Gefühlsspannungen zu erkalten und zu erstarren. Durch die periodische Irruption von sexuellem Erleben erfährt dasselbe nicht nur einen Zuschuss an Tonus und Vitalität, durch welche gewohnheitsmässige Ideen- und Gefühlsbindungen gelockert werden, sondern alle seelischen Funktionen werden durch diese Höchstspannung in ein neues Erleben mit hineinbezogen und so erfolgt eine viel intensivere Durchdringung und Vereinheitlichung ihrer einzelnen Teile. Dieser Rauschzustand ist zugleich ein Offenbarungszustand für

die Seele, und vielleicht ist es grade das unmittelbare Erleben der Spontaneität und Freiheit unsers innersten Wesens, das uns immer wieder in diesen scheinbaren Idealzustand hineinlockt. Jedenfalls hinterlassen diese ganz eigenartigen Erfahrungen in unserm Bewusstsein eine gewisse strukturelle Bereitschaft, analoge Entrückungszustände wieder zu erleben und so wird wohl manch religiösem und künstlerischem Erleben die Wege bereitet. Nur in diesem Sinne sind diese letzteren, so verschiedenartigen Zustände mit den sexuellen verwandt und können von ihnen befruchtet werden. (Jede wirkliche Bereicherung und Fortentwicklung unserer Persönlichkeit erfolgt eben aus unserm stärksten Erleben heraus — das aber nicht unbedingt bei allen Menschen sexueller Natur sein muss!)

Beim Kinde wären diese Verhältnisse wohl einfacher zu erforschen, wenn nicht von den ersten Lebensjahren an eine energische Verdrängung alles Sexuelle in das Unbewusste verbannt hätte. Diese Verdrängung gelingt ja in der Regel so gut, dass der Erwachsene es direkt als eine Schande empfindet, dieses «heilige Alter» mit solchen Unanständigkeiten zu belasten. Die an der Kindheitslibido Hängengebliebenen sind, nach Freud, die sexuell Perversen. Gelingt die Verdrängung nur zum Teil, so kommt es zwischen Bewusstsein und Triebenergie zu einem Kompromiss, der sich in symbolischen Nerven- und Geistesstörungen offenbart: Die Neurose ist demnach das Negativ der sexuellen Perversität! Um also diese Krankheiten zur Heilung zu bringen, muss der Arzt bis in die ersten Kindheits-erlebnisse vordringen, um so die infantilen Schaltungsstörungen der libido wieder aufzuheben. Diese Aufgabe ist oft sehr schwierig und erfordert den Einsatz der ganzen Persönlichkeit des Psychoanalytikers.

Mit diesem Verfahren gelang es, manche bis dahin für unheilbar gehaltene Patienten zu retten.

Die Auffassungen Freuds begegneten in medizinischen Kreisen zum Teil grosser Begeisterung, zum Teil grossem Befremden; namentlich muteten sein Pansexualismus und seine Symboldeutung absonderlich an.

Allgemein aber wird zugegeben, dass die Arbeiten dieses grossen Gelehrten und unermüdlichen Forschers ungeheuer anregend auf die Wissenschaft der Nerven- und Geisteskrankheiten gewirkt haben. Seine Traumstudien werden wohl einen bleibenden Wert behalten. Freud hat auch den Blick für die Sexualität des Kindesalters geschärft.

II

Die Psychoanalyse ist vor allem eine medizinische Heilmethode und keine Philosophie. Allerdings kann sie nur dann ihre vollen Früchte tragen, wenn sie durch eine bestimmte Weltanschauung ergänzt wird; andernfalls wäre sie eine gewaltige

Pyramide, deren Spitze fehlen würde. Es ist eigentlich unverstündlich, wieso die Psychoanalyse gerade in den Kreisen der Hochschulmedizin den grössten Schwierigkeiten begegnen konnte. In ihrer geistigen Einstellung hatte sie doch so viel Verwandtes mit der damaligen, vorwiegend materialistischen Heilwissenschaft, dass man unbedingt auf eine eher sympathische Aufnahme hätte rechnen können.

Freud betrieb ja seine Studien auf eine streng naturwissenschaftliche Art und Weise. Der Mensch war für ihn ein reines Naturobjekt, ein biologisches Produkt der Entwicklung. Nach ihm waren Gott und Religion Illusionen nach der Art neurotischer Störungen. Die kirchengläubige Frömmigkeit erklärte Freud in seinem 1928 erschienene atheistischen Werke, «Die Zukunft einer Illusion», aus dem kindlichen Anlehnungsbedürfnis eines unselbständigen Menschen. Solche Illusionen können zwar in bestimmten Fällen mithelfen, eine Neurose zu ersparen; sie sind aber an und für sich menschenunwürdig und meist auch pathologisch.

Genau so wie die Naturwissenschaften, arbeitete der Wiener Arzt auch vor allem mit Erfahrung und Vernunft: Die psychologisch wahrgenommenen Erscheinungen hatten den Vorrang vor den hinter ihnen, nur hypothetisch, angenommenen Kräften. Auch wehte in der ganzen psychoanalytischen Forschungswelt ein Erkenntnisoptimismus von derselben Stärke und Farbe, wie der in den naturwissenschaftlichen Instituten allgemein vorherrschende.

Dass trotz all dieser Vorzüge die Psychoanalyse in Universitätskreisen auf so starke Ablehnung stiess, erklärt sich aus der Tatsache, dass Freud aufhörte, die seelischen Vorgänge aus reiner Körperlichkeit abzuleiten, wie das bei dem damals allgemein vorherrschenden Assoziationismus der Fall war. Und dies bedeutete sehr viel. Derin von nun ab musste man aufhören, die Triebe aus dem Physiologischen her zu verstehen: sie waren ja psychologische Grundkräfte und ihre Welt war die des unbewussten Seelenlebens. Das Zentrum der psychopathologischen Forschungen war hiermit von der physio-anatomischen Hälfte nach der der psychologische verlegt. So wie ein musikalisches Kunstwerk nicht damit erklärt werden kann, dass man es als an Luftschwingungen gebunden, beschreibt, so würde ein psychologisches Faktum erst dann erklärt sein, wenn es aus seinen seelischen Vorbedingungen abgeleitet werden könnte. Das psychologische würde damit immer mehr als ein spezielles biologisches Kraftfeld erkannt, das seinen eigenen Umfang und seine eigene Gesetzmässigkeit besitzt. Was aber in wissenschaftlichen Kreisen direkt wie ein Skandal wirkte, war die neue psychoanalytische Terminologie, wie z. B. das Unbewusste, die Affektstauung, die Affektspaltung, die Triebsublimation, die moralische Zensur, das «Ich» und seine Komplexe usw. Derartige Dinge zu hören war man nicht gewöhnt in Kliniken und

Laboratorien und man konnte nicht anders, als hier einen Her- einbruch der Romantiker und Philosophen zu erblicken, die sich anstellten, die wissenschaftliche Medizin zu unterminieren. Die anatomo-pathologischen Tatsachen und die psychologischen Störungen schienen in den Pathogenesen kaum noch erwähnt. Erst allmählich und nach vielen Kämpfen gewannen die neuen, psychoanalytischen Ansichten die Oberhand, und man erkannte, dass man in der früheren Psycho-Pathologie überhaupt nicht das Psychische, sondern nur seine körperlichen Begleiterscheinungen studiert hatte. Der medizinischen Forschung war damit ein neues Feld eröffnet. Hier war die Mitarbeit der Dichter und Philosophen nicht mehr überflüssig, und ihre Werke wurden als kostbares Material, das von der Geburt und der Entwicklung der Seele mehr oder weniger beredtes Zeugnis ablegte, bewertet.

Es ist im allgemeinen wenig bekannt, dass die Grundideen F r e u d s längere Zeit vor ihm, z. b. bei Nietzsche, einen klaren Ausdruck gefunden hatten. Die Devalorisierung des «Ich» und seines Hoheitsgebietes, des Bewusstseins, war bei Nietzsche schon restlos durchgeführt: Des «Ich's» Beherrscher ist, nach ihm, der Leib, das Unbewusste, das «schaffende Selbst». In seinem Zarathustra sagte er:

«Hinter deinen Gedanken und Gefühlen, mein Bruder, steht ein mächtiger Gebieter, ein unbekannter Weiser — der heisst Selbst.»

«In deinem Leibe wohnt er, dein Leib ist er» und dann weiter: «Dein Selbst lacht über dein Ich und seine stolzen Sprünge.»

«Was sind mir diese Sprünge und Flüge des Gedankens? sagt er sich.

«Ein Weg zu meinem Zweck. Ich bin das Gängelband des Ich's und der Einbläser seiner Begriffe.»

«Das Selbst sagt zum Ich: «hier fühle Lust!» Da freut es sich und denkt nach, wie es noch oft sich freut — und dazu aber soll es denken....

«Die ganze Inbrunst des Ich's ist: über sich hinaus zu schaffen.»

Wie man sieht, ist hier die ganze Theorie der Freud'schen Psychoanalyse enthalten. Letzterer begnügte sich lediglich damit, hierzu die klinische Grundlage zu schaffen. Und das ist auch das grosse Verdienst dieses scharfsinnigen Arztes. Also gleich schon bei der Geburt der modernen Psycho-Neurologie standen Wissenschaft und Philosophie Gevatter, und während der ganzen späteren Entwicklung dieser Heillehre arbeiteten Philosophen und Aerzte in brüderlicher Eintracht an ihrem Ausbau. Wer könnte leugnen, dass die moderne Medizin von phänomenologisch - ontologischen und religiösen Gesichtspunkten aus befruchtet wurde? Und umgekehrt; haben die Existenzialisten nichts aus den psychopathologischen und physio-pathologischen Studien der letzten Jahrzehnte gelernt?

F r e u d selbst blieb zunächst bei seiner naturwissenschaftlichen Einstellung. Seine Trieblehre war stark von der Darwinischen Entwicklungslehre befruchtet. Die wirkungsvolle Dynamik in dem Haushalte der psychischen Kräfte schien ihm die vom Lusttrieb ausgelöste. Dieser letztere war ja nur die Abart des Geschlechtstriebes. Später allerdings merkte F r e u d, dass er mit diesem alleinigen Urtriebe nicht alle klinischen Tatsachen erklären konnte; so sah er sich veranlasst, andere Teiltriebe hinzuzuschaffen, so z. B. den Ichtrieb, den Todestrieb. Dem Ich wurde das Ueber-Ich beigesellt. Aber im Grunde blieb er seiner Triebenergetik treu. Alle Teilinstinkte trieben in einer Art Kräfteparallelogramm den führenden Trieb automatisch hervor. Die Seelenlehre des Menschen sank damit auf das Niveau einer mechanischen Energetik und Atomistik herunter. Von der Autonomie einer wirklichen Persönlichkeit konnte nirgends mehr die Rede sein.

Im allgemeinen brachten die Studien des besten Schülers F r e u d 's, J u n g, in dieser Beziehung nur wenig Fortschritte. Der Mensch blieb auch hier mehr oder weniger seinen unbewussten Triebmächten ausgeliefert: Er blieb trotz dem mehrfachen Hinweis auf ein transzendentes Willenszentrum stark depersonalisiert. Die Ich-Komplexe Jung's und auch seine Archetypen waren relativ selbständige Instanzen im seelischen Gesamtgefüge. Eine letzte führende Zentraleinheit fehlte, und Frankl durfte schon sagen: «Menschliches Sein» wurde von der Psychoanalyse von vorneherein «als Getrieben-Sein interpretiert». Die Behandlung war daher nach diesen Ansichten eine Art Technik, d. h. ein mehr oder weniger geschicktes Steuern von mechanischen Instinktkräften.

F r e u d blieb aber nicht bei seinen ersten Forschungsergebnissen stehen. So äusserte er sich später, bei Gelegenheit eines Zwiesgesprächs mit Mme Marg. C h o i s y aus Paris, dass er sein Werk «Die Zukunft einer Illusion» als das schlechteste seines Lebens betrachte. Bekannt ist ferner, dass er, in seinem späteren Leben, die Natur der von der Psychoanalyse bewirkten Heilung, nicht mehr der Aufdeckung der infantilen Sexualität und ihrer Symbolik zuschrieb, sondern dem Transfert, d. h. der Beziehungsetzung von Arzt und Patient oder — um einen modernen Ausdruck zu gebrauchen — dem Inkommunikation-Treten. Die Wirklichkeit der menschlichen Persönlichkeit als Eigensein in existenzieller Verbundenheit, war damit von F r e u d selbst zugegeben.

Auch sprach er in seinen, am 28. August 1938, in London gemachten Aufzeichnungen über Mystik, die er als die dunkle Selbstwahrnehmung des Reiches ausserhalb des Ich's, des «Es» bezeichnete. Unsere Körperlichkeit und die des Kosmos, wird hier als letzten, innern Bestandteil unserer Persönlichkeit vorgestellt. Damit stimmt auch der Sinn jener andern, seiner merkwürdigen Aufzeichnungen über Metapsychologie überein: «Per-

sönlichkeit mag die Projektion der Ausdehnung des psychischen Apparates sein. Keine andere Ableitung wahrscheinlich. Anstatt Kant's a priori Bedingungen unsers psychischen Apparates. Psyche ist ausgedehnt; weiss nichts davon.» Weizsaecker hat Recht hier zu ergänzen: «Ist das so, dann ist die Körperwissenschaft eigentlich eine Selbstwahrnehmung des zur Psyche gehörenden «Es».

Freud scheint demnach in seinen letzten Jahren um eine Seele und Körper umfassende Medizin, gerungen zu haben — also um eine Psychosomatik modernen Sinnes.

III

Eigentlich war die Heillehre der Zukunft auch schon von physio-anatomischer Seite her seit langem vorbereitet. Der bekannte Züricher Gehirnanatom Monakow, in Gemeinschaft mit Dr. Mourgue, brachte hier neue Gesichtspunkte zur Geltung: Die krankhaften Körperveränderungen sind nicht mehr aus den vorhergehenden Schädigungen erklärt, sondern aus der Kausalität des Zukünftigen. Der Defekt ist Opferung im Hinblick auf Zukünftiges. Instinkt wird von Monakow als eine treibende Kraft, als eine Synthese innerer Reize des Protoplasmas angesehen, die im Hinblick auf die Zukunft die Körperfunktionen beeinflussen. Stellenweise spricht Monakow von einem biologischem Gewissen, d. h. einem vitalen Streben des Menschen nach Dauerwerten. Jedenfalls war hier schon die Krankheit als reine Lokalisation aufgehoben. Ausserdem waren Minusleistungen der Organe nicht mehr als Fehlleistungen anzusehen: Die Krankheitserscheinungen mussten als zielstrebige Auswirkungen des gesamten Organismus betrachtet werden. Nach der Frankfurter neurologischen Schule besteht zwischen Reiz und Reflex keine Konstanz. Was also Jackson geahnt hatte, dass nämlich die organische Nervenstörung nur von der ganzen psycho-neurotischen Situation aus zu verstehen ist, war Wahrheit geworden.

Auch der höchst moderne Versuch Selyes und seiner Mitarbeiter in Montréal, die Krankheitsstörungen als Verteidigungsreaktionen und Anpassungsversuche des Körpers zu deuten, weist in dieser Richtung. So versteht Monier (im «Mois Médical» vom Januar 1951) unter dem Syndrome d'adaptation: la somme de toutes les réactions non spécifiques et générales de l'organisme, apparaissant à la suite d'un agent agresseur quelconque, traumatisme, intoxication, épuisement etc.

Es bleibt das Verdienst Selyes' diesen Auswirkungen einer zu starken «Attaque» des Organismus nachgegangen zu sein und ihre Einzelheiten biologisch verfolgt zu haben. Die ganze Krankheitslehre bekommt hier ein neues Gesicht. Die aus allgemeinen Nebennieren-Hypophysenstörungen resp. Vago-Sympathischen Schockwirkungen erklärten Einzelkrankheiten, meh-

ren sich ständig. Neben dem *ulcus ventriculi* kommen hier in Frage: Allergische Störungen, Nieren-Herzkrankheiten, Polyarthritiden, ja sogar Gehirnblutungen, Stoffwechselstörungen, psychische Syndrome. Ein einheitliches Schema beginnt die verschiedenartigsten Krankheitszustände zu umfassen.

Ausserdem wurden unsere Einsichten betreffend der psychosomatischen Wechselbeziehungen durch immer neue Entdeckungen auf dem Gebiete der innern Drüsen und ihrer Einflüsse auf das Zwischenhirn, respektiv die subkortikalen Zentren, klarer herausgearbeitet. Ueberall offenbart sich im Organismus die reale Gegenwart des Seelischen, so dass die moderne Medizin nolens volens zu einer psycho-somatischen geworden ist. Das Wichtige hierbei ist, dass letztere nicht einfach die Tatsache der körperlich-seelischen Wechselbeziehungen anerkannt hat, sondern dass sie, als Ganzheitsmedizin, von der gegenseitigen Austauschbarkeit der seelischen mit den körperlichen, respektiv der Allgemeinstörungen mit den Lokalstörungen, überzeugt ist. Jedes einzelne Symptom hat demnach Entsprechungen in den verschiedensten Funktionsgebieten. Ein Tumor oder eine Infektion hat auch immer in seinem anatomo-physiologischen Ablaufprozess eine seelisch-triebhafte (respektiv eine metaphysische) Komponente. Die Krankheit spricht ein psychologisches Faktum symbolisch aus. Bekanntlich wird gegenwärtig am meisten in Amerika auf diesem psycho-somatischen Heilgebiete gearbeitet.

Recht bezeichnend ist auch in dieser Beziehung das Zeugnis des bekannten Pariser Praktikers André J a c q u e l i n, médecin des Hôpitaux, im «L'Avenir Médical» vom Dezember 1950.

«Si, au lieu de porter son attention isolément sur chacun des accidents, on s'efforce d'apercevoir leur enchaînement, leur déroulement, les liens qui les unissent, les processus qu'ils réalisent, les moyens qu'ils mettent en oeuvre, on ne peut manquer de reconnaître que beaucoup d'entre eux ne représentent pas des agressions fortuites, ne résultent pas d'une pathogénie exogène, mais au contraire obéissent à des mécanismes endogènes et font figure de réactions utiles, voire nécessaires et salutaires. Si on les conçoit sous ce jour finaliste, leur traitement ne saurait être ce qu'il est actuellement dans l'esprit de nombre de médecins. Les faire avorter, les combattre systématiquement n'est ni rationnel, ni bienfaisant, il importe au contraire de nuancer à leur égard l'action thérapeutique, soit que l'on s'efforce de les soulager en leur substituant d'autres procédés moins pénibles ou plus bénins, soit que l'on se borne à les modérer, soit même, pour certains d'entre eux, qu'on les respecte.»

Allein auf sich gestellt, würde aber dieser Psycho-somatik der Kompass fehlen. Ohne eine letztere ergänzende, echte Anthropologie, wäre diese Heillehre ohne feste Grundlage.

IV

Da stellt sich nun für den denkenden Arzt eine erste Grundfrage: Was heisst das: Mensch sein? Gehört das Leid und der Schmerz konstitutionell in unser Leben? Besteht eine Hoffnung, die Menschheit von dem Alp der Krankheit respektiv der Todesgefahr zu befreien?

Der Arzt ist oft verwundert, wie energisch der Kranke eine eventuelle Beziehung seines Leidens zu seelischen Störungen abwehrt. Man hat den Eindruck, er möchte unter allen Umständen irgend eine Verantwortung an seinem Zustande ablehnen. Die Vorliebe für technische Eingriffe inklusiv sogar gefährliche Operationen, ist nur so erklärbar: Immer wieder gibt der Patient Einzelheiten seiner Körperstörungen an, um alle Verantwortung auf das «Es», d. h. die Objektivität abzuschieben. Er scheut sich vor einer höheren Bewusstheit. Häufig ist denn auch der Arzt mit dieser Darstellung einverstanden, weil er selbst ähnlich veranlagt ist, oder sich scheut, sich selbst persönlich einzusetzen. Wir sprechen dann immer von einer vago-sympathischen Nervenstörung, ohne dabei zu bemerken, dass in jeder dieser Reaktionen der ganze Mensch versteckt ist. Wie viele immerbeschäftigte Menschen rennen und jagen, weil sie sich vor sich selber fürchten? Wie viele Menschen tragen tiefe, im Grunde genommen rein geistige Not an den körperlichen Erfolgsorganen in Form von lokalen Organstörungen aus?

Wer kennt all die Leber- oder Nierenstörungen, respektiv Herzleiden, die daraus entstehen, dass der Patient keinen richtigen Kontakt im Leben gefunden hat? Wie viele Unterleibsleiden entstehen, weil es an echter Liebe fehlt? usw. usw. Unser Zu-uns-selbst-Kommen ist nur durch und in dem Anderen möglich und ein Misserfolg in dieser Richtung, mischt sich als Zwiespältigkeit bis in die intimsten Körperverrichtungen mit hinein. Neuerdings haben auch Frl. B o u t o n n i e r und Professor B a r u k aus Paris nachgewiesen, dass man auch dem Gerechtigkeitstrieb, eine entscheidende Rolle bei dem Ausbruch der Nerven- und Geisteskrankheiten zuerkennen muss, es handelt sich hier um einen gestörten thematischen Dynamismus.

Ohne auf den Wert des Sittengesetzes und des Gewissens an sich einzugehen, sagt der bekannte Psychiater und Psychoanalytiker Dr. A. H e s n a r d in seinem kürzlich erschienenen Werke: «L'univers morbide de la faute.» Les symptômes de la névrose et de la psychose ont un sens, une signification humaine personnelle; et cette signification est telle que le malade, dans son comportement morbide, lutte contre un formidable et incessant réquisitoire contre lequel il se défend par toutes sortes de moyens. Il est dans un univers virtuel ou réel de culpabilité. Son existence se déroule sous le signe de la culpabilité.

Ohne Zweifel hat hier schon eine Beeinflussung von existenzialistischer Seite stattgefunden, und wenn im folgenden beson-

ders das Zeugnis J. P. Sartres angerufen wird, so soll damit das Verdienst Heideggers oder Jaspers am Ausbau des Existenzialismus nicht bezweifelt werden; aber das Zeugnis Sartres stammt gewiss nicht von einem, in seiner Ontologie oder Metaphysik voreingenommenen Denker.

Für den französischen Existenzialisten ist der Mensch ein sehr tragisches Wesen. Er ist ein Sein, «qui est ce qu'il n'est pas et qui n'est pas ce qu'il est.» Das heisst also, dass das menschliche «Für sich», seine Bewusstheit, eigentlich ein Mangel ist, denn es entsteht durch die Verneinung respektiv Vernichtung des «An sich». Es ist wie eine Art Leere mitten in der Fülle des An-sich-Seins. Das Bewusstsein genügt sich nicht selbst, wie eine absolute Subjektivität; es bedarf des Objektes. Daher ist seine eigene Realität immer in Frage: «Son être n'est jamais donné, mais interrogé puisqu'il est toujours séparé de lui-même par l'altérité.» (D. h. also das Bewusstsein als Objektbewusstsein).

Damit entsteht eine Strebung: «le pour-soi est effectivement perpétuel projet de se fonder soi-même en tant qu'être et perpétuel échec de ce projet.»

Der Mensch ist ein Gerichtet-Sein auf ein An-und-Für-sich-Sein; also auf ein Bewusstsein, das sein eigener Daseinsgrund in dieser Bewusstheit finden konnte: «Ainsi peut-on dire que ce qui rend le mieux concevable le projet fondamental de la réalité humaine c'est que l'homme est un être qui projette d'être Dieu.... Tout se passe comme si le monde, l'homme et l'homme-dans-le-monde n'arriveraient à réaliser qu'un Dieu manqué. Tout se passe donc comme si l'en-soi et le pour-soi se présentaient à l'état de désintégration par rapport à une synthèse idéale.»

Man spricht oft in diesem Zusammenhang von Angst (oder angoisse), in der sich unser Wesen als Freiheit offenbart. Angst ist nicht Furcht, die ja auf ein Objekt gerichtet ist: Angst hat man nicht. Angst ist man. Sie ist Verlorenheit, ist Ausdruck des In-die-Welt-Geworfenseins. Sie ist unsere Freiheit, die uns in Verantwortung aufgezwungen ist, «qui se découvre parfaitement elle-même et dont l'être réside en cette découverte même.»

Um diesen Gedanken Sartres klarer hervortreten zu lassen, kann ich mir nicht versagen, folgenden von Dr. Henry Ey verfassten Text hier anzuführen (in: Dr. Mignod: Etudes psychiatriques, 1950): «....l'angoisse est immanente à la nature humaine c'est parce que la vie est seulement en puissance dans l'organisation de notre être c'est parce que notre destin nous engage et nous propose à chaque instant un choix entre des possibles que nous avons peur d'avoir peur l'angoisse apparaît comme un vertige vécu dans l'abîme des temps' telle est l'angoisse conscience de notre nature et de notre destin qui va s'exprimer aux travers de dispositifs qui représentent dans notre organisme les caractères de l'espèce à

laquelle nous appartenons et par quoi la joie, la douleur et la peur prennent figure humaine»

Es gibt also Spannungen, Aengste, die mit unserer Existenz gegeben sind und für die eine rein neurologische Ableitung eine Torheit wäre. Und damit ist bewiesen, dass der Mensch eine «Krankheit» ist.

Diese wenigen Aussagen Sartres mögen genügen, um die Wahrheit uralter Weisheit, unter moderner Sicht, wieder in Erinnerung zu bringen. Es ist klar, dass Leid, Schuld und Krankheit unserm Leben inhärent sind. Sartre kommt am Schlusse seines Werkes «L'être et le néant» zu dem lapidaren Eingeständnis: «L'homme est une passion inutile.»

Rein menschlich gesprochen, müsste man ihm Recht geben. Sartre spricht öfters von einer magischen Lösung der Menschheitsprobleme. Er meint wohl damit eine Erlösung durch ein Wunder. Ein Gott-Mensch wäre dieses Wunder: Mit und in ihm müsste die Tragik des menschlichen Schicksals eine Lösung finden. Diese «absurdité» kann natürlich nur im Raum des Glaubens ihren Platz haben. Gibt es aber eine andere Möglichkeit, das Leben zu bejahen, ausser dieser religiösen Haltung?

Ein praktischer Arzt wird diese Ausführungen nicht ohne Bedenken hinnehmen können. Es scheint ihm unverständlich, wieso rein spekulative Auffassungen krankmachend wirken sollen. Wer diesen Einwand erhebt, hat immer noch nicht begriffen, dass es sich hier nicht um abstrakte Ideen handelt, sondern um Einstellungen oder besser um Sein oder Existieren, also um Bewirken und Schaffen. Was unser Geist in seinen Tiefen und Höhen bewegt, gleitet in unsere elementarsten Körperfunktionen und bildet damit eine Komponente der klinischen Krankheitsstörungen. Diese aufzudecken, ist Aufgabe der anthropologischen Diagnose.

Die klinischen Handbücher der Medizin kennen nur, auf einen kleinen Teil der Wirklichkeit eingeschränkte Krankheitsbilder.

Es gehört aber in die Pathogenese einer jeden Krankheit nicht nur die Geschichte ihres äusseren Ursprungs, als rein organisch-klinisches Gebilde, sondern auch die Geschichte ihrer seelischen Vorbedingungen. Wie war die Persönlichkeit des Patienten in seiner Entwicklung? Wie war seine Einstellung zu den Menschen? Wie waren seine Ideale, seine Leidenschaften? Wie seine Enttäuschungen? Wie reihen sich diese Tatsächlichkeiten in die körperliche Krankheitsgeschichte? Wie war die Alternanz von seelisch-nervösen Erscheinungen mit den körperlichen? Wie gestaltet sich das Schicksal des Patienten sozial und religiös? usw. usw. Erst mit der Beantwortung dieser Fragen wird der ontologisch-metaphysische Hintergrund des jeweiligen Leidens offenbar.

Man nehme z. B. den Begriff der Sexualität in der klassischen Medizin. Noch lässt der Allgemeinmediziner den Sexual-

drang aus der Sekretion der Sexualdrüsen entstehen, die damit zu einer eigenen Potenz erhoben werden. Man vergisst aber, dass der Mensch «ab ovo» sexual ist, denn es ist ja der Organismus, der in den ersten Embryonalwochen die Geschlechtsorgane schafft. Der Trieb ist das Primäre. Nun ist aber auch der spätere Sexualtrieb nicht einfach ein hormonales Gebilde. Im menschlichen Sexualleben ist ein viel Tieferes am Werk, als einfach nur ein blinder Trieb. Im Sexualakt selbst, versucht der Partner den Leib der Partnerin zu seinem eigenen zu machen. Und hierbei erlebt er diesen nicht als Körper, sondern als Leib, um sich, in einer Art Preisgabe seiner eigenen Bewusstheit, mit dem seiner Partnerin zu identifizieren, um sich so der Freiheit, also der geistigen Persönlichkeit derselben zu bemächtigen. Nach dem Sexualakt erblickt der Partner sein Gegenüber wieder mit den Augen der andern, d. h. der verzauberte Leib seiner Partnerin wird wieder ein Körper wie alle andern. Es ist klar, dass sich hier eine tiefe Problematik abspielt, nämlich das ganze Problem «des Anders», der Faktizität und das der Beziehung der menschlichen Subjektivität zu der des Nächsten. Die plötzliche Weichenumstellung nach Befriedigung der Lust, bedeutet einen Umschwung in der Blick- und Seinsrichtung, von ganz spezieller Art. Die mystische Problematik der Liebe kann nicht von innern Drüsensekreten oder Nervenschwingungen abgeleitet werden. Diese organischen Begleiterscheinungen haben zu den seelischen Vorgängen nur rein äussere Beziehungen. Ohne die ontologische Seite des Menschen, gibt es kein Eros und keine Leidenschaft überhaupt. (Sogar kein Verbrechen als solches, ist ohne den metaphysischen Hintergrund des Menschen erklärbar — der echte Sadismus kann nur beim Homo sapiens gefunden werden.)

So hat jede Leidenschaft, jede Lebenshaltung ihren metaphysischen Unterbau — und hiervon ist auch unser Körperschicksal ein Aspekt. Die bekannte Konstitutionslehre K r e t s c h m e r s ist eine Illustration dieser seelisch-körperlichen Beziehungen. Die Körperform und -konstitution ist Ausdruck seelisch-triebhafter Bildungskräfte. Auch die Schicksalanalyse des genialen Psychiaters S c o n d i ist eine Weiterführung der Freud-Jung'schen Psycho-Analyse in der Richtung neuer anthropologischer Heileinsichten. Bei S c o n d i ist keine Organkrankheit rein äusserlich bedingt, denn so (wie er in seiner Schicksalsanalyse sich ausdrückt) «kann das psychische Trauma die Alternative zur Entscheidung bringen, ob jemand seine mitbekommenen krankhaften Triebbedürfnisse in der Form einer manifesten Krankheit, Neurose, Psychose oder Kriminalität, befriedigt, oder aber, da die seelische Erschütterung fortfällt, gesund bleibt und jene gefährlichen Triebbedürfnisse durch Gatten-, Freundes- und Berufswahl in einer sozial angepassten Form auslebt.»

Die Psyche ist hier nicht als Bündel von Eigenschaften, Trieben oder Funktionen gedacht, denn jenseits des psychosomatischen Geschehens setzt S c o n d i eine transzendente Instanz, den Geist. Seinem Keimschicksal kann zwar niemand entgehen, aber die Form, (oder das mehr oder weniger hohe Niveau) vermittelt derer der Mensch seine Existenz verwirklicht, ist Ausdruck seiner freien Wahl. Der Mensch kann sich in diese oder jene Identifikation hinein gebären: letzten Endes ist also, sowohl unsere Krankheits- als auch unsere Todesart, unsere Wahl.

Hier zeigt S c o n d i deutliche Zusammenhänge mit dem Existenzialismus. Sein Werk ist in vollem Sinne anthropologische Heillehre. Der Mensch ist überall und immer Mensch, d. h. ein «Pour-soi, das «En-soi» sein möchte: Sein Krankheitschicksal ist ein symbolischer Ausdruck dieses Gerichtetseins. Bis zu diesem Punkte der entscheidenden Wahl in unserer Existenz, muss die Krankheitsanalyse fortschreiten.

Es dürfte auch klar sein, dass die physio-pathologischen Krankheitserscheinungen nicht einfach die psychologischen Störungen hervorrufen. Auch umgekehrt, ist nie eine Krankheit rein psychogenetisch erklärbar. Zwischen den einzelnen hierarchisch gestaffelten Schichtungen unsers Seins gibt es keine kausale Beziehung. Es ist ja auch, — ganz analog — nicht die Luftschwingung, die den Ton und die Musik verursacht. Die Luftschwingungen sind die Musik; und umgekehrt. Für bestimmte physikalische Versuche ist die Musik Luftschwingungsabfolge; für unsere sinnlichen Organe aber ist sie Harmonie und Kunst.

Jeder Krankheitsvorgang hat demnach seine organische Seite, die mit den, für diese Daseinsstufe geeigneten Mitteln bekämpft werden muss. Es wäre durchaus lächerlich, das Summum des ärztlichen Eingriffes in einer Penicillinspritze oder chirurgischen Intervention zu erblicken. Womit nicht im geringsten der Wert dieser Heilmittel gemindert werden soll.

Es wird noch langer und mühseliger Forschungen bedürfen, um das Ideal einer anthropologischen Heillehre praktisch annähernd zu realisieren.

Im Menschen begegnet sich Mensch und Gott, und auch Kosmos und Mensch. Der Mensch ist wenigstens so viel ein Werkzeug des Universums als letzterer eine Pflanzstätte der geistigen Persönlichkeit ist.

Es ist daher selbstverständlich, dass auch die beste tiefenpsychologische Theorie nicht imstande sein kann, unsere Erlösung vom Uebel der Krankheit zu bewirken.

Die Beziehung des Patienten zu seinem Arzte ist nie und nimmer die des Schülers zu seinem Lehrer oder des Knechtes zu seinem Herrn.

Das «in Kommunikation-Treten» ist Tat und Einsatz. Es ist ein Werden in dem Andern, ein schöpferisches Zusammen-

wirken von Existenz und psychosomatischer Faktizität, von Person und Objekt. In seinem letzten Wesen ist der ärztliche Eingriff ein Mysterium, das wohl nie ganz von der Wissenschaft geklärt werden kann.

Es bleibt immer ein Wunder, Menschen zu veranlassen sich selber zu finden und auch das Andere, das Nichtselbst zum Selbst zu bringen. Das alles hat gewiss nichts mit dem zu tun, was man gemeinhin Mitleid oder Liebe nennt!

Der Arzt muss ein Erwecker sein in Kommunikation.

Er muss Anregung und Hingabe sein. Die Krankheit des Patienten muss im Heiler selbst eine Art Verlängerung und Ausreifung finden.

Dieses Wunder kann weder im Patienten, noch im Arzte Wirklichkeit werden, wenn nicht in Beiden eine letzte Heilshoffnung immer lebendig bleibt! Nicht alle Krankheiten können heilen, und auch der Tod ist eine unabweisbare Notwendigkeit.

— — — —

Es ist eine von Jung mit Recht signalisierte Tatsache, dass sich vom fünfzigsten Lebensjahre ab der Gedanke an den Tod bei jedem Menschen immer mehr einstellt. In der Analyse der Träume kehrt dieses Thema immer und immer mehr wieder und Jung bemerkt ganz zutreffend, dass aus der Tiefe unsers Unbewussten eine Stimme sich meldet, die uns an den Tod erinnern, wenn nicht gar auf denselben vorbereiten will. Man hat oft gesagt, dass Tiere verenden, dass aber allein der Mensch sterbe, d. h. er sei imstande seine Lebenszeit zu übersehen und sich so von seinem Hinscheiden Rechenschaft zu geben. Ein erstes Rätsel zeigt sich hier: Weshalb kann der Mensch — auch der primitivste nicht — diese Tatsache seines natürlichen Endes nicht einfach hinnehmen, wie man irgend ein sonstiges Naturereignis hinnimmt? Weshalb diese geheimnisvolle Scheu, dieses heilige Entsetzen vor dem Hereinbruch dieser Notwendigkeit? Weshalb muss der Arzt seinem Kranken diese Wahrheit seines nahen Endes verschweigen und ihn sogar darüber hinwegglügen? Offenbar, weil der Tod uns ein Unsinn und ein Skandal dünkt. Der Mensch kann einfach die Vorstellung des Todes nicht realisieren. Sobald er sich sein eignes Ende vorstellt, bleibt er selbst als Subjekt dieser Vorstellung, dahinter verborgen. Tatsächlich handelt jeder Mensch — auch der sogenannte unglaublichste — als ob der Tote noch lebte: er ehrt sein Andenken, stattet ihm regelmässig Besuche ab und sammelt sich auf seinem Grabe in frommem Gedenken usw., d. h. er benimmt sich so, als ob der Tod nicht der Tod wäre. Die Abgeschiedenen leben aber nicht nur in unserer Erinnerung, sie sind lebendig in unserm Gefühle und Denken, das sie bestimmen und lenken. Sie sind in die Geschichte der Menschheit eingegangen, rein objektiv gesprochen. Aber wer kann heute noch glauben, unsere Erscheinungswelt in ihrer

raumzeitlichen Strukturation und ihren oberflächlichen Veränderungen, sei das «An sich», d. h. das Ganze der Wirklichkeit? Gewiss sind wir nur, insoweit wir in die Welt geworden sind; aber transzendieren wir nicht immer diese Welt? Und besteht nicht hierin unsere existenzielle Tragik? Eins bleibt auch wissenschaftlich gesichert: Allein aus seinen neurologischen und psychologischen Vorbedingungen lässt sich die Reaktion des Menschen im Angesicht des Todes nicht erklären. Denn auch der menschliche Leichnam, dieser Haufe von Mist und Zersetzen, wird bei allen Völkern als etwas Heiliges und Ehrfürchtiges betrachtet! Hätte anders das Wort «Leichenschändung» einen Sinn? Es ist hier ein transzendentes Problem verborgen: Das in unserm «Für sich» sein (oder Bewusstsein) gegenwärtige «An sich», weiss von einem Tieferen und Ewigen im Menschen, das mit sich selbst in Widerstreit ist.

Jedenfalls spielt diese Tatsache in der Medizin eine gewaltige Rolle und zwar wieder nicht nur bei den Psychoneurosen, sondern auch bei den organischen Krankheiten.

Der Tod ist nur ein letzter Augenblick von einer, meist langen, bewussten und unbewussten Auseinandersetzung. So wie jede Krankheit, ist auch er mit unser Werk. Wir gestalten ihn auf eine persönliche Art und Weise, selbst dann, wenn wir nichts von ihm wissen wollen, — denn auch das ist eine Stellungnahme.

Wenn die Krankheit ganz allgemein als ein Zwischenfall im Gesamtchicksal des Menschen gedeutet werden muss, was ist denn nun der letzte Sinn des Todes?

Der Mensch ist ja, wie schon angedeutet, wesentlich Bewusstheit und sein Tod muss demnach als Ende dieses Zustandes gelten. Weil nun aber der Mensch diese Vorstellung nicht ertragen kann, deshalb schafft er Wissenschaft und Philosophie, Kunst und Religion. Alle sozialen und technischen Errungenschaften sind aus dem unablässigen Streben des Menschen nach Dauer und Unsterblichkeit zustande gekommen.

In dieser Entwicklung bedeutet unsere Bewusstheit nur eine bestimmte Etappe. Einerseits dient es dem Aufbau und der Entfaltung unseres Körpers, anderseits hat es aber eine zwischenmenschliche Funktion, die an die Sprache gebunden ist. Es ist zwar Geist und Leben, aber nur ein auf die sprachliche Kommunikation gerichtetes. Daher ist seine Dialektik und Logik, die der Sprach-Seele, in der sich das eigentlich Seelische nur symbolhaft widerspiegeln kann. Wir leben lediglich im Kraftfeld unserer sprachlichen Beziehungen und haben daher keinen direkten Kontakt mit uns selbst. Sogar in unserm intimsten Innenleben «reden» wir im Zwiegespräch mit uns, d. h. durch das Milieu unserer gesellschaftlichen Ausdrucksmittel. Wir nehmen von uns Kenntnis im Spiegelbild unserer Mitmenschen (als «reflet reflété»). Soweit geht unsere Verlorenheit, dass wir uns nie zu unserem Selbst finden können!

In diesem Sinne dient jegliche Philosophie und Wissenschaft einer Illusion.

Nun hat es aber immer Menschen gegeben, die diesen Weg zu sich selbst über den Umweg der Sprach-Seele nicht gehen wollten. Im Vorgefühle der Unfähigkeit unserer Bewusstseinsorganisation als Ausdrucksmittel unserer wahren Existenz zu gelten, haben sie versucht, durch eine Art Versenkung oder Extase dieses Auf-äussere-Kommunikation-gerichtet-sein aufzugeben, um so in die ganze Kompaktheit des «An-Sich» in uns einzudringen.

Diese Menschen hat man seit jeher die Mystiker genannt. Sie erstreben also nicht eine neue Erkenntnis, sondern ein neues Sein, eine andere Polarität als die des «Weltens». Diese heroische Vergewaltigung unserer Ichheit bedeutet eine Umwendung von aussen nach innen, von Egoizität nach Allheit und «Unio mystica»; also eine Neugeburt in Opfer und Weihe. Es kann hier nicht der Ort sein auf diesen mysteriösen Prozess weiter einzugehen.

Für die anthropologische Medizin ist es wichtig zu wissen, dass diese Art Menschen keine Anomalie bedeuten, denn ihre Zahl ist Legion! Seit dem Beginne der Menschheitsgeschichte haben tausende und abertausende versucht, diesen abenteuerlichen Weg zum Selbst zu gehen. Hierbei soll man nicht nur an Einsiedler und Mönche denken. Wer zählt die unbewussten Mystiker aller Schattierungen in Politik, Wissenschaft und Kunst, in Heroismus, Ueberspanntheit und Rausch? Eines steht fest: Diese in die Vertikale gehende Entwicklung der Menschen hat wenigstens so viele Repräsentanten wie die in die Breite und Horizontale gehende (die sinnlich experimentelle). Jedenfalls sind die ersteren von einer ungeheueren Dynamik erfasst, die jede Psychologie in Rechnung setzen muss.

Aber auch rein negativ wirkt die Mystik in jeder Leidenschaft und Verzweiflung. Alle Psychosen und Somatosen enthalten abgesprengte Teile einer mystischen Erwartung, die das Krankheitsbild unterhalten und gestalten. In jedem Menschen liegt eine, wenn auch noch so dunkle, Erfahrung eines Seins verborgen, das im Tode Wirklichkeit werden möchte. Keine Philosophie oder Spekulation irgendwelcher Art hat die Mystik geschaffen, sondern eine bestimmte innere Tatsache, die sich in der Mystik ausdrückt. Daher muss Sartre Recht haben, wenn er sagt:

«Quels que puissent être... les mythes et les rites de la religion considérée, Dieu est d'abord «sensible au coeur» de l'homme comme ce qui l'annonce et le définit dans son projet ultime et fondamental. Et si l'homme possède une compréhension préontologique de l'être de Dieu, ce ne sont ni les grands spectacles de la nature, ni la puissance de la société qui la lui ont conférée: mais Dieu, valeur et but suprême de la transcendance.

représente la limite permanente à partir de laquelle l'homme se fait annoncer ce qu'il est.»

Daher werden die Menschen so lange durch die Metamorphose des Todes hindurch gehen müssen, bis die Angleichung unserer weltlichen Bewusstheit mit der der echten Mystik erfolgt ist; denn Krankheit und Tod sind der «Sünde Sold».

Der Mensch strebt demnach organisch und psychisch, bewusst oder unbewusst, einem Zustande entgegen, der jenseits seiner Reichweite liegt. In unserem gegenwärtigen Dasein scheint ein Sein impliziert, das aus seinem transzendentalen Hintergrunde heraus all unser Handeln, Empfinden und Denken lenkt. Die Verwirklichung dieses unseres tiefsten Selbst muss uns als ein unmögliches Unternehmen erscheinen, weil sie ohne die Preisgabe unserer Organisation undenkbar wäre. Im Verlaufe unseres Lebens tritt diese Gegensätzlichkeit unserer Transzendenz und unserer Empirie krisenhaft in Erscheinung. Die Doppelgerichtetheit unserer Trieb- und Wunschwelt ruft Stauungs- und Vergiftungserscheinungen hervor, die, je nachdem sie sich im Organischen oder Psychischen auswirken, die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder bedingen. Im Tode würde diese Krisenhaftigkeit ihren entscheidenden Höhepunkt erreichen: Im Anbetracht der Unmöglichkeit einer noch so dürftigen Angleichung unserer beiden Wesenshälften, fallen letztere hier auseinander, um einer jeden derselben zu erlauben, ihrem eigenen Schicksale entgegenzugehen.

Docteurs:

POUR VOS IMPRIMÉS



IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

MAISON D'ÉDITION

40, Av. de la Gare **Luxembourg** Tél. 28-70 et 56-94

Le Récalcifiant de Choix !

PEROSSINE

Marque déposée

au glycérophosphate de calcium liquide

Indications :

Décalcification, Rachitisme, Asthénie,
Anorexie, Réconvalescence, Grossesse,
Allaitement, Troubles de la Croissance,
Caries dentaires, Dermatoses etc.

PEROSSINE

peut être administré à tous les âges,
à partir de 3 - 6 mois

Sans contre-indication - Efficacité maxima
Goût agréable

PEROSSINE

EST PRODUIT PAR LES

LABORATOIRES

P R O P H A R M A

LUXEMBOURG

*Gastro-intestinale
Sommererkrankungen?*

Dann

BILAMID-CILAG

das bactericide, darm- und gallenwirksame
Chemotherapeutikum

bewährt bei Enteritis, Gastroduodenitis und Colitis, sowie den
begleitenden Gallenerkrankungen

GUANICIL

Das Sulfonamidspezifikum mit antidiarrhoeischer Wirk-
ung zur Behandlung intestinaler Affektionen

bewährt bei Enteritis, bazillärer Dysenterie, Sommerdiarrhoe,
Colitis, Enterocolitis, Colitis ulcerosa, Gastroenteritis

CHARBON CILAC

Kombinationspräparat gegen Durchfälle toxisch-infek-
tieuser Genese, adsorbierend - adstringierend

bewährt insbesondere bei Gärungs- und Fäulnis-Dyspepsien,
Sommerdiarrhoeen, alimentären Intoxikationen u. Dysenterie

CILAG AKTIENGESELLSCHAFT SCHAFFHAUSEN

Generalvertreter für Luxemburg

PROPHAC - LUXEMBURG

Baudouinstrasse, 25 — Telefon : 30-73

CILAG

Considérations statistiques et pratiques sur les Maladies du Groupe typho-paratyphique

par Frédéric Hippert

Pendant la période du 1. 1. 1945 au 1. 5. 1951 nous avons eu l'occasion de soigner, au pavillon d'isolement de l'Hôpital-Arbed à Dudelange, 234 infections typho-paratyphiques dont 65 typhoïdes et 169 paratyphoïdes B.

Chez 170 malades le diagnostic avait été confirmé par le laboratoire avant leur admission à l'hôpital. 81 malades furent admis comme suspects dont 64, soit 79 %, se sont montrés positifs. Chez les 17 autres, soit 21 %, il s'agissait de typhus exanthématique (1 cas), de granulie pulmonaire (2 cas), de leucémie aiguë (1 cas), de méningite cérébrospinale (1 cas), d'une pleurésie exsudative au début (1 cas), d'une infection banale à allure trainante (11 cas).

Comme presque tous ces malades sont arrivés dans la première semaine de maladie, il faut reconnaître que les erreurs diagnostiques ont été peu nombreuses. Car on sait que le diagnostic clinique précoce est toujours chose difficile, sinon impossible pendant le premier septenaire. Certes, la céphalée initiale, la dissociation de la température et du pouls, les troubles digestifs, le pouls dicrote et l'aspect tout particulier de la langue constituent des symptômes indicateurs précieux, mais non pathognomiques.

L'angine de Duguet, très significative, est rare et ne s'installe que vers le 9^e ou 10^e jour

Les taches rosées, elles aussi, ne se voient guère ou très rarement avant le 8^e jour. Encore est-il qu'elles font assez fréquemment défaut, particulièrement dans la paratyphoïde B, ou sont mal à mettre en évidence dans les chambres insuffisamment éclairées.

Quant à la rate, elle ne devient palpable que pendant la deuxième semaine.

Ce n'est que par l'hémoculture que le diagnostic peut être établi avec certitude dans les premiers 6-7 jours. Pour obtenir un maximum de réponses positives, il faut toutefois que

- 1) le volume du sang obtenu par ponction veineuse soit au moins de 10—20 ccm.,
- 2) la prise de sang se fasse à un moment où la fièvre atteint ou dépasse 39 °,
- 3) le sang soit aussitôtensemencé sur bouillon ou milieu bilié,
- 4) le sang arrive au laboratoire le plus vite possible.

Les 2 premières conditions sont faciles à remplir, mais la troisième est irréalisable en pratique journalière à moins qu'on ne dispose d'éprouvettes contenant le milieu requis. Quant à la quatrième elle n'est, en général, que très imparfaitement à réaliser.

À en croire les statistiques étrangères l'hémoculture est positive 90—100 % dans le premier septenaire, 80—85 % dans le deuxième et 70—75 % dans le troisième. Chez nous au contraire, la positivité des hémocultures, faites par le Laboratoire de l'Etat, atteint tout au plus 5—6 %. Il est pourtant logique d'admettre que les conditions dans lesquelles doivent opérer nos confrères d'outre-frontières, sont très sensiblement identiques aux nôtres. Il vaudrait la peine de rechercher et de trouver la cause de cette frappante différence de résultat. Car il importe aujourd'hui d'arriver à poser un diagnostic précoce, afin de pouvoir instituer une

chloromycétinothérapie précoce

qui écourte notablement l'évolution de la maladie et qui peut, si elle est commencée très tôt, empêcher éventuellement les complications.

La mortalité générale était de 5,12 %.

Sont morts par:

hémorragie intestinale	(7)	=	2,00 %
dont 3,08 % par typhoïde et 2,95 % par Para-B.			
collapsus cardiovasculaire	(2)	=	0,85 %
embolie pulmonaire par phlébite	(1)	=	0,425 %
perforation intestinale	(1)	=	0,425 %
perforation de la vésicule biliaire	(1)	=	0,425 %

Parmi les exitus par hémorragie, citons celui d'un nourrisson de 11 mois, porteur d'une Para-B avec présence de bacilles dans les matières fécales.

Deux cas d'hémorragie mortelle nous furent adressés in extremis — pour des raisons non médicales.

Dans un autre cas l'hémorragie mortelle fut déclenchée par un lavement pratiqué en-dehors du service.

Le total des hémorragies était de 14 (5,94 %) dont 10 paratyphiques (5,9 %) et 4 typhiques (6,15 %).

Les complications les plus fréquemment observées ont été, par ordre de fréquence:

1) les cholécystites	(12)	=	5,12 %
----------------------	------	---	--------

- | | |
|--|----------------|
| 2) les myocardites | (8) = 3,41 % |
| 3) les phlébites | (6) = 2,56 % |
| 4) les hypacousies transitoires
par nevrite | (4) = 1,70 % |

Vingt-neuf malades, 19 typhiques et 10 paratyphiques B, furent traités par la chloromycétine.

La posologie que nous employons actuellement est la suivante:

0,25 gr par heure les 6 premières heures, puis 0,25 gr toutes les 2 heures jusqu'à la défervescence. Celle-ci obtenue nous continuons avec 0,25 gr toutes les 3 heures pendant 3 jours, puis 0,25 gr toutes les 4 heures pendant 4—6 jours. Cette méthode, qui peut varier suivant la gravité des cas, nous a donné des résultats absolument satisfaisants et nous n'avons observé aucun symptôme d'intolérance viscérale ou cutanée.

L'apyrexie fut toujours obtenue entre le 3^e et 7^e jour au maximum; elle varie en fonction de la précocité du traitement et de la gravité du cas.

Aucun exitus à signaler. Une hémorragie qui s'est manifestée quelques heures après l'admission du malade a pu être arrêtée par le traitement classique sans que la chloromycétine fût interrompue. Une autre malade nous est arrivée avec une cholécystite déclarée. Celle-ci ne fut guère influencée par la chloromycétine. Une troisième malade qui fut admise comme suspecte 12 jours après le début de la maladie, a fait une phlébite après 10 jours d'apyrexie complète. Il est évidemment difficile de dire, si une chloromycétinothérapie plus précoce aurait pu empêcher la phlébite.

Au début nous avons eu 2 récidives par suite d'un traitement insuffisamment prolongé.

Le mal de tête et les symptômes nerveux disparaissent en général rapidement l'appétit et le sommeil reviennent assez vite.

La durée d'hospitalisation fut sensiblement écourtée; elle dépend évidemment de la précocité du traitement (diagnostic), du résultat des examens coprologiques et des complications qui peuvent survenir au cours de la maladie.

La chloromycétine n'exclut pas le traitement usuel et ne doit pas nous inciter à passer trop rapidement à l'alimentation normale.

Le lever ne fut autorisé qu'après 12—14 jours d'apyrexie complète.

Le «permis de sortie» ne fut délivré que lorsque 3 coprocultures, pratiquées à 5—6 jours d'intervalle pendant la période apyrétique, ont été négatives. Notons en passant que les coprocultures positives ont été aussi fréquentes avec que sans chloromycétine.

Pendant la période qui s'est écoulée entre l'impression et la correction de cet article 22 nouveaux cas de paratyphoïde B ont été traités à l'hôpital: 7 femmes, 5 filles, 7 hommes et 3 garçons.

Hémocultures + : 0 %. Coprocultures + : 59,09 % (40 % de plus que dans la série précédente).

Aucun exitus. Complications: 2 hémorragies intestinales. L'une des malades, âgée de 64 ans, saignait à l'arrivée. L'hémorragie, peu abondante, fut rapidement stoppée; la chloromycétine fut bien tolérée. L'autre malade, âgée de 30 ans, fit son hémorragie après 7 jours d'apyrexie, 10 jours de traitement par la chloromycétine et 17 jours après le début de la maladie. Il s'agissait d'hémorragies répétées et assez massives. La chloromycétine fut suspendue et on a eu l'impression que la suppression de l'antibiotique a eu un effet salutaire.

Dans 2 cas de tachycardie régulière, survenue en phase apyrétique, la cessation du traitement fut suivie d'un ralentissement du rythme cardiaque.

Chez un garçon de 5 ans, avec coproculture + à l'admission, toutes les coprocultures (5) effectuées jusqu'à ce jour (7. 6. 1951) sont restées + malgré un traitement prolongé et assez intense.

En conclusion on peut donc affirmer que la chloromycétothérapie est très efficace et généralement bien tolérée,

qu'elle doit être aussi précoce que possible,

qu'elle doit être suffisamment prolongée,

qu'elle doit être appliquée à tous les typhiques et paratyphiques, qu'il s'agisse de cas graves ou apparemment légers, que son pouvoir de nettoyage bacillaire est nul ou du moins douteux.

Il nous semble pourtant que la chloromycétine doit être maniée avec prudence, que le dosage doit être «individuel» et ne saura être standardisé et qu'enfin les complications, survenant au cours de la maladie, doivent éventuellement nous inciter à diminuer la dose et même à cesser temporairement le traitement.

La Goutte viscérale, existe-t-elle ?

par A. Mugler

Rendu écrivait «Tous les organes, tous les tissus semblent payer leur tribu à la goutte, et le transport de l'humeur peccante est un des dogmes médicaux qu'on admet sans discuter». C'était dire que la plupart des auteurs de cette époque admettaient comme étant de même nature que l'accident articulaire des accidents tels qu'une crise douloureuse précordiale signant l'angine de poitrine, des ictus avec aphasie ou apoplexie ou encore douleurs abdominales très violentes accompagnées de vomissement et de diarrhées. Ces accidents survenant brusquement au décours d'accès articulaires ou alternant avec eux et malgré leur caractère dramatique, pouvaient disparaître sans laisser de séquelles. Ils pouvaient aussi emporter le malade ou le laisser paralysé.

Cependant malgré la qualité des observations, les auteurs modernes s'expriment au sujet de la goutte remontée en disant que ces notions «ont une valeur historique» (Löffler et Koller) ou «qu'elles appartiennent pour beaucoup à la légende» (de Gennes) ou encore «qu'elles manquent de base scientifique» (Rimbaud et Anselme — Martin). Et pourtant les auteurs qui sont bien près de nier la goutte viscérale aiguë ne peuvent manquer d'éprouver quelques difficultés pour expliquer certains faits cliniques incontestables.

Nous tenons à revenir sur cette question litigieuse, d'abord parce qu'ayant l'occasion de voir un nombre notable de goutteux chaque année, nous avons été frappés de la relative fréquence dans leurs antécédents d'accidents viscéraux aigus ou subaigus, souvent réversibles. D'autre part dans une observation que nous rapportons ici et que nous avons présentée à la Sté de Médecine de Strasbourg en 1950 nous pensons avoir pu apporter la preuve thérapeutique de leur réalité.

Voici l'essentiel de cette observation:

Il s'agit d'un homme de 64 ans présentant un rhumatisme goutteux chronique qui avait débuté à l'âge de 56 ans. Cet homme exprimait de temps en temps des tophi de ses oreilles. Cliniquement l'examen général ne montrait rien de notablement pathologique, en particulier la tension artérielle était de 13/10, sauf les signes d'un rhumatisme généralisé articulaire déformant et des lésions typiques de goutte au niveau des articulations des

doigts, avec de petits tophi. A noter que l'uricémie se maintenait à la limite supérieure de la normale: 4,9 mg % et que le malade ne supportait pas la Colchicine par la bouche.

En juillet 1949, le malade présente des céphalées progressivement croissantes avec une sensation de casque serrant son crâne. Très progressivement en quelques jours le malade constate une difficulté croissante à lire le journal qu'il trouve «idiot», parce qu'il ne comprend plus ce qu'il lit. D'autre part il trouve qu'on lui parle «petit nègre» et enfin il a une difficulté de plus en plus marquée à trouver ses mots. Le 26 juillet le malade se rend normalement à notre cabinet mais il est parfaitement incapable de s'exprimer, de lire, de comprendre ce qu'on lui dit. Autrement dit, il présente une aphasie portant sur la compréhension auditive, verbale, de l'écriture et une aphasie motrice. Cependant le sujet comprend fort bien les signes que nous lui faisons d'avancer, de s'asseoir, de tendre son bras etc... ce qu'il exécute correctement. A l'examen neurologique nous ne trouvons aucun signe de paralysie périphérique, il n'y a pas de paralysie de la langue. La tension artérielle est de 14/7.

Vu à 15 heures, et après mûre réflexion, ayant soupçonné la possibilité d'un accident goutteux cérébral, comme en décrivaient les anciens auteurs, nous avons pris la responsabilité de n'injecter à ce malade strictement que de la Colchicine par voie intra-veineuse. Déjà après 10 minutes nous avons eu l'impression d'une amélioration, le malade ayant rassemblé les mots: j'ai... euh... eu... une... attaque.

Mais c'est à 18 heures 30 qu'après une deuxième injection de 2 cc de Colchicine, devant les personnes de son entourage et en notre présence, qu'une modification spectaculaire s'est opérée sous nos yeux. Le malade comprend nettement ce qu'on lui dit, il parle lentement, mais de façon intelligible et se sent subjectivement bien mieux, en particulier en ce qui concerne les céphalées.

Un dosage d'acide urique pratiqué le soir même, montre une uricémie à 7,7 mg, taux jamais égalé jusque là. Et chose importante le malade nous signale des picotements au grand orteil et dans les doigts. Le lendemain nous avons été amené à réinjecter une fois 1,5 cc, deux fois 1 cc, et chaque fois le tableau s'est amélioré d'un palier net, de sorte que le soir le patient était pratiquement revenu à l'état normal, lisant le journal, discutant affaires, toutes choses qu'il ne pouvait plus faire depuis 5 jours au moins.

A la suite de cet incident le malade a pu reprendre son activité normale de marchand de vins en gros, dirigeant lui-même son affaire. Cependant durant les 20 mois où nous avons pu le suivre, il a présenté à trois reprises, des poussées de céphalées en casque, avec légers troubles de la mémoire, avec chaque fois hyperuricémie: 6,2—7 mg par litre.

Mais chaque fois la Colchicine injectée par voie intraveineuse rétablit la situation. Etant donné le peu de renseignements que l'on possède sur l'action de la Colchicine dans les ictus banaux nous avons injecté à titre de contrôle à plusieurs cas (une dizaine) des doses comparables de Colchicine sans résultat favorable.

L'évolution de cet accident cérébral subaigu chez un goutteux, qui s'est accompagné d'une poussée d'hyperuricémie, et de signes d'un accès mineur aux extrémités (orteil) et qui a cédé de façon spectaculaire au traitement par la Colchicine nous semble permettre d'affirmer qu'il s'agissait d'un accident viscéral d'origine goutteuse. (sur le sens duquel nous reviendrons).

Lécorché et d'autres auteurs avaient signalé ce genre d'accident, mais leur interprétation n'avait pas eu de crédit, probablement parce que l'administration de la preuve thérapeutique n'avait pu être donnée aussi franchement qu'avec la Colchicine par voie intra-veineuse. Encore faut-il remarquer que certains cliniciens craignaient de se servir du Colchique dans les accidents viscéraux.

En ce qui concerne d'autres localisations possibles de mêmes caractères cliniques sur d'autres parties du système nerveux, on a publié des cas de méningites goutteuses. (Carrière, Mathieu et Colesson en 1930.) ¹⁾ Nous pouvons témoigner avoir vu apparaître chez un de nos malades goutteux une sciatique franche, qui se résorba de même rapidement sous l'effet de la Colchicine. Nous citerons encore un cas de paralysie faciale chez un goutteux avéré chez qui seule la Colchicine apporta un soulagement rapide. Ce malade a présenté par ailleurs un accès viscéral pancréatique aigu qui a évolué de même.

Peut-être trouvera-t-on que nous sommes bien chanceux, mais ne serait-ce pas simplement parce que nous y pensons plus souvent qu'on ne le fait d'ordinaire?

Après Sydenham, des cliniciens tels que Peter, Lasègue, Letulle avaient observé des fluxions aiguës ayant toutes les caractéristiques de l'accès goutteux au niveau des parotides, des amygdales, des testicules. Par ailleurs, Finck, notre prédécesseur à Vittel qui était un grand connaisseur de la goutte, a personnellement traité par le Colchique une telle fluxion parotidienne brutale, chez un goutteux de 60 ans, et a vu rétrocéder très rapidement une symptomatologie extrêmement intense. Il cite lui-même Deglos qui avait obtenu auparavant un semblable résultat. D'ailleurs le malade de Finck connaissant alors ce fait a retrouvé le même fait lors de plusieurs fluxions semblables ultérieures.

Il y a de même tout un chapitre de pathologie cardiovasculaire dont l'étiologie goutteuse est à discuter. La phlébite goutteuse semble être la plus facilement acceptée (Bezançon,

¹⁾ Mathieu et Colesson - Revue Médicale de l'Est - 1930 - T. 58 N° 21 - p. 769—779 - La Méningite Goutteuse.

Weil et de Gennes)¹⁾, et dont 3 cas ont été récemment publiés par Pellet.²⁾ Par contre, l'accident aigu artériel qu'il soit cérébral comme nous le pensons pour le cas cité plus haut, ou coronarien, semble avoir beaucoup plus de peine à s'imposer. Et cependant sans en avoir la preuve thérapeutique jusqu'ici, nous connaissons deux cas tout à fait nets de coronarite aiguë apparue chez des sujets gouteux, et qui par la brusquerie de leur apparition et leur disparition, n'ont en rien affecté la vitalité ultérieure des malades. Chez l'un d'eux, sujet jeune de 26 ans, l'électrocardiogramme ne montra plus de séquelles tandis que chez l'autre, plus âgé, 40 ans, il persistait des indices électriques d'infarctus. Nous aimerions citer une observation récente de Margolis³⁾ où une néphrite toute passagère s'inséra brutalement entre des accès de goutte.

Mais le fait qui a contribué le plus à faire nier l'existence de la goutte viscérale aiguë est la fréquence des lésions scléreuses artérielles diffuses chez les gouteux et l'on a voulu tout rattacher à des accidents banaux par ischémie vasculaire banale scléreuse. Cependant il n'y a aucune objection à ce que ce soit précisément dans les territoires moins vascularisés par suite d'une sclérose articulaire, cérébrale, coronarienne ou autre, que les phénomènes fluxionnaires aigus, brutaux qui caractérisent l'accès de Goutte se produisent, nous dirons même électivement. Mais dans ce cas la goutte ajoute quelque chose de spécifique à l'état vasculaire préexistant et ce quelque chose rétrocede sous l'effet de la Colchicine. *Il y a là une conclusion thérapeutique extrêmement importante.*

Ceci explique aussi que chez les sujets jeunes à artères saines, ces accidents sont plus réversibles et peut-être plus aigus que chez le gouteux âgé. Mais leur existence sans lésion artérielle préexistante nous semble un fait clinique certain. C'est ainsi que le jeune malade qui avait présenté un accident coronarien sans séquelles, avait présenté des signes d'artérite du membre inférieur confirmés par l'oscillographe, lesquels signes ont de même rétrocedé entièrement à l'étonnement du patient, lui-même médecin.

Pour conclure, nous dirons avec notre confrère, le Dr Jouquan: «Quand le ciel est parcouru de gros nuages chargés d'électricité, il va forcément y avoir des étincelles: la foudre tombera sur une maison, un arbre, un clocher... Le point de chute sera déterminé par des circonstances occasionnelles, en somme, secondaires.»

¹⁾ Bezançon (F.) - Weil (M. L.) - de Gennes (L.) - Les formes atypiques de la goutte aiguë - Presse Médicale - 7 Av. 1925 p. 317.

²⁾ Pellet (Ch.) - Sur Trois cas de Phlébite gouteuse - Revue du Rhumatisme 1948 - 15^e Année N° 3.

³⁾ Margolis et Caplan: Treatment of Gouty Arthritis with ACTH J.A.M.A. - Vol. 142 - N° 4 - 1950 - p. 256.

Le Professeur de Gennes écrivait dans son rapport sur «Les Formes Cliniques aiguës de la Goutte» au Congrès de la Goutte à Vittel en 1935: «Cependant l'organicité n'explique pas tous les faits de goutte remontée, nous avons pu observer tous des faits troublants inexplicables, au cours desquels un accident viscéral brusque, survenu soit au cours, soit au décours d'un accès de goutte, se produit isolément sans qu'à l'autopsie on puisse déceler aucune lésion d'organe.»

C'est bien là, la définition de l'accès de goutte viscérale.

Effectivement, la goutte est une maladie métabolique qui détermine des accidents fluxionnaires et exsudatifs du type allergique au niveau des articulations. *Mais on ne conçoit pas pourquoi seules les articulations pourraient être le siège de ces phénomènes exsudatifs aigus*, alors que de plus en plus on décrit des lésions extra-articulaires de toutes les maladies à localisations surtout articulaires.

Pour expliquer l'accident aphasique que nous avons décrit dans ce travail, nous nous référons à l'interprétation que Rimbaud et Anselme Martin (Loc. cit.) donnent en parlant de la possibilité de tels cas: «ils peuvent être attribués à une poussée oedémateuse ayant les mêmes causes que la fluxion articulaire.» Nous souscrivons d'autant plus à cette explication qui a été la nôtre, que nous avons pu démontrer l'action antiphlegmatique de la Colchicine sur les oedèmes allergiques ¹⁾.

Conclusion: Si la «goutte remontée» a été fréquente quand il y avait beaucoup de gouteux, elle n'en existe pas moins. Ce n'est pas tellement pour nous mêler à une vieille discussion, que pour apporter notre contribution à cette question et parce qu'il y a une conclusion à tirer: *Lors d'un accident viscéral brutal chez un gouteux, une chance de le sauver est de lui injecter d'urgence de la Colchicine. L'existence de la goutte viscérale ne doit plus être mise en doute.*

¹⁾ A. Mugler: Action de la Colchicine sur les accidents allergiques Annales de Médecine - oct. - 1950 - N° 5 - p. 495.

Lithiases et insuffisances biliaires

RHÉOCHOL

ῥέω-χολή

Le cholagogue complet

Evacuant

Antispasmodique

Lipotropique

1 à 3 cuillerées à café dans un verre d'eau tiède
le matin à jeun

Insuffisances hépatiques

MÉTHIOCHOL

Complexe lipotropique + Vitamine B₁₂

Régénérateur du foie

Granulé : 1 cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau
à chacun des deux principaux repas

Dragées : Avaler 3 dragées avec un peu d'eau à chacun
des trois principaux repas

Manufacture de Produits pharmaceutiques
A. Christiaens S.A. - Bruxelles



Introduction à l'Etude de la Silicose dans le Gr.-Duché de Luxembourg

par Jean Harpes

Parmi les pneumoconioses, la silicose pulmonaire est sans contestation l'affection coniotique qui cause les dégâts définitifs, et les infirmités durables les plus graves; elle donne lieu souvent à des actions d'indemnisation de la part des victimes, car dans la plupart des pays civilisés cette affection est classée parmi les maladies professionnelles.

Les autres pneumoconioses, par exemple celles provoquées par la chaux (chalicose), le charbon (anthracose), le fer (sidérose) ne provoquent pas l'irritation du poumon, et sont donc généralement inoffensives. En ce sens elles n'entraînent pas le droit à une réparation légale.

Provoquée uniquement par l'inhalation plus ou moins prolongée de poussières qui contiennent du dioxyde cristallin de silice, SiO_2 (bien plus rarement par les silicates), la silicose pulmonaire prend son origine par le charriage au centre des bronchioles du silice à l'état colloïdal (et non par le traumatisme de petits cristaux de silice anguleux au contact du parenchyme pulmonaire, comme on l'admettait autrefois). Ce colloïde se dissout dans les bronchioles terminales, et même dans les alvéoles pulmonaires; de plus il peut être charrié par les vaisseaux lymphatiques et produit des irritations et inflammations du tissu pulmonaire.

La condition de la nocivité de la silice semble dépendre, d'après les recherches de nombreux savants, d'une proportion minimum de plus de 10 % de silice libre de la roche ou du matériau ouvré. Les particules novices inhalées mesurent généralement moins de dix μ .

C'est en Afrique du Sud, dans les mines diamantifères du Rand, où les ouvriers sont exposés à respirer d'abondantes poussières de roches siliceuses que les premières constatations de silicose pulmonaire furent faites (phtisie des mineurs). De nombreux savants, ingénieurs industriels tant que médecins, se mirent à étudier la question.

De l'Afrique du Sud, les recherches s'étendirent dans différents pays industriels: Grand-Bretagne, Etats-Unis, Allemagne, France, Italie.

Bientôt la maladie fut considérée comme risque et dommage professionnel et la législation sociale de ces pays évolua dans le sens d'une réparation et indemnisation équitable des victimes.

De nombreux savants se lancèrent sur le problème: il convient de citer Gardner aux Etats-Unis, Policard en France, Lochtkemper en Allemagne, de Quervain en Suisse etc.

Il serait intéressant d'étudier, au cours de cette introduction, les industries situées au Grand-Duché, qui sont susceptibles de produire la silicose au sens légal.

Les études sur ce sujet sont restreintes chez nous, puisque le risque, malgré qu'il existe réellement, n'est pas très étendu. A ma connaissance la question n'a été traitée jusqu'ici que par une étude du Dr. Robert Reuter, publiée dans les mémoires de la Société des Sciences Médicales.

Quelles sont, au Grand-Duché, les industries et occupations qui produisent la silicose pulmonaire?

1) Les fabriques de carreaux céramiques (Wasserbillig), de briques (Bettembourg), de porcelaines ou de faïences (Septfontaines) qui utilisent comme matière première des matériaux fortement silicéux, tels le kaolin, les argiles ou terres argileuses entrant dans la composition des objets figurés. Généralement dans ces ateliers céramiques, l'atmosphère est fortement empoussiérée produisant un risque modéré mais généralisé (silicose légère et très légère).

2) Les usines et fonderies de fer, utilisant les produits réfractaires pour le revêtement des fours (obtention de hautes températures de fusion des métaux, 1500—1600 degrés pour l'acier); le métal liquide doit être coulé en moules aussi réfractaires, d'où l'utilisation de sable et de la chaîne d'opérations: moulage, noyautage, démoulage, ébarbage, polissage, dessablage, régénération du sable.

Les minerais de fer extraits de certaines couches géologiques (bassin de Differdange) alternent avec des strates hautement siliceuses, de sorte que l'on peut admettre la possibilité de l'existence d'une silicose professionnelle chez les mineurs de fond travaillant dans le bassin de Differdange.

D'autre part, la molécule de minette contient elle-même une proportion de silice restant bien en-dessous de la limite nocive de 10 % signalée plus haut; de ce fait, la silicose proprement dite est inconnue chez nos mineurs du fer, du moins dans le bassin calcaro-ferreux d'Esch-Audun-le-Tiche.

3) Les carrières de grès liasiques et triasiques, de sable, de schiste, d'ardoises (Ernzen, Gilsdorf, Mertzig, Bettendorf, Senningen, Haut-Martelange, Asselborn, etc.) Les ballastières (Ehnen, Gilsdorf, etc.)

Le grès de Luxembourg contient une proportion variable de silice: les roches extraites des carrières d'Ernzen et de Gilsdorf sont particulièrement connues pour la grande fréquence de silicose chez les ouvriers, suivies immédiatement par les autres. Quant aux ardoisières, notre maladie professionnelle est bien plus rare chez les ouvriers s'occupant de l'abattage et du façonnage de schistes et ardoises.

Incidemment, et d'une façon exceptionnelle, la silicose peut se déclarer, dans notre pays, chez un certain groupe d'ouvriers travaillant au burinage, et au meulage (par exemple chez les remouleurs ambulants), si la meule est faite de grès. De même, chez les ouvriers et ouvrières s'occupant du conditionnement et de la mise en paquets des *abrasifs* et produits d'entretien et de nettoyage, à base de quartz ou de sable, ce qui est également exceptionnel. On pourrait concevoir l'apparition de la silicose professionnelle chez tel maçon qui s'est occupé durant de longues années à façonner, à ajuster, et à figoler des pierres en grès.

Selon Gardner, le diagnostic de silicose pulmonaire exige trois conditions:

1) l'anamnèse professionnelle, c'est-à-dire l'enquête précise sur la durée et le genre de travail avec des matériaux contenant de la silice libre (ou des silicates).

2) un syndrome clinique grave se manifestant par des altérations pulmonaires produites par la silice (nodulation ou infiltration du parenchyme produisant de la dyspnée de repos ou d'effort, des troubles fonctionnels pulmonaires, et souvent une atteinte secondaire du coeur droit).

3) et surtout, la démonstration par l'examen radiologique (scopie et film standard) de la présence de la silicose pulmonaire. Cette image évolue en trois stades: réticulo-nodulaire, nodulaire, pseudo-tumoral; piqueté fin, d'abord, puis chagriné, nodulation nette, image «de papillon», tempête de neige, et enfin infiltration tumorale dense.

Quoique la législation belge exige l'examen de laboratoire complémentaire: «.... présenter habituellement dans les expectorations des phagocytes contenant des poussières silicieuses microscopiques....» (arrêté belge du 27 octobre 1941), les résultats de laboratoire apportent généralement peu d'appoint au diagnostic de la silicose.

Cette maladie est une affection grave, qui augmente de fréquence; d'après Thomas, en Belgique, 49 % des mineurs retraités en 1938 l'étaient pour affection pulmonaire, silicose surtout; en 1945, ce chiffre est porté à 62 %. En Angleterre, la silicose représentait en 1935, 18 % des maladies professionnelles; elle atteignit 51 % en 1938.

Mais, dans la législation étrangère, notre affection n'est considérée comme maladie professionnelle que dans le cas où elle cause une *infirmité notable* ou si elle est couplée avec la *tuberculose*.

Le dépistage des cas de silicose pulmonaire, particulièrement ceux du début, où un évincement de l'ouvrier peut encore parer à une évolution désastreuse, est grandement aidé par l'étude des antécédants professionnels et l'examen clinique, mais il ne peut vraiment être confirmé que par l'examen radiologique.

Le radiodiagnostic en série par la radiophotographie des communautés de travail et des groupements professionnels, tel qu'il est pratiqué chez nous depuis un certain temps, grâce à l'heureuse initiative du médecin-directeur de la Santé Publique, est appelé à fournir les plus grands services dans le dépistage systématique de notre pneumoconiose. Il est vrai que tous les phthisiologues et radiologues s'accordent à reconnaître l'insuffisance de cette même radiophotographie. (Lecœur, Ledoux-Lebard). Fletscher a démontré que la radiophotographie en 35 mm. ne donne qu'une approximation de 38 % de résultats corrects, alors que le film standard en donne 67 %. Dans la silicose, ce sont surtout les débuts (trame arachnéenne, léger chagriné, fin pointillé en «pin-head») qui sont difficilement saisis par la technique en trois étapes d'agrandissement de la radiophotographie. Il s'agit donc, surtout en matière de silicose, de faire contrôler toute donnée, tout document photographique quelque peu douteux par la radioscopie, faite par un opérateur expérimenté, et par la prise d'un film 35-40 cm.

Qu'il me soit encore permis de citer in extenso la législation luxembourgeoise concernant les silicoses:

Dans un arrêté grand-ducal du 31 mars 1939, portant modification de l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928, concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles, il est stipulé ce qui suit:

Art. 1er. — Les effets de l'assurance obligatoire contre les accidents sont appliqués aux maladies d'origine professionnelle énumérées au tableau formant annexe au présent arrêté, lorsqu'elles sont causées par l'occupation professionnelle spécifiée en regard de la maladie.

Art. 2. — Le tableau des maladies professionnelles auxquelles les effets de l'assurance obligatoire contre les accidents sont rendus applicables formant annexe à l'arrêté prévisé est remplacé par le tableau formant annexe au présent arrêté.....

Silicose. — Tous travaux exposant à l'inhalation de poussières fines d'oxyde de silice ou de silicates pouvant provoquer une silicose:

- a) dans les minières souterraines du bassin minier où les ouvriers travaillent dans les couches siliceuses;
- b) dans les tailleries et le façonnage de pierres des couches de grès liasique et triasique;
- c) dans la fabrication de produits céramiques.

Contrairement à la législation étrangère qui exige une certaine gravité de la maladie avant d'accorder une réparation, la loi luxembourgeoise ne prévoit pas le degré de la silicose à partir duquel elle donne droit à l'indemnisation de la part de l'association des assurances contre les accidents, section industrielle; l'appréciation de la gravité et la mise en marche de l'action d'indemnisation est laissée d'abord au gré du médecin traitant: le médecin-conseil dudit office, enfin les experts devront juger de la recevabilité du cas.

La législation luxembourgeoise ne prévoit pas non plus l'existence de silicose pulmonaire chez les travailleurs des ardoisières et des carrières schisteuses; or, cette étiologie est pourtant indubitable.



Dans une seconde partie de cette courte étude, je présenterai une série de cas avec histoire clinique complète, anamnèse professionnelle, et radiographies pulmonaires à l'appui, provenant des différentes industries silicogènes du Grand-Duché, que j'ai citées plus haut; ce sera l'occasion d'approfondir la symptomatologie et d'insister sur l'aspect radiologique variable de la silicose pulmonaire.

(à suivre)



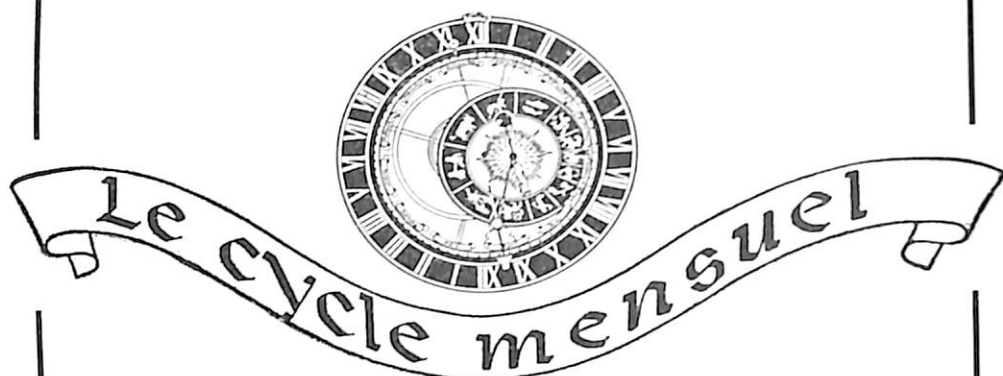
SOLURIC

Le remède spécifique pour la cure de toutes les manifestations urinaires (Rhumatisme, arthritisme, goutte, gravelle, sciatique etc.) chroniques ou aiguës.

 LA SINTETICA, A.G. CHIASSO

REPRÉSENTANT pour le
Grand Duché de Luxembourg

PROPHAC
RUE BAUDOUIN, 25
LUXEMBOURG
Téléphone: 30-73



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 DESSAYER LE DISMÉNOL.



REPRÉSENTANT GÉNÉRAL POUR LE GR.-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

PROPHAC

25, rue Baudouin

LUXEMBOURG

Téléphone: 30-73

Les Oestrogènes ont-t-il une Action abortive au Cours de la Grossesse humaine?

par J. Paul Pundel

Jusqu'il y a peu d'années, la progestérone était considérée comme l'hormone idéale, unique, spécifique de la conservation de la grossesse, donc la seule applicable au traitement des troubles gravidiques fonctionnels: menaces de fausse couche, menaces d'interruption spontanée prématurée de la grossesse, avortements répétés.

Depuis les recherches de Corner et Allen (1930) sur le rôle et l'importance du corps jaune et de la progestérone aussi bien pour la nidation de l'oeuf que pour l'entretien normal de l'évolution physiologique de la grossesse, c'est cette hormone qui a été préconisée comme seule spécifique pour le traitement de ces troubles. D'un autre côté, la folliculine à la suite de l'expérimentation sur l'animal a acquis la réputation d'être abortive.*)

Mais les recherches des dernières années et l'expérience journalière des obstétriciens sont venues ébranler fortement cette conception qui semble être basée plus sur des théories que sur des faits et résulter d'une transposition non justifiée de données expérimentales animales à l'endocrinologie fonctionnelle de la grossesse humaine.

*) Nous ne nous occuperons pas ici de la vitamine E (alpha-tocophérol), dénommée parfois facteur de fertilité, car jusqu'à présent, nous ne disposons d'aucune preuve formelle qu'elle intervienne dans la physiologie gravidique ou génitale humaine. On sait seulement que chez le Rat l'avitaminose E crée une dégénérescence testiculaire chez le mâle. Chez la femelle, elle ne s'oppose pas à la conception, mais les foetus meurent in utero et sont résorbés. Pour le moment, le terme de facteur de fertilité accordé si généreusement à l'alpha-tocophérol est uniquement valable pour le Rat. Chez l'Homme cependant, la vitamine E a une action thérapeutique autre, consistant essentiellement dans une intervention dans la formation du collagène et probablement dans la coagulation sanguine. La vitamine E est donc un autre exemple de ce qu'il ne faut pas transposer trop rapidement des conclusions de l'expérimentation animale à la physiologie humaine.

1. La progestérone.

Si dans certains cas de menace d'avortement et surtout dans la prophylaxie de l'avortement habituel, l'administration de progestérone à la femme enceinte a contribué indiscutablement à conduire une grossesse au terme normal, il n'en est pas moins vrai que dans d'autres cas, les obstétriciens ont eu l'impression nette que la progestérone s'est avérée inefficace pour éviter une fausse couche; parfois la menace a été accentuée (Peterson, 1947), parfois il semble même que la progestérone pourrait l'avoir provoquée (Guillemin, 1948, Auclair, 1948).

Magendie, Boursier et I. Bernard (1950) ont également observé que la progestérone peut provoquer parfois dans les menaces d'avortement l'expulsion. Mais il s'agit alors en général d'oeuf mort. Ils recommandent pour cette raison de s'assurer toujours par les dosages biologiques de la vitalité de la grossesse avant d'instituer un tel traitement.

Déjà Ostergaard (1940) avait attiré l'attention sur le fait que la déficience d'élimination du pregnandiol à elle seule n'est pas un facteur décisif de l'accident d'avortement spontané. D'autres auteurs disent que l'administration de progestérone dans les menaces de fausse couche n'a que peu de succès à son actif (Smith et Smith, 1950, Guterman et Tulskey, 1949); pour Ostergaard (1940) son effet est même douteux. Mais Guterman et Tulskey (1949), font remarquer que les doses administrées en général sont beaucoup trop faibles. En effet, si l'on veut faire augmenter une élimination de pregnandiol déficiente de 10 mg. il faudrait donner au moins des doses journalières de 100 mg de progestérone et de telles doses sont pour le moment économiquement impossibles. Et encore faudrait-il prouver leur efficacité certaine.

Mais ce n'est pas l'avis de tout le monde. Pigeaud (1949) notamment reste un ardent défenseur de la progestérone et il a publié une petite série de résultats évidents. Il arrive à la conclusion que la progestérone n'est pas et ne peut pas être active dans les grossesses pathologiques où l'oeuf est altéré, anormal. Mais les cas où l'oeuf est normal réagissent favorablement.

Notre propre expérience de la progestérone comme agent thérapeutique des menaces de fausse couche ne porte pas sur une série suffisamment grande pour avoir une valeur statistique indiscutable comme celle de Guterman et Tulskey, mais notre impression est cependant que la progestérone aux doses quotidiennes de 10 à 30 mg n'est pas toujours active et que dans certains cas elle est complètement inefficace.

A notre avis, il faut distinguer à l'action de la progestérone au point de vue clinique deux modes d'activité:

1° L'action calmante sur le myomètre. Elle peut être obtenue aux doses thérapeutiques généralement utilisées (10 à 30 mg par jour). Or, ce facteur est important dans le développement de

grossesses jeunes. La contraction ou la contracture utérine ou la résistance musculaire pariétale anormale gênant le développement de l'oeuf, faciliterait son décollement partiel ou progressif.

2° L'action favorisante directe sur la nidation de l'oeuf et sa fixation. Là, il semble que les doses que nous utilisons sont insuffisantes ou que l'hormone n'est pas appropriée.

2. Les oestrogènes.

Beaucoup de gynécologues et obstétriciens ont été fortement impressionnés ces dernières années par l'annonce que les oestrogènes seraient plus efficaces dans la prophylaxie et le traitement des menaces de fausse couche et d'accouchement prématuré que la progestérone. Et antérieurement on avait proclamé que les oestrogènes avaient une action abortive! Alors pas mal de médecins ont commencé à douter sérieusement des progrès de la médecine et de la science médicale tout court. Notons que des médecins agissant de bonne foi, ont même été condamnés pour avortement pour avoir administré des oestrogènes à des femmes enceintes.

Comment expliquer cette apparente contradiction? Tout d'abord la réputation des oestrogènes d'être abortifs provient uniquement de l'expérimentation animale, dont les conclusions ne peuvent pas être transposées directement, sans vérification, à la physiologie humaine. En effet, depuis les recherches de Smith (1926) on savait que l'administration de folliculine s'oppose à la gravidité chez le rat, la souris et le cobaye ou déclenche l'abortus si la femelle est pleine.*) D'autres recherches sont venues confirmer ces résultats. Mais la folliculine n'a cette action abortive que chez les petits animaux de laboratoire comme le rat, la souris, le cobaye et le lapin. Chez la chienne, les oestrogènes ne sont abortifs que dans les deux premières semaines de gravidité et chez la chatte, elles empêchent seulement la nidation, mais sont incapables de déclencher l'avortement, si l'administration de ces hormones commence après la nidation.

Chez les primates, Marker et Hartman (1940) ont pu provoquer la mort du fœtus chez le *Macacus rhesus* par l'injection d'une dose totale de 1,09 mg d'oestrone. Mais à notre connaissance cette observation est restée unique.

Quant à la prétendue action abortive chez la femme, on n'a jamais encore pu la prouver et Portes, Varangot et Granjon (1943, 1945) la considèrent à juste titre comme une légende. Tous les auteurs qui ont administré des oestrogènes à des femmes enceintes pour des raisons diverses, parfois même dans le but d'un avortement thérapeutique, s'accordent pour affirmer que ces hormones sont incapables de provoquer l'avortement chez la femme dont la grossesse est normale (Robinson, Datnow et

*) Voir Courrier: *Endocrinologie de la gestation*. Masson, Paris, 1935.

Jeffcoate, 1935, Bourne, 1934, Buschbeck, 1936, Birgus, 1936, Tapfer, 1940, Belonoschkin, 1940, Portes, Varangot et Granjon, 1943, 1945; McCausland, 1943). Même l'adjonction de quinine et d'extrait de posthypophyse à des doses totales allant jusqu'à 680 mg de folliculine n'a pas réussi à déclencher un avortement (Robinson, Datnow et Jeffcoate, 1935).

Il en est tout autrement, si la grossesse est déjà au préalable fortement pathologique du fait de lésions ovulaires incompatibles avec sa conservation: manoeuvres abortives, mort foetale (Robinson, Datnow et Jeffcoate, 1935, Voron, Brochier et Contamin, 1934, Tapfer, 1940). Dans ces cas, il est évident que l'administration de folliculine peut avoir une action différente et provoquer dans certains cas l'expulsion du contenu utérin. Mais même alors, on n'obtient pas toujours une action abortive thérapeutique et nous disposons personnellement d'une observation d'un cas de rétention de fœtus mort au huitième mois où l'administration de 60 mg de benzonate d'oestradiol n'a pas réussi à déclencher le travail.

Van Meensel (1950) et nous-mêmes avons administré à une série de plus de 20 femmes enceintes, dont la grossesse était normale, des doses importantes d'oestrogènes, allant jusqu'au total de 10 grammes d'hexadioestrol (diénoestrol) dans le but d'étudier les réactions vaginales et dans aucun cas, nous n'avons observé d'action nocive ni sur l'évolution de la grossesse, ni sur le fœtus lui-même.

A la lumière de ces constatations cliniques et expérimentales nombreuses et indiscutables, nous estimons que chez la femme enceinte, les oestrogènes administrés même à doses massives n'ont pas d'action abortive. Au contraire, comme nous allons le voir par la suite, les oestrogènes méritent même une place importante dans la thérapeutique des menaces d'interruption spontanée prématurée de la grossesse. *Ils sont donc des eutociques et non des abortifs.* La médecine légale et la jurisprudence ne peuvent donc pas rendre responsable d'avortement un médecin qui a administré de bonne foi des oestrogènes à une femme enceinte, si malgré tout une fausse couche s'est déclarée par la suite.

Déjà en 1940, Smith et Smith ont commencé à administrer non plus de la progestérone seule dans les menaces d'avortement, puisque cette thérapeutique ne leur avait pas donné les résultats espérés, mais simultanément de la progestérone et des oestrogènes. Et ces auteurs ont vu s'améliorer leurs résultats. Ils expliquent cette action adjuvante des oestrogènes par la théorie que les produits d'oxydation des oestrogènes détermineraient une stimulation de la production progestéronique dans l'organisme (Smith, Smith et Schiller, 1941). Cette thérapeutique combinée est ensuite mise à l'épreuve également par Vaux et Rakoff (1945, 1946) qui administrent simultanément 10.000 U. I. de benzoate d'oestradiol et 10 mg de progestérone en I. M. deux à trois fois par semaine.

Mais bientôt Smith et Smith de même que Karnaky abandonnent complètement la progestérone au profit d'une thérapeutique uniquement oestrogénique (Karnaky, 1942, Smith, Smith et Hurwitz, 1946, Smith, 1948, Smith et Smith, 1949, Karnaky, 1949).

Après des tâtonnements au sujet de la dose optima, ces auteurs sont actuellement arrivés à la conclusion qu'il faut administrer des doses croissantes d'oestrogènes. Ils suivent ainsi les indications données par les courbes hormonales normales. Ils donnent en l'occurrence le diéthylstilboestrol, par exemple 10 mg par jour avant la sixième semaine, puis augmentent les doses à 25 mg vers la douzième semaine, à 50 mg vers la quinzième, à 100 mg, vers la vingtième et 125 mg vers la trente-sixième semaine (Smith, 1948). Karnaky (1949) va même plus loin et affirme que plus la dose journalière est grande, plus la femme a de chances d'arriver au terme avec un enfant vivant et qu'il est impossible de faire avorter une femme même avec des doses de 500 mg par jour ou une dose totale de 120 grammes pendant toute la grossesse.

Que peut-on attendre d'un traitement hormonal des menaces de fausse couche? Tous les auteurs qui ont étudié très en détail et les foetus et les placentas expulsés au cours de fausses couches spontanées (Mall et Meyer, 1921, Streeter, 1920, 1931, Huntington, 1929, Hertig et Edmonds, 1940, Rutherford, 1942, Hertig et Livingston, 1944, Kaeser, 1949, Colvin, Bartholomew, Grimes et Fish, 1950) s'accordent pour dire que plus de 40 % des fausses couches sont dues à des troubles de développement foeto-placentaire, et il en résulte qu'un certain pourcentage de grossesses sont vouées d'emblée à une interruption précoce, les lésions foeto-placentaires étant trop importantes pour être compatibles avec une évolution normale. Une lésion particulièrement fréquente est la dégénérescence molaire (Keller et Adrian, 1938, Hertig et Edmonds, 1940). On peut trouver des lésions microscopiques d'une telle dégénérescence dans plus de 60 % des cas de fausse couche spontanée. Si l'on envisage le problème sous cet angle, alors il devient évident qu'avec n'importe quel traitement anti-abortif, il faut toujours compter avec un pourcentage assez élevé d'échecs inévitables, et nous estimons que le chiffre de 85 % de succès ne peut guère être dépassé.

Certains auteurs ont soulevé un autre problème encore: l'administration de progestérone dans les menaces de fausse couche est-elle toujours sans danger? On sait que dans la surmaturité, le placenta est particulièrement riche en progestérone (Rosenkranz, 1939), de même le taux sanguin en progestérone est plus élevé (Hoffmann et von Lam, 1942). De plus, Murphy (1944) a publié un cas de menace de fausse couche qui a été traité par des doses importantes de progestérone. La grossesse a non seulement été conservée, mais a même dépassé le terme de vingt-six jours de sorte que l'enfant a dû être extrait par

césarienne. Il pesait 4.990 kg. Il serait aussi fort possible que par cette thérapeutique, on empêche l'expulsion d'un oeuf déficient et dans ce cas, au lieu d'avoir une fausse couche spontanée, le traitement conduira à «la naissance d'un malformé». Ces réflexions ont été présentées par Kane (1936) qui dans quarante cas de menaces de fausse couche traités par la progestérone et l'extrait thyroïdien a pu obtenir trente-six enfants vivants, mais dont quatre ont présenté des malformations. Le danger n'existe pas en principe uniquement pour des malformations, mais également pour la môle puisque la dégénérescence molaire du placenta est une cause importante des fausses couches (Keller et Adrian, 1938, Hertig et Edmonds, 1940, Kaeser, 1949). La progestérone pourrait peut-être favoriser l'extension de ces lésions en empêchant l'expulsion rapide de l'oeuf dégénératif (Rutherford, 1942). Pour le moment cependant, ce danger semble être uniquement théorique.

En collaboration avec Van Meensel, nous avons étudié la cytologie vaginale après administration d'oestrogènes et de progestérone à des femmes enceintes à grossesse normale et troublée dans son évolution, et nous avons fait les constatations suivantes qui sont particulièrement intéressantes, sinon bouleversantes:

Nos recherches antérieures nous avaient montré que le frottis vaginal est actuellement le test le plus facile et le plus fidèle pour apprécier le bilan hormonal génital de la grossesse, et que le frottis montre déjà des déviations de la normale avant l'apparition des signes cliniques de menace de fausse couche. Le trouble hormonal des menaces de fausse couche est pratiquement toujours une diminution de l'activité progestéronique permettant une prédominance oestrogénique fonctionnelle. Il se manifeste dans le frottis vaginal par l'apparition d'une éosinophilie anormale (signe d'activité oestrogénique). Si l'on administre à une femme en menace de fausse couche des oestrogènes, par ex. 100 mg de distilbène, alors on peut observer deux choses: ou bien l'éosinophilie vaginale diminue et le frottis reprend un aspect progestéronique, et dans ce cas, le traitement est efficace, ou bien l'éosinophilie augmente davantage, le vagin réagissant aux oestrogènes comme chez la femme non enceinte. Alors l'expérience nous a montré que la grossesse est vouée à l'interruption. Dans une série de 28 cas de menace de fausse couche, ainsi étudiés, nous avons constaté un échec aux oestrogènes dans 8 cas, et dans tous ces cas, nous avons pu examiner microscopiquement le placenta. Nous avons observé chaque fois des lésions anatomiques très graves, soit endométrite déciduale nécrotique, soit dégénérescence molaire, ou bien le fœtus a été déjà mort avant le début du traitement (dans 4 cas sur 8). Ces 8 grossesses ont donc été condamnées d'avance.

Le fait le plus curieux de cette étude est que dans les cas de traitement efficace, les oestrogènes ne déclenchent pas une

réaction vaginale oestrogénique, mais progestéronique, tandis que la réaction oestrogénique n'apparaît que si les lésions foeto-placentaires sont très graves. L'effet paradoxal des oestrogènes semble donc être lié à la présence d'un oeuf encore viable, ou mieux, d'un tissu chorioplacentaire encore fonctionnel ou à potentiel fonctionnel améliorable. L'administration de progestérone à des doses journalières intramusculaires de 20 à 30 mg n'a réussi à améliorer la cytologie vaginale dans le sens d'une accentuation progestéronique que dans 4 cas sur 15.



Comment expliquer cette action eutocique des oestrogènes dans les menaces d'interruption spontanée de la grossesse? L'expérimentation animale a depuis démontré que les oestrogènes favorisent la lutéinisation ovarienne chez la rate impubère (Hohlweg, 1934) et qu'ils pourraient intervenir comme facteur important dans la stimulation et surtout le maintien du corps jaune. Cette action a été vérifiée dans la suite par Desclin (1935) et Bourg (1949) chez la rate adulte. Ces auteurs ont notamment démontré que les corps jaunes pseudogestatifs ainsi créés sont actifs puisque le vagin se mucifie.

Les oestrogènes manifestent donc dans ces expériences une action de stimulation sur la production d'un facteur lutéotrophique qui ne semble pas être le facteur hypophysaire LH, mais très probablement la prolactine (Desclin, 1947, 1948). Signalons cependant les expériences d'Astwood et Greep (1938) qui ont pu démontrer une intervention complémentaire du placenta dans l'entretien du corps jaune actif. Ces auteurs n'ont pas pu provoquer des déciduomes traumatiques chez la rate en pseudogravité et hypophysectomisée, mais bien si l'on injecte aux animaux une suspension de placenta.

Chose curieuse, le vagin des animaux ayant reçu des doses massives d'oestrogènes (jusqu'à 60 mg en douze jours) est rarement kératinisé, mais présente le plus souvent une mucification du type gravidique (Bourg et Spehl, 1948, Bourg, Simon et Jaworski, 1949, Bourg et Simon, 1950), en rapport avec la lutéinisation des ovaires. La quantité de progestérone nécessaire pour bloquer l'action de doses si importantes d'oestrogènes doit être particulièrement élevée, ou la réactivité vaginale à la progestérone doit être influencée dans ces cas également par un troisième facteur particulier qui pourrait être justement ce facteur lutéotrophique. Mais des recherches plus détaillées doivent encore éclaircir ce fait expérimental intéressant.

Mais cet effet lutéotrope des oestrogènes ne s'observe pas chez toutes les espèces animales. Ainsi chez la souris, l'administration seule de folliculine n'a pas d'effet lutéotrope, ni chez la vache. Par contre, en dehors de la rate, cette réaction existe sûrement chez la truie.*)

*) Nous devons ces renseignements au Dr. W. Hohlweg, du Laboratoire de la Charité, Berlin, auquel nous présentons nos meilleurs remerciements.

Si ces faits expérimentaux peuvent servir de terme de comparaison, ils concernent donc la rate et la truie.

Une autre notion nouvelle et très intéressante se dégage des expériences suivantes:

Alloiteau (1950), dans le laboratoire de R. Courrier, a repris récemment les recherches sur le rapport antagoniste entre les oestrogènes et la progestérone chez la rate castrée. En injectant en même temps des doses quotidiennes de 2,5 γ d'oestradiol et des doses croissantes de progestérone, il observe que 250 γ de progestérone produisent un oestrus vaginal permanent, 750 γ un oestrus écourté de cinq à six jours, 1250 γ un oestrus très court de un à deux jours et 2500 γ un oestrus extrêmement éphémère, puisqu'il peut n'apparaître qu'à condition de faire des prélèvements biquotidiens. «Une dose quotidienne de 1250 γ de progestérone se montre capable de s'opposer à l'action kératinisante de l'oestradiol, quelle qu'en soit la dose injectée.» Il en conclut qu'au dessus d'une certaine quantité critique, la progestérone s'oppose aux effets kératinisants de doses énormes d'oestradiol, doses d'ailleurs certainement extraphysiologiques.

Chez la femme nous sommes encore livrés, plus que pour la physiologie animale, aux hypothèses. D'après la théorie de Smith, Smith et Schiller (1941) le diéthylstilboestrol prévient la déficience fonctionnelle prématurée de la sécrétion placentaire progestéronique qu'il stimule par ses produits d'oxydation au cours de son métabolisme dans l'organisme. Si cette théorie est vraie, alors on devrait observer dans les cas de menaces d'avortement une augmentation de l'élimination du pregnandiol au cours de la thérapeutique par les oestrogènes. Cette action favorisante des oestrogènes sur l'élimination du pregnandiol urinaire a été constatée par Smith et Smith (1949), tandis que Davis et Fugo (1947), Sommerville, Marrian et Clayton (1949) n'ont pas pu la mettre en évidence. Mais ces derniers auteurs n'ont étudié que des femmes ayant reçu des oestrogènes pendant une durée très courte. Seitchik (1950) lui aussi estime que les oestrogènes ne produisent pas une augmentation du pregnandiol urinaire dans les cas de menaces d'avortement traités au stilboestrol. Mais ce travail encourt un grave reproche. L'auteur présente uniquement les dosages du pregnandiol urinaire au cours du traitement et ces chiffres sont identiques à ceux obtenus au même mois de la grossesse chez vingt femmes enceintes normalement. Pour avoir une valeur réelle, de telles observations devraient comprendre également les chiffres du pregnandiol urinaire au départ, avant l'administration des oestrogènes.

Si nous envisageons d'autre part les résultats obtenus par Sommerville, Marrian et Clayton (1949) qui ont observé même

une diminution notable de l'élimination du pregnandiol *) chez quatre femmes enceintes recevant du stilboestrol à des doses de 30 mg et plus par jour, il faut donc reconnaître que ce point particulier mérite encore des recherches complémentaires avant que nous ne puissions nous faire une idée précise sur l'action des oestrogènes au cours de la grossesse et sur le mécanisme de leur effet thérapeutique. Quoi qu'il en soit, pour le moment, il en résulte déjà nettement que les oestrogènes sont loin d'être des abortifs, et nos propres observations parlent également en faveur d'une action eutocique du distilbène, du diénoestrol et de l'éthinyl oestradiol.

Mais cette dernière action ne semble pas consister uniquement dans une stimulation de la progestérone ou dans une augmentation de la potentialité de cette dernière, car on peut faire deux objections à cette théorie (Bourg et Simon, 1949):

1° La rapidité étonnante de l'action du diéthylstilboestrol même lorsque le processus de l'avortement paraît très avancé. Karnaky (1942) signale que chez une femme faisant une fausse couche de trois mois l'injection intramyométriale de 100 mg de stilboestrol dans 4 cc. d'huile entraîne un relâchement immédiat de la contraction observée par laparotomie.

2° Normalement l'activité du stilboestrol ne devrait se faire qu'au cas où il existe une diminution importante de la sécrétion de progestérone. Or, il existe également des fausses couches favorablement influencées et qui comportent une élimination sensiblement normale de pregnandiol.

Signalons encore que chez la femme ménopausée, Funnell, Keaty et Hellbaum (1951) ont pu démontrer que l'administration d'oestrogènes provoque une augmentation nette de l'élimination urinaire du facteur LH (luteinizing hormone). Ils en concluent que les oestrogènes déclenchent la libération de LH au niveau de l'hypophyse.

Sommers, Lawley et Hertig (1949) ont étudié l'histologie placentaire de grossesses traitées au stilboestrol et ils ont observé une augmentation du poids du placenta et de l'enfant. Le placenta est plus fréquemment du type circummarginé et renferme plus souvent des foyers de calcification et des thromboses intervillositaires. Par contre, ils n'ont pas pu observer de modifications spécifiques.

Si nous ne disposons pas encore de données plus précises pour expliquer le mécanisme d'action des oestrogènes dans les troubles d'évolution de la grossesse, il semble cependant que les modifications cytologiques du frottis vaginal observées au cours de tels traitements parlent pour une régularisation de l'activité

*) Ces auteurs estiment que l'augmentation du pregnandiol observée dans ces conditions en utilisant la technique de Venning ne provient pas en réalité d'une élimination unique de pregnandiol, mais encore de celle du glucuronidate de diéthylstilboestrol qui donne les mêmes réactions que le glucuronidate de pregnandiol.

progestéronique telle qu'elle nous apparaît dans ce test. Le frottis vaginal donnerait donc raison à la théorie de Smith et Smith (1941), mais nous ne disposons pour le moment d'aucune preuve indiscutable que cette action consiste dans une stimulation de la production de la progestérone ou seulement dans une accentuation de l'activité de cette dernière, peut-être par interférence d'un troisième facteur encore inconnu. Il faut donc se défier de conclure trop rapidement à une action lutéotrophique des oestrogènes synthétiques chez la femme gravide. Le problème est là tout différent, les données encore fort incomplètes; aussi est-il prudent de réserver son opinion jusqu'à plus ample informé.

Conclusions.

On n'a pas encore pu démontrer une action abortive des oestrogènes chez la Femme. Au contraire, ces hormones méritent une large place dans la thérapeutique des menaces d'avortement. Elles semblent être plus efficaces que la progestérone et ont encore l'avantage d'être d'une administration facile et d'un prix peu élevé. La cytologie vaginale est un test très fidèle de la surveillance d'un traitement anti-abortif. Quant au mécanisme d'action des oestrogènes au cours de grossesses troublées dans leur évolution, nous sommes encore relégués aux hypothèses.

(Travail du Laboratoire de Recherches de la Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Brugmann, Bruxelles. Chef: Prof. R. Bourg.)

Références.

Pour la littérature complète, nous renvoyons le lecteur aux deux ouvrages suivants:

Courrier R.: Endocrinologie de la gestation. — Masson et Cie, Paris, 1945.

Pundel J.-P. et *F. van Meensel*: Gestation et cytologie vaginale. — Edit. Desoer, Liège, Masson et Cie, Paris, 1951.

Le Test post-coïtal de Hühner, Test de Base de l'Exploration étiologique de la Stérilité conjugale

par J. Paul Pundel

Pour procréer un enfant, il faut être à deux. Cette vérité primaire semble être ignorée parfois par des médecins qui essaient de traiter la stérilité conjugale involontaire. Il n'est pas rare de voir arriver à la consultation de stérilité une femme qui a déjà subi antérieurement soit des traitements hormonaux, soit des interventions chirurgicales, sans qu'une seule fois, malgré l'échec de cette thérapeutique, le médecin traitant n'ait examiné le mari.

Dans un ménage stérile, le mari est en cause dans plus de 40 %. Les chiffres des grandes statistiques actuelles montrent pratiquement tous que le mari est complètement stérile dans 40 à 45 % des cas, et que dans presque plus de 90 % des maris on peut trouver des facteurs étiologiques absolus ou relatifs. On est loin des quelque 10 %, chiffre admis par les gynécologues d'il y a trente ans.

Quand une femme ou un couple vient consulter pour stérilité, la première recherche à faire est d'étudier si le mari n'est pas en cause. Le meilleur examen serait l'exploration directe du sperme du mari, mais nous savons tous que les hommes ne se prêtent pas facilement à cette investigation — ce qui explique pourquoi certains gynécologues hésitent tant à exiger cet examen. Pour ces raisons, nous commençons l'exploration étiologique de la stérilité par le test post-coïtal de Hühner qui a l'avantage d'être une épreuve fonctionnelle.

Rappelons vite quelques notions de physiologie sexuelle. Au cours du rapport sexuel normal, le sperme est déposé dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans ce lac spermatique baigne le col utérin qui, entre le 13^e et 18^e jour du cycle, manifeste une sécrétion particulière. C'est l'apparition de la glaire filante intermenstruelle accompagnant habituellement l'ovulation. Cette glaire attire les spermatozoïdes qui la pénètrent et commencent leur ascension intra-utérine à la rencontre de l'oeuf. La féconda-

tion se fait normalement dans la trompe. Nous devons nos connaissances physiologiques de base de l'ascension spermatique aux recherches de Séguy et Vimieux (1933).

D'autres études complémentaires sur le déterminisme de la glaire cervicale ont été faites par Moricard (1936) et Palmer (1941).

Le test de Hühner (1913), dont le principe avait déjà été indiqué par Marion Sims en 1866, consiste dans l'examen microscopique de la glaire cervicale prélevée après un rapport sexuel, dans le but d'y déceler des spermatozoïdes vivants. Tel est le test classique. Nous avons combiné cet examen direct à frais à celui des préparations colorées dans le but de rendre cette exploration plus complète (Pundel, 1950).

Technique personnelle

C'est vers le 14^e jour après le premier jour des règles que la glaire cervicale offre les meilleures conditions physiologiques pour la migration intra-utérine des spermatozoïdes. Comme cette période coïncide avec l'optimum de la fécondabilité, c'est donc pendant cette période qu'il faut faire les examens. Cependant, ces données ne correspondent qu'au cycle normal classique de 28 jours. Comme le cycle menstruel peut être de durée variable et peut présenter de plus des variations normales ou pathologiques du jour de l'ovulation, nous conseillons d'étudier simultanément le cycle par les frottis vaginaux séries ou la courbe de température pour déceler si le 14^e jour est réellement très voisin de la période de l'ovulation. S'il y a un décalage trop important, il est indiqué de reporter le test au jour de l'ovulation indiqué par la courbe de température ou la cytologie vaginale.

Nous recommandons aux femmes — tout comme pour le test classique de Hühner — d'avoir, après une période d'abstinence sexuelle d'au moins trois jours, un rapport au cours de la nuit, de préférence vers 7 heures du matin, et de se présenter à l'examen vers 8 heures.

Il est important d'avertir les femmes de rester couchées à plat sur le dos, ou mieux encore avec le bassin surélevé par un coussin, pendant une demie heure après le rapport, pour éviter une évacuation prématurée du sperme et de ne pas faire une injection vaginale. Certaines femmes, dans l'intention de bien faire, mettent un tampon d'ouate dans le vagin quand elles se lèvent, pour éviter une perte de sperme, mais ce procédé néfaste doit absolument être évité.

Avant d'examiner la femme, on prépare tout le matériel nécessaire: un flacon d'alcool-éther, plusieurs lames rodées à une extrémité pour pouvoir y écrire le nom, la date et la nature du prélèvement, des lamelles couvre-objet très propres, un spéculum, quelques palettes de bois d'une largeur de 3 mm, une pipette spéciale pour aspiration cervicale, quelques pinces à

pansement, des tampons de gaze, un nécessaire pour la détermination du pH (Ionoscrib).

La femme est placée en position gynécologique sur la table d'examen. Après insertion du spéculum (toujours sans lubrifiant), on met en évidence le col utérin et on examine et note l'aspect microscopique de l'épithélium vaginal, du col et de la glaire. On prélève ensuite avec une palette de bois du liquide vaginal du cul-de-sac postérieur et on en fait un étalement sur lame qui est plongée immédiatement dans le fixateur d'alcool-éther. Cette lame servira pour l'étude de contrôle du liquide vaginal. Ensuite, on fait un deuxième prélèvement identique que l'on place en forme de goutte sur une lame et que l'on recouvre d'une lamelle. Il servira pour l'examen direct à frais. Le troisième prélèvement portera sur la glaire exocervicale que l'on prélève avec une palette de bois ou une pince à pansement. On en déposera une bonne goutte sur une lame et on la recouvre d'une lamelle. Une autre goutte servira pour la détermination du pH. Quant à la glaire endocervicale, on peut la prélever à l'aide d'une pipette spéciale: après avoir essuyé le col à l'aide d'un tampon sec, on introduit doucement dans l'orifice externe du col la pipette et on aspire l'endoglaire qui sera rejetée sur une lame et recouverte d'une lamelle. Une autre technique consiste à comprimer le col entre les valves du spéculum de façon à faire sortir son contenu qui sera prélevé à l'aide d'une palette de bois ou d'une pince à pansement.

Si les glaires sont trop épaisses, on peut les diluer avec une goutte de sérum physiologique chauffé à 36°.

Pendant tout ce temps, on prendra soin de ne pas laisser refroidir les lames en dessous de 20°. On les examinera dès que les prélèvements sont terminés.

L'examen microscopique à frais se fera de préférence à l'aide d'un microscope binoculaire. On utilisera un oculaire 10 x et un objectif 40 x. L'examen portera tout d'abord sur les glaires endocervicales, puis exocervicales, et à la fin à titre de contrôle sur le liquide vaginal. Dans le liquide vaginal cependant, on ne peut retrouver des spermatozoïdes vivants qu'au cours de la première heure après le rapport. Une demie heure après le coït, on peut encore trouver 10 % de spermatozoïdes vivants, mais ce délai dépassé, il faut souvent déjà ajouter une goutte de solution de Ringer afin de réanimer autant que possible les spermatozoïdes immobilisés par la réaction acide du vagin.

Résultats de l'examen direct

1° Si l'on constate dans l'endoglaire au moins 10 spermatozoïdes bien mobiles par champ microscopique, le test de Hühner est considéré comme positif, normal. Il exclut en général un facteur masculin, mais en principe, on ne peut qu'affirmer que la pénétration spermatique des glaires cervicales se fait normalement.

2° Si l'on ne constate que quelques rares spermatozoïdes vivants avec ou sans présence d'éléments immobiles, le test est déficient. Il faut alors étudier l'exoglaire:

a) Si l'exoglaire renferme un nombre normal de spermatozoïdes bien mobiles, il s'agit d'une ascension spermatique défectueuse par trouble du tropisme des glaires ou d'une déficience spermatique, les spermatozoïdes perdant trop rapidement leur mobilité. Le contrôle des préparations colorées apportera des détails complémentaires.

b) Si l'exoglaire ne renferme que des spermatozoïdes immobiles, les mêmes facteurs peuvent être en cause. Mais dans ce cas, il faut toujours vérifier le pH des glaires et du vagin.

3° Si l'on ne rencontre aucun spermatozoïde vivant ou immobile ni dans l'endo-, ni dans l'exoglaire, le test de Hühner est négatif. Il faut alors contrôler le prélèvement vaginal.

Il ne faut pas confondre à l'examen direct, surtout s'il est pratiqué à un grossissement insuffisant, les spermatozoïdes mobiles avec des trichomonas. En effet, les trichomonas peuvent être retrouvés également dans la glaire cervicale, mais ces éléments sont d'un volume beaucoup plus considérable que les spermatozoïdes et d'une morphologie totalement différente.

Pour obtenir le maximum de renseignements du test de Hühner, il doit être combiné à l'examen des préparations colorées. Nous utilisons exclusivement notre technique de coloration à l'hématoxyline de Harris-colorant S3 de Shorr (Pundel, 1950).

Après l'examen direct, on retire les lamelles, on fait un étalement très minces des sécrétions et on plonge les lames dans l'alcool-éther pour la fixation. On peut cependant laisser sécher les préparations de glaire, avant de les plonger dans le liquide fixateur, par opposition aux frottis vaginaux qui doivent être fixés *immédiatement*, car la dessiccation trouble les réactions tinctoriales du cytoplasme.

Les préparations fixées sont ensuite colorées à l'hématoxyline de Harris suivie par le Shorr. Le Shorr simple est insuffisant, car les spermatozoïdes ne se colorent qu'avec l'hématoxyline. Cette méthode combinée donne une coloration parfaite des éléments cytologiques des glaires et des spermatozoïdes.

Les spermatozoïdes se colorent en bleu foncé à l'exception de la vésicule céphalique qui se colore en rose pâle. Par la coloration à l'hématoxyline-Shorr, tous les détails morphologiques de la constitution des spermatozoïdes se laissent aisément distinguer, de sorte que nous avons également adopté cette coloration pour l'examen cytologique du sperme provenant directement du mari.

L'examen des frottis colorés portera sur: l'aspect général, la leucocytose ainsi que la cytologie des autres éléments cellulaires normaux et la présence éventuelle de cellules pathologiques soit inflammatoires soit tumorales, cancéreuses, et de germes.

La glaire intermenstruelle normale ne renferme que très peu de leucocytes, tout au plus deux ou trois par champ microscopique. Par contre, elle peut être riche en cellules endocervicales qui à l'examen direct ne se laissent pas différencier des leucocytes. Ces éléments endocervicaux se rencontrent habituellement quand la glaire est particulièrement abondante. Elles peuvent alors montrer des signes de cytolyse. En cas de cervicite, les leucocytes sont toujours très nombreux et on voit également un certain nombre de cellules épithéliales inflammatoires, des histiocytes, et les globules rouges ne sont pas exceptionnels. On peut ainsi déceler des signes d'infection ou d'inflammation sans que macroscopiquement il n'existe des symptômes de cervicite. Ce sont les endocervicites chroniques discrètes qui peuvent être la cause de la stérilité.

Valeur pratique du Test de Hühner complet

Le test de Hühner complet, c'est-à-dire le test classique combiné à une étude microscopique après coloration du contenu vaginal, de l'exo et endoglaire, permet des déductions cliniques très importantes, beaucoup plus nombreuses que le test classique simple.

Tout d'abord, si le test de Hühner direct est entièrement normal, on peut éliminer à priori un facteur étiologique masculin et un facteur cervical chez la femme.

De la présence d'un nombre suffisant de spermatozoïdes bien mobiles dans l'endoglaire on ne doit cependant pas conclure formellement que le sperme est absolument normal, car seuls les éléments normaux peuvent avoir réussi à pénétrer dans la glaire, et le nombre des spermatozoïdes mobiles dans l'endoglaire peut être ainsi normal, bien que l'examen direct du sperme démontre un pourcentage assez élevé de formes pathologiques (F é r i n, 1948) ou un nombre subnormal de spermatozoïdes (P a l m e r, 1944).

Mais dans ces cas où le test de Hühner est normal, les troubles spermatiques modérés ne semblent pas jouer un grand rôle pratique, de sorte que nous estimons que l'on peut se dispenser habituellement dans les cas de test positif d'un examen direct du sperme du mari. Par contre, un test de Hühner défectueux ou négatif est une indication absolue pour l'examen direct du sperme du mari. Et c'est à ces cas particuliers que nous limitons en pratique courante l'examen du sperme, quitte à y revenir dans les autres cas de test positif, si des examens ultérieurs nous en font apparaître la nécessité.

Par l'étude comparée des résultats du test de Hühner et de l'examen direct du sperme du mari, Mme E. P a l m e r (1945) a fait les conclusions suivantes:

- 1) La constatation de spermatozoïdes bien mobiles dans la glaire endocervicale correspond 9 fois sur 10 à un sperme normal

en qualité, mais pas obligatoirement en quantité (1-3 d'oligospermies).

2) L'absence de spermatozoïdes dans un mucus normal correspond 9 fois sur 10 à un sperme franchement anormal (azoospermie ou oligoasthénospermie).

3) La présence de spermatozoïdes immobiles ou mobiles sur place ne permet aucune conclusion sur la qualité du sperme.

En accord avec R. Palmer (1950), tout en n'ignorant pas que théoriquement on devrait faire un examen direct systématique du sperme du mari dans tous les cas de stérilité, nous limitons pour des raisons uniquement de pratique ou de convenance l'examen direct du sperme aux cas de test de Hühner défectueux ou négatifs.

Mais cette étude ne doit pas se borner à un examen direct sommaire pour voir s'il y a des spermatozoïdes mobiles. Il doit comporter *toujours* l'évaluation de la mobilité des spermatozoïdes, une numération en cellule de Thoma, et une étude morphologique du sperme après coloration spéciale dans le but d'établir le spermiogramme. Ce n'est que de cette manière que l'examen du sperme a une valeur pratique sérieuse. Notons encore que le sperme doit être obtenu par masturbation ou par coït interrompu. La collecte du sperme dans un condom est toujours à rejeter. Dans certains cas, on peut encore compléter l'examen par des études spéciales: détermination de la filance, dosage de l'hyaluronidase, du pouvoir reducteur du bleu de méthylène.

L'étude associée du sperme et du test de Hühner complet permet ensuite un diagnostic étiologique des *facteurs cervicaux* de la stérilité féminine.

Un facteur cervical est la cause unique ou associée chez environ 30 à 50 % des femmes stériles. On peut en distinguer deux grands groupes:

I. *Trouble de la pénétration spermatique de la glaire cervicale par cause anatomique.*

Le col utérin ne vient pas en contact suffisant avec le lac séminal déposé dans le fond vaginal. Ceci peut arriver par anté- ou rétroposition exagérée du col, par prolapsus utérin, par élongation pathologique du col, par oblitération ou sténose de l'orifice cervical externe.

Dans ces cas, le mari peut déposer une quantité normale de sperme dans le vagin, mais les spermatozoïdes ne peuvent pas atteindre la cavité utérine ou pénétrer dans la glaire cervicale du fait qu'il leur est mécaniquement impossible d'y arriver ou du fait que la réaction vaginale acide les immobilise en route.

II. *Trouble de la pénétration spermatique par altération de la glaire, infectieuse, hormonale organique, ou biochimique («Cervical hostility» des auteurs américains).*

a) La cause la plus fréquente est la cervicite, dont la forme endocervicale est la plus importante, parce qu'elle peut passer inaperçue à l'exploration clinique et parce qu'elle est également la plus difficile à guérir. L'examen des frottis de la glaire cervicale permet d'en poser rapidement le diagnostic, et le cas échéant, on peut compléter cette exploration par un examen bactériologique détaillé. Une glaire cervicale infectée peut en effet empêcher toute pénétration spermatique, même si cliniquement elle est à peine un peu trouble. La cause en est modification biochimique de la sécrétion. Dans certains cas, on constate que la glaire infectée n'offre pas d'obstacle à la pénétration des spermatozoïdes, mais que ceux-ci sont rapidement immobilisés sur place.

b) Cause hormonale. La belle glaire filante de l'intermenstruum ou plus exactement de la période d'ovulation dépend d'un fonctionnement hormonal normal. Elle est essentiellement sous la dominance de l'oestrogénie. Dans la période postmenstruelle et au cours de la phase lutéale, elle est moins abondante et plus opaque, de sorte que dans ces phases le test de Hühner peut normalement être négatif. Un examen cyto-hormonal détaillé du cycle menstruel par le frottis vaginal sérié permettra de déceler un trouble hormonal. Il se peut également que le jour du prélèvement ne corresponde pas au jour de l'ovulation, et alors on pourra répéter le test au moment que le frottis vaginal ou la courbe thermique aura déterminé comme jour de l'ovulation. Ceci est surtout le cas pour les femmes à cycle long ou court.

c) Cause organique. La glaire cervicale peut être complètement absente par défaut de la muqueuse endocervicale. La cause en est habituellement une destruction par électrocoagulation trop poussée. Mais une absence de glaire cervicale peut également résulter dans des cas très rares d'un trouble de réceptivité hormonale de la muqueuse endocervicale (P a l m e r, 1950).

d) Cause biochimique: Si l'on ne peut pas déceler une cause hormonale ou infectieuse empêchant la pénétration spermatique de la glaire par des spermatozoïdes normaux déposés en nombre suffisant dans le fond vaginal, il faut étudier le pH de la glaire. Il existe des glaires macro- et microscopiquement entièrement normales, mais qui ne se laissent pas pénétrer par les spermatozoïdes bien mobiles du mari. Dans certains cas cette anomalie est due à une hyperacidité vaginale qui peut également modifier le pH cervical en le faisant virer vers l'acidité. On peut alors répéter le test après injection vaginale alcalinisante, pratiquée une demie heure avant le rapport. Dans d'autres cas, on ne peut déceler aucun trouble apparent: la glaire est bien filante, limpide comme de l'eau de roche, ne renferme pas de leucocytes, est alcaline, et malgré la présence d'un sperme normal, le test de Hühner reste négatif. On ne connaît pas encore le facteur étio-

logique particulier qui empêche dans ces cas spéciaux, assez rares d'ailleurs, l'ascension des spermatozoïdes dans une glaire à aspect normal. Ce sont habituellement ces couples stériles dont les conjoints peuvent procréer dans des mariages ultérieurs des enfants avec un autre partenaire. On peut compléter l'étude de ce trouble particulier par des tests spéciaux, dont le plus utilisé est celui de Kurzrok et Miller (1928) ou test N III de Séguy et Vimeux (1935).

Technique: Sur une lame bien propre et chauffée à 36° on place une goutte de sperme et une goutte de glaire. On les recouvre d'une seule lamelle de sorte que les deux gouttes viennent en contact et on étudie l'attirance, la pénétration, la progression et la durée de mobilité des spermatozoïdes dans la glaire.

Si l'on n'a pas rencontré de spermatozoïdes dans la glaire et le contenu vaginal, et si le sperme du mari s'est avéré normal, il s'agit d'un rapport sexuel défectueux, le sperme n'étant pas déposé dans le fond du vagin ou s'est écoulé trop vite. Le plus souvent, la cause en est une éjaculation précoce avant la pénétration complète du pénis dans le vagin. D'autres causes peuvent être des positions particulières lors de l'acte sexuel, soit volontaires, soit forcées par des lésions organiques (membre trop petit, vulve et vagin trop large, abdomen très volumineux, lésions de l'articulation de la hanche) ou des malformations des organes génitaux comme l'hypospadias, épispadias, sténose vaginale etc., ou encore une dyspareunie par vaginisme.

Ce n'est qu'après avoir toutes les garanties que le sperme du mari est normal ou amélioré par une thérapeutique appropriée, que l'on continuera les autres explorations fonctionnelles chez la femme, dont les deux autres tests indispensables de base sont l'étude hormonale du cycle menstruel par l'exploration combinée par les frottis vaginaux, la biopsie de l'endomètre et la courbe de température, et l'étude de la perméabilité tubaire par l'hystérosalpingographie et l'insufflation.

Si l'on constate à l'examen général une malposition utérine, il est également à recommander d'étudier la présence de spermatozoïdes dans la cavité utérine, car un test de Hühner positif ne nous renseigne pas sur l'ascension intra-utérine complète des spermatozoïdes. Cet examen complémentaire sera donc en quelque sorte un test de Hühner pratiqué à un étage supérieur de la filière génitale. Il est particulièrement indiqué dans des cas d'hyperantéflexion de l'utérus, qui d'après Palmer (1950) donne le plus grand nombre de cas d'absence de spermatozoïdes dans la cavité utérine malgré une bonne pénétration spermatique de la glaire cervicale. Par contre dans les rétroflexions, le test est rarement négatif, si le test classique de Hühner est positif.

Terminons encore par quelques considérations générales. Dans plus de la moitié des cas de stérilité, il y a non plus un,

mais plusieurs facteurs étiologiques contributifs (Siegler, 1944; Hamblen, 1946; Palmer, 1950). In s'en dégage la conclusion suivante de Palmer (1950) que l'on ne peut pas répéter assez: «La nécessité absolue, dans tous les cas de stérilité, même si une cause évidente a été décelée chez un partenaire, de rechercher systématiquement chez les deux partenaires tous les autres facteurs possibles d'infertilité, et de les traiter.»

Conclusions

Le teste post-coïtal de Hühner est le test de base, de départ dans l'exploration étiologique de la stérilité. Associé à un examen de préparations colorés des glaires cervicales et du contenu vaginal, il permet de tirer des conclusions très nombreuses pour la conduite à tenir lors de l'exploration ultérieure. Un test de Hühner défectueux ou négatif est une indication absolue pour l'examen direct du sperme du mari. Aucun traitement spécial chirurgical chez la femme ne devrait être commencé avant d'avoir toutes les garanties que le test de Hühner est entièrement normal.

(Consultation de Stérilité et Laboratoire de Recherches de la Clinique Universitaire de Gynécologie, Hôpital Brugmann, Bruxelles. Chef: Prof. R. Bourq.)

Bibliographie

Il nous est impossible de donner ici toutes les références ayant trait au test de Hühner et aux autres explorations étiologiques de la stérilité conjugale. Nous renvoyons le lecteur aux ouvrages d'ensemble suivants, où il pourra trouver la bibliographie complète sur la stérilité.

- Engle, E. T.: *Diagnosis in Sterility*. - Ch. C. Thomas, Springfield, 1945.
Hamblen, E. C.: *Endocrinology of Woman*. Ch. C. Thomas, Springfield, 1945.
Hotchkiss, R. S.: *Fertility in Men*. - J. B. Lippincott, Philadelphia, 1944.
Hühner, M.: *Sterility in Male and Female*. - Rebman & Co, New York, 1913.
Joel, C. A.: *Studien am menschlichen Sperma*. - B. Schwabe, Basel, 1943.
Palmer, R.: *La stérilité involontaire*. Avec la collaboration de Mme E. Palmer. Masson et Cie, Paris, 1950.
Pundel, J.-P.: *Les frottis vaginaux et cervicaux*. — Edit. Desoer, Liège. Masson et Cie, Paris, 1950.
Siegler, S. L.: *Fertility in Woman*. - J. B. Lippincott, Philadelphia, 1944.

LAIT ALBUMINEUX

en poudre

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

Marque »Ursa« non écrémé

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

Indications: Les mêmes que pour le
lait albumineux frais:

**Dyspepsie aiguë, subaiguë et
chronique.** Dystrophie avec selles li-
quides. Intoxications, passé le premier stade
de toxicité. Entérite et colite. Insuffisances di-
gestives 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.

LOTÉRIE NATIONALE



*L'œuvre sociale
par excellence*

DAS NEUE ANTIMYKOTIKUM **UNDEX**

hat sich glänzend bewährt bei der Behandlung von

- Fussmykosen
- Handmykosen
- Intertrigo
- Trichophytie
- Ekzema marginatum usw.

Undecylensäure und Zinkundecylenat besitzen eine bedeutende und selektive fungicide Wirkung. Die im UNDEX enthaltene Kalziumverbindung übt bei entzündlichen Vorgängen eine beruhigende Wirkung aus. UNDEX-Puder enthält ausserdem eine spezielle kolloidale Kieselsäure, die nicht nur starke trocknende und kühlende Eigenschaften aufweist, sondern auch die Aktivität von Undecylensäure und Zinkundecylenat erhöht.

Salbe: Tuben à 25 g — **Puder:** Streudosen à 30 g

Literatur und Muster stehen zur Verfügung

HAMOL AG, ZÜRICH PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG
GENERALVERTRETUNG FÜR DAS GROSSHERZOGTUM LUXEMBURG:
PROPHAC · BAUDOUINSTRASSE 25 · TELEFON 30-73

OUVERT:
DU 1er MARS AU 1er NOVEMBRE

Mondorf les Bains

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

FOIE - INTESTIN - NUTRITION - RHUMATISME

Nouveau Casino:

Bar - Dancing - Salles de lecture - Billard - Bridge

Orchestre de premier ordre

Centre touristique

Renseignements: Etablissement Thermal, Téléphone: 59

Syndicat d'Initiative, Téléphone: 73

DISPERSA

Augensalben in Tuben

Cortisone 2 mg g

Cortisone 5 mg g

Cortisone 10 mg g

Cortisone wird in der Ophthalmologie schon seit längerer Zeit mit zum Teil überraschendem Erfolg angewendet. Wie aus einer grösseren Arbeit von Böhlinger an der Augenlinik Zürich (Prof. Amsler) hervorgeht, ist für die lokale Therapie die Salbenform der Anwendung von Cortisone-Augentropfen vorzuziehen, da bei letzteren öfters Cortisone-Kristalle durch die Tränenflüssigkeit ausgeschwemmt werden. Die DISPERSA-Cortisone-Augensalben enthalten das Cortisone in gelöstem Zustand und gewährleisten daher eine leichtere und vollständigere Resorption.

Indikationen: Iridocyclitis acuta, Iridocyclitis tuberkulosa subacuta und chronica, Conjunctivitis vernalis, allergische Lidexzeme medikamentöser Art, Randgeschwüre der Hornhaut, postoperative iritische Reizungen, Hypopyonkeratitis (Therapie kombiniert mit Antibiotica).

Von **DISPERSA-Augensalben** sind auch alle andern in der Ophthalmologie gebräuchlichen Sorten im Handel. Sie genügen den höchsten Anforderungen der ophthalmologischen Praxis.

LAB. DR. E. BAESCHLIN-CAMPER, WINTERTHUR

Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxemburg:

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