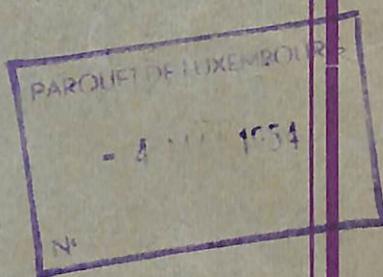


SPECIMEN Bourd-Bourger

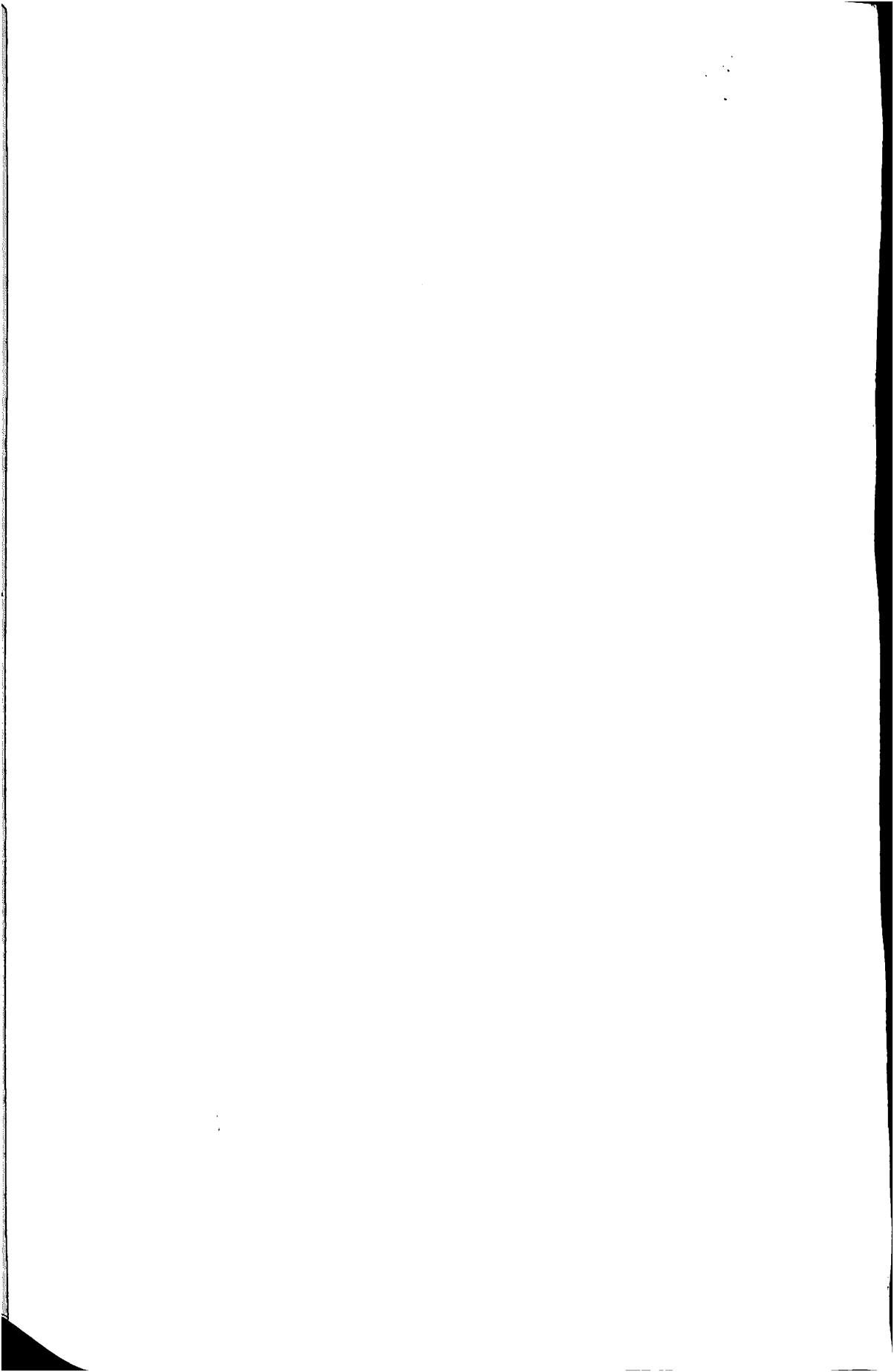
BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



N° 9 mars 1954

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER · LUXEMBOURG



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES MÉDICALES
DU GRAND-DUCHÉ DE 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: Imprimerie Bourg-Bourger, 40, av. de la Gare, Luxbg.

SOMMAIRE

J. Graber-Duvernay	La maladie traumatique locale, ses rapports avec les rhumatismes chroniques, sa prévention par la crénothérapie	7
J. J. Herbert	Résultats de la chirurgie restauratrice de la hanche dans le rhumatisme	17
Norbert Heintz	Les indications de l'opération de Judet	27
André Richard Norbert Heintz	Les têtes humérales en acrylique	39
François d'Huart	Quelques considérations sur le traitement des tumeurs malignes du sein	47
M. Demoullin	Hernie diaphragmatique et éventration diaphragmatique	55
A. Hostert	Etude statistique de 160 cas d'aspiration endocavitaire	63
Eugène Ost	Les tests de sensibilité	73
Jeanny Shammas-Knaff	Quelques notes sur la pratique neuro-psychiatrique en Irak	77
Jean Harpes	Vieilles Officines et vieux Apothicaires de Luxembourg	81
Ch. Jones	Voyage Médical à Ostende Thermal	103
Ch. Jones	Voyage d'études thermales et climatiques en Italie	109

GRAMMAR

THE PRINCIPLES OF GRAMMAR

AS APPLIED TO THE ENGLISH LANGUAGE

BY

JOHN W. WALKER

OF THE UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

AND

OF THE UNIVERSITY OF EDINBURGH

IN TWO VOLUMES

VOLUME I

THE PRINCIPLES OF GRAMMAR

AS APPLIED TO THE ENGLISH LANGUAGE

BY

JOHN W. WALKER

OF THE UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

AND

OF THE UNIVERSITY OF EDINBURGH

IN TWO VOLUMES

VOLUME I

THE PRINCIPLES OF GRAMMAR

La maladie traumatique locale

ses rapports avec les rhumatismes chroniques

sa prévention par la crénothérapie

par Jacques Graber-Duvernay (Aix-les-Bains)

Le traumatisme, qu'il soit direct ou indirect, est susceptible de créer des lésions articulaires et péri-articulaires. Cette notion est très anciennement connue. Les différentes étapes de la constitution de ces lésions, de la *maladie traumatique locale* (M.T.L.), suivant l'heureuse expression de Reinhold, le sont moins. Il ne sera pas question des grosses lésions, pouvant nécessiter sans retard une intervention chirurgicale et s'accompagnant d'un choc traumatique, «*maladie post-agressive*» de Laborit, où l'hibernation artificielle trouvera sans doute sa meilleure indication. Nous envisageons les suites d'un trauma de moyenne importance, pouvant intéresser tous les tissus, — os compris —, et ne laissant jamais indifférente la trame collagène dont l'intégrité ou la réfection complète est indispensable à la fonction articulaire.

Quelles sont ces lésions et comment procèdent-elles?

Des examens histologiques, dont certains ont pu être réalisés par le regretté D^r Gerbay, grâce à notre trocart à biopsie articulaire, permettent de fixer la succession des images pathologiques. La manifestation la plus importante du trauma, celle qui se produit de façon immédiate est l'oedème. Le collagène est capable d'absorber par imbibition des quantités considérables d'eau. Même phénomène concernant le tissu musculaire fait d'un gel extrêmement hydrophile: le phénomène est d'ailleurs plus colloïdal qu'osmotique, c'est un processus d'imbibition du gel musculaire. Le liquide provient du sang et de la lymphe par transsudation due à des troubles à la perméabilité capillaire et aussi de la vaso-motricité. L'indice oscillométrique est toujours modifié le plus souvent dans le sens de la microsphygmie, et cette perturbation peut durer longtemps, des années, malgré une guérison clinique apparente et une restitution anatomique apparemment complète. Des modifications biochimiques, quelques-unes très brèves, vont apparaître: elles portent sur l'équilibre protidique, — la disprotidémie pouvant se faire dans les deux sens —, l'in-

dice des phosphatases, le taux du chlore, le pH local (acidose puis alcalose), l'hyperglycémie et l'éosinopénie par sécrétion accrue du cortex surrénalien.

A ce stade, laissée à elle-même ou soumise à un traitement approprié, la M.T.L. peut guérir par la réparation des tissus altérés, après résorption de l'oedème, mais elle peut évoluer progressivement vers les lésions irréversibles. Si le trauma a été violent, il peut y avoir mortification cellulaire plus ou moins importante avec des phénomènes de nécrobiose par liquéfaction cellulaire. Ces éléments morts sont résorbés par les tissus restés sains, et, dans cette résorption, les histiocytes jouent un rôle très important grâce à leur pouvoir phagocytaire. Dans tous les cas où il y a eu une destruction cellulaire étendue, les tissus conjonctifs prennent une part active à la cicatrisation. S'il s'agit de tissu déjà différencié, tel le muscle strié, la régénération sera lente, incomplète, et la plus grande partie du vide sera comblée par du tissu conjonctif banal. La succession des phénomènes histologiquement visibles au cours de ces régénérations est la suivante: gonflement et multiplication des cellules conjonctives, migration des nouvelles cellules dans l'aire détruite, néoformation de vaisseaux. Parallèlement, grâce à l'intervention des fibroblastes, les fibres collagènes apparaissent et se développent rapidement. Peu à peu ce stade de sclérose jeune va être dépassé. La sclérose adulte est faite d'une trame collagène épaisse, densifiée, pauvre en cellules et en vaisseaux, et qui peut subir l'imprégnation calcaire, réalisant la péri-arthrite calcifiante. L'aboutissant est l'enraidissement articulaire plus ou moins complet avec ostéoporose localisée, atrophie musculaire par limitation ou même suppression du dynamisme articulaire.

Ainsi le trauma peut créer une néo-production inflammatoire semblable à celle de l'arthrite. Il s'agit d'une maladie du collagène dans les deux cas: cette parité histologique permet de comprendre la possibilité de l'extension pluriarticulaire, soit qu'elle se cantonne au niveau du membre lésé, tel le rhumatisme neurotrophique du membre supérieur de P. Ravault, soit qu'elle revête une plus grande diffusion, puisque 4% des polyarthrites chroniques évolutives sont la conséquence d'une mono-arthrite post-traumatique.

Le trauma peut, également, donner des altérations osseuses du type arthrosique faites d'atrophies (érosions du cartilage et géodes ou kystes osseux) et de proliférations (ostéophytes, éburnation) qui peuvent déformer gravement l'article, mais qui n'aboutissent jamais à une ankylose réelle. En cas de *morbus coxae* sans étiologie traumatique, le *primum movens* est dans la grande majorité des cas l'érosion du cartilage *qui ne manifeste aucune tendance à la régénération*. Les bourgeons vasculaires qui pénètrent dans le cartilage, après avoir traversé la plaque basale ne constituent pas un élément de régénération, puisque, autour d'eux, se dépose de la substance ostéoïde. Au même titre

que le démasquage fibrillaire, la dégénérescence chondroïde et la transformation en fibro-cartilage, ils sont les témoins de l'altération définitive du tissu cartilagineux.

Après un choc violent, l'atteinte du cartilage est contemporaine de celle de l'os, des dispositifs fibreux articulaires et du tissu conjonctif péri-articulaire, même s'il ne s'agit que de lésions osseuses à minima du type des fractures histologiques de Schmorl. Rapidement se constitue l'oedème du tissu conjonctif avec raréfaction osseuse suivant un processus où se juxtaposent l'ischémie et l'hyperémie (Leriche). La rencontre en est fréquente en clinique, surtout au niveau de la hanche puisque 15 à 20% des coxarthroses revendiquent l'origine traumatique. Aussi bien, la démarcation n'est pas toujours aisée entre arthrite et arthroses post-traumatiques, et le terme d'arthrite-arthrose proposé pour les désigner paraît justifié.

Il existe des causes prédisposantes, un «terrain» particulier favorisant le développement de la M.T.L. L'âge en est une. En 1944—1945, nous avons constaté au centre des traumatisés militaires d'Aix-les-Bains, la simplicité des suites de trauma sur les jeunes soldats de la 1^{re} Armée et la fréquence relative de M.T.L. sur les F.F.I. habituellement plus âgés. Rare avant 25 ans, l'affection est fréquente après 40 ans, et banale après 50 ans.

Le «terrain» arthrosique favorise le développement de la M.T.L. Les troubles de la statique articulaire, si fréquents au niveau de la hanche, qu'il s'agisse de malformations congénitales ou de déformations acquises, jouent un rôle déterminant dans la genèse de la coxarthrose. La juxtaposition cervicarthrose-périarthrite de l'épaule est d'observation banale. A coup sûr il ne s'agit pas d'une simple rencontre, mais d'une association de cause à effet, dont les différentes étapes sont encore mal connues. Assimiler la périarthrite de l'épaule à un trouble neurotrophique dû à la cervicarthrose, c'est méconnaître les cas indiscutables de traumatisme de l'épaule ayant précédé l'apparition de la cervicarthrose. Fréquence aussi de la coexistence d'hypercholestérolémie et d'hypocalcémie relative, autres éléments du terrain arthrosique. Sur un tel terrain on peut tout craindre des conséquences d'un trauma.

Est-il possible de préciser le mécanisme pathogénique?

Pour cela il faut remonter à près de quarante ans en arrière avec von Muller, Weintraud, von Pirket et Schick, de Jong, Landouzy, Bernard, Gougerot et Salin et la notion d'allergie. Plus près de nous, Rossie et Klinge paraissent avoir été les premiers à obtenir sur l'animal sensibilisé par des albumines étrangères, des lésions articulaires et péri-articulaires, très semblables à celles du rhumatisme inflammatoire. Le même syndrome a été réalisé par Gudzent, Klinge, Bruun, Vaubel, Yasakawa, en soumettant l'animal sensibilisé à une action traumatisante sur une grande articulation. Cette altération du collagène qui établit une

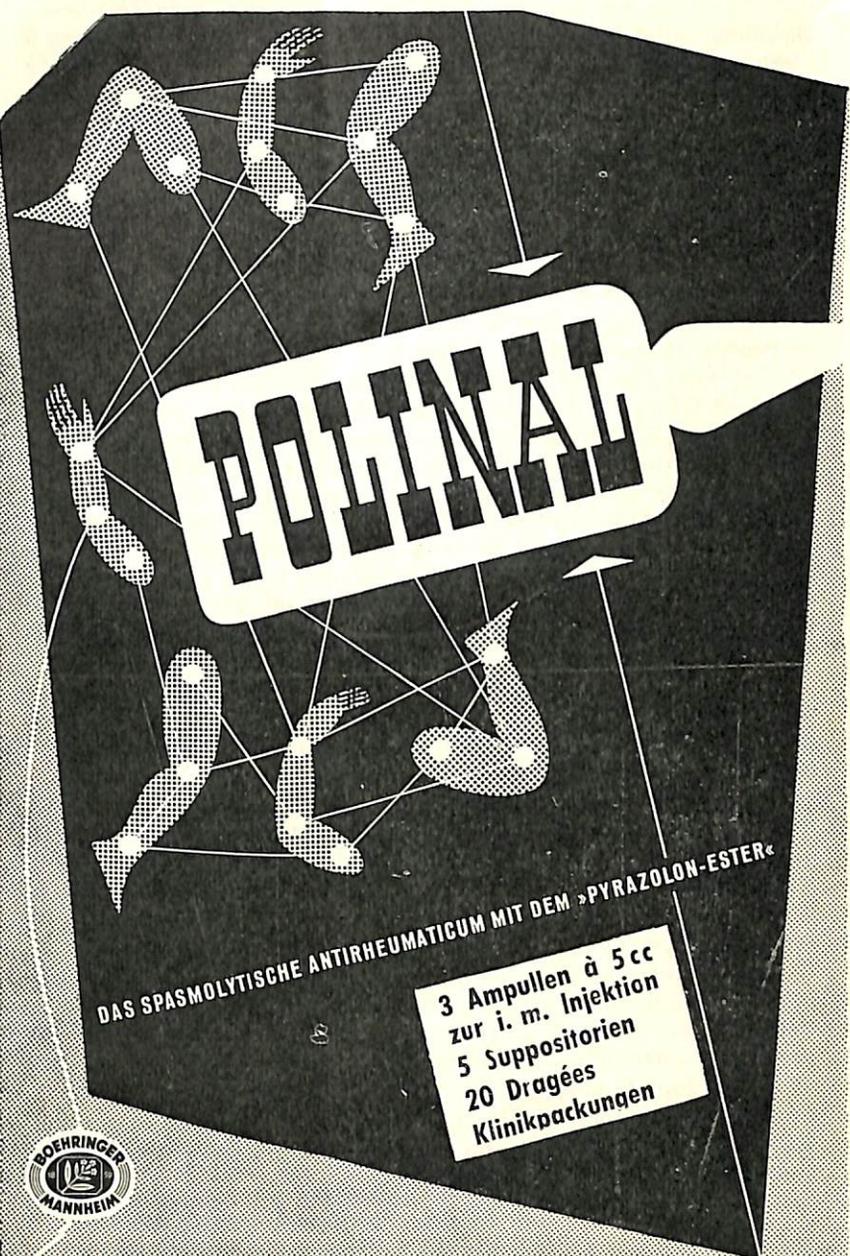
parité certaine entre rhumatismes et M.T.L., est-elle uniquement hyperergique ? On le croyait jusqu'à ces dernières années. Mais, récemment, Selye, dans une contribution remarquable, a modifié quelque peu cette conception un peu paresseuse. Il a obtenu les mêmes altérations des tissus en utilisant sur des *animaux non sensibilisés* des extraits organiques impurs, ou des matières toxiques ou des traumatismes répétés et différents. Il y a d'abord une « réaction d'alerte », ainsi dénommée par Selye, qui est en réalité la résultante d'une double réaction: stimulation de l'hypophyse avec libération d'A.C.T.H. qui agit directement sur le cortex surrénalien. Si l'agression se poursuit, ou si l'organisme se défend mal, il se développe à la longue une « *maladie d'adaptation* » parmi lesquelles Selye range l'arthrite chronique. Dans cette conception, l'allergie s'associe au complexe hypophyse-capsule surrénale. La continuité ou la violence du stress, entraînant une fatigue excessive du cortex, diminue d'autant la réaction hyperergique de Rossie et Klinge et permet l'altération tissulaire. Par contre, la Cortisone a un rôle d'arrêt et de régression. Devant ces faits, il serait injuste de ne pas rappeler la réelle prescience de Duvernay qui trente ans avant l'ère des corticostéroïdes, proposait avec la *loi de la non spécificité de la réaction*, une interprétation pathogénique, vérifiée de façon impressionnante par les travaux de Selye.



La maladie traumatique locale pouvant avoir de telles conséquences on mesure l'intérêt d'un traitement capable de la prévenir. *Mais celui-ci devra être institué le plus précocement possible, avant l'établissement des lésions irréversibles, dès la phase de l'œdème, dans les trente jours suivant le stress.* Ainsi sera facilitée la résorption de l'œdème et évitée l'installation de la fibrose et des raideurs articulaires définitives qui en sont la conséquence.

La physiothérapie avec la radiothérapie, les ondes courtes, la diathermie et les ultra-sons peut apporter sédation et récupération fonctionnelle, prévenant ainsi la M.T.L.: il en est de même pour certaines techniques de la crénothérapie.

A ce point de vue une véritable expérience a pu être faite à Aix-les-Bains en 1944—1945, sur les blessés et traumatisés de l'armée de Lattre. *Des résultats exceptionnellement favorables ont été constatés lorsque la crénothérapie était appliquée dans les suites immédiates de trauma.* La facilité et la rapidité des évacuations a permis de réaliser fréquemment cette condition. Les Docteurs Reinhold et Bernier, conseiller thermal et chirurgien conseil de la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale parisienne, ont eu le grand mérite de proposer au Conseil d'Administration des Caisses d'Accidentés du Travail, de faire bénéficier leurs adhérents de l'expérience acquise auprès des blessés de la I^{re} Armée. La Région lyonnaise a suivi quelques mois plus tard. Une nouvelle expérience, celle-ci de pratique civile, a ainsi



POLINAL

DAS SPASMOLYTISCHE ANTIRHEUMATICUM MIT DEM »PYRAZOLON-ESTER«

3 Ampullen à 5 cc
zur i. m. Injektion
5 Suppositorien
20 Dragées
Klinikpackungen



Generalvertretung für das Großherzogtum Luxemburg:
PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 30-73

été mise sur pied. Elle intéresse actuellement près de 400 traumatisés. Très brièvement, nous mentionnerons que les deux cinquièmes de ce contingent sont des traumatisés de l'épaule, qu'il s'agisse de contusion simple, de luxation réduite ou de fracture engrenée de l'extrémité supérieure de l'humérus. Viennent ensuite les doigts avec fracture des phalanges, ou contusions avec lésions ou sections tendineuses (les sutures tendineuses ont des indications différentes suivant la technique utilisée: lorsqu'il s'agit du Sterling-Bunnel, on aura intérêt à user de la crénothérapie avant et aussitôt après l'ablation des fils métalliques), les fractures du membre supérieur avec mention particulière pour l'extrémité inférieure du radius, celles du membre inférieur avec préférence pour la fracture de Dupuytren, mais aussi du tiers moyen du fémur et du col fémoral.

Les suites d'interventions articulaires constituent également une excellente indication (la maladie post-opératoire si bien décrite par Leriche est très proche de la M.T.L.): ménissectomie et arthroplastie avec mise en place de tête en acrylique.

Tels sont les traumatisés ayant bénéficié de l'expérience aixoise en 1951 et 1952.



Il existe des indications particulières et des contre-indications. Pratiquement la crénothérapie peut être utilisée à tout âge avec cette réserve que les résultats seront d'autant plus brillants et rapides que le sujet est plus jeune. Un état diathésique bien compensé doit bénéficier des techniques thermales. C'est ainsi qu'un chiffre élevé de tension maxima n'est pas une contre-indication, s'il s'agit d'une hypertension solitaire.

Nous avons déjà parlé de l'association possible d'un traumatisme et d'un rhumatisme dégénératif. Cette association pathologique double l'intérêt de la crénothérapie, mais les résultats sont, ici, moins spectaculaires.

L'alcoolisme qui existe quelquefois chez ces malades est un facteur nettement défavorable. Il paraît préférable de s'abstenir, ici, de la crénothérapie. Il en est de même pour le cas de sinistrose. Celle-ci, toutefois, se rencontre moins fréquemment qu'on pourrait le supposer. Elle doit être, en tout cas, séparée du psychisme particulier, si éloigné de la simulation, des travailleurs de force dont l'inaptitude au travail se prolonge anormalement, groupe dans lequel on retrouve les contractures post-traumatiques psychopathiques ou réflexes décrites autrefois par Babinski, Froment, Duvernay.

Parmi les contre-indications locales, nous mentionnerons la lombosciatique traumatique due à une hernie discale, les adhérences tendineuses avec rétraction cutanée des mains et des pieds. Il conviendra de libérer d'abord les adhérences avant de penser à faire bénéficier ces malades de la crénothérapie.



Les modalités d'application de la crénothérapie, dans le cadre de la M.T.L., s'inspirent des notions précédentes et revêtent une importance capitale. *Le traitement est sédatif et résolutif et consiste essentiellement en bains de vapeur dits «Berthollet» sans l'adjonction d'aucun autre moyen thérapeutique*, physiothérapie ou mécano-thérapie notamment. Toutes les techniques thermales offrant un caractère traumatisant: telles que douche-massage, jet percutant, masso- et kinésithérapie, ont été interdites. Par contre la piscine a rapidement complété l'action du bain de vapeur. Grâce au principe d'Archimède, le traumatisé peut, de façon purement active, exécuter des mouvements modérés. Sous aucun prétexte, on ne doit faire de développement passif. Le kinésithérapeute n'a qu'un rôle de surveillance. Il doit enseigner, par l'exemple, la manière de développer certains mouvements (circumduction de l'épaule entre autres). Il n'y a que des avantages à grouper en piscine les traumatisés porteurs de lésions identiques: cela crée un lien d'émulation et cette psychothérapie n'est pas négligeable. Indications et techniques thermales sont différentes lorsque les traumatisés sont envoyés plus tardivement, au stade de constitution de la sclérose et des rétractions tendineuses. Dans ce cas, l'utilisation des moyens sédatifs et résolutifs na plus le même intérêt. On peut leur associer, mais toujours avec prudence, la douche-massage et la mécano-thérapie.

Un groupe de traumatisés-témoins d'égale importance a été traité suivant les méthodes classiques, c'est à dire: physiothérapie, hydrothérapie ordinaire, masso- et kinésithérapie. *Dans cette compétition l'avantage est resté très nettement à la crénothérapie.* Après deux années d'expérience, il a pu être établi par les Docteurs Bernier et Reinhold que la seule crénothérapie, comparée aux autres méthodes, permet une diminution de 41% de l'incapacité temporaire de travail (I.T.T.): 118 jours pour les thermaux, 199 jours pour les témoins et 38,6% de l'incapacité permanente partielle (I.P.P.): 13,7% pour les thermaux, 23,4% pour les témoins. L'intérêt majeur de la précocité est souligné dans cette statistique. *Le traitement thermal de la luxation de l'épaule entrepris moins de trente jours après le trauma* laisse une I.P.P. de 0%, au deuxième mois, de 9,25%, au troisième mois, de 13,6%.

Une question se pose: en quoi l'eau thermale et son action sont-elles différentes de l'eau chaude ordinaire? L'eau thermale agit par sa masse, sa chaleur, mais surtout par sa molécule vivante faite de ses propriétés bio-chimiques et radio-actives. Cela est si vrai que la seule eau chaude est incapable d'approcher des résultats dont nous venons de faire état. Nous n'en voulons pour preuve que le cas de l'hydarthrose récidivante du genou due à des traumatismes légers. La simple eau chaude appliquée aussitôt augmente le volume du liquide; l'utilisation du «Berthollet» permet la résorption de l'épanchement en moins de six jours.

Chimiothérapeutique + Antibiotique

DIAZIL - Pénicilline

La pénicilline-procaïne combinée avec le DIAZIL est mieux résorbée per os, assurant ainsi des perspectives de succès plus vastes.

Bactériostase et effet bactéricide
Élargissement du champ d'activité
Rupture de la résistance microbienne

Emb. orig. tube de 12 comprimés
Emb. clin. 12 x 12 comprimés

1 comprimé contient :

0,5 g
de DIAZIL

100.000 U. I.
de pénicilline-G-procaïne



CILAG, Société Anonyme Schaffhouse

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :
PRÔPHAC - rue Baudouin 54, LUXEMBOURG - Tél. 30-73

Les troubles angineux

sont plus fréquents depuis
quelques années par suite
du rythme accéléré et plus
astreignant de la vie moderne

CORAMINE-ADÉNOSINE

assure une amélioration sen-
sible et très prolongée de
l'irrigation des coronaires

Comprimés

Gouttes

Ampoules

Société Anonyme CIBA, Bruxelles 3

ANTIDIARRHÉIQUE NATUREL

Poudre de fruits riche en pectine,
additionnée de sucre nutritif Alete 1% de la solution

DIAREX

Indications:

Dyspepsie aiguë et chronique.

Dystrophie et décomposition avec selles liquides.

Intoxications

(alimentaires et infectieuses).

Entérite, Colite et Dysenterie

Maladie de Herter

(insuffisances digestives graves et chroniques des enfants).

Société Laitière des Alpes Bernoises
Stalden I. E. Suisse

Au Grand-Duché de Luxembourg

Comptoir Pharmaceutique
Luxembourgeois S. A.

23, rue Mercier - LUXEMBOURG

Résultats de la chirurgie restauratrice de la hanche dans le rhumatisme

par J. J. Herbert, Aix-les-Bains.

Dans le résultat de la chirurgie de la hanche, en ce qui concerne les opérations restauratrices de la mobilité, il faut comprendre à la fois:

- *Les arthrites d'origine inflammatoire* (Rhumatisme inflammatoire);
- *Les arthroses dégénératives* (Rhumatisme dégénératif) dont il faut rapprocher les lésions diverses, très importantes et très nombreuses comprenant les nécroses post-traumatiques, les séquelles de fracture, les séquelles d'arthrite infectieuse, les luxations et subluxations congénitales, etc...

Il est bien évident que la séparation entre ces diverses formes s'impose étant donné la différence totale que l'on a dans les résultats obtenus et on sait qu'il n'y a aucune commune mesure entre le rhumatisme inflammatoire et le rhumatisme dégénératif.

Notre statistique globale comporte 165 arthroplasties pratiquées sur 129 malades, dont un certain nombre d'opérations itératives. Disons tout de suite que la plupart de ces opérations itératives comprennent des malades dont la première opération avait été faite par d'autres chirurgiens et qui, venus demander conseil, ont accepté la réintervention.

Rhumatisme inflammatoire

60 opérations ont été faites sur 34 malades ce qui montre immédiatement l'importance des formes bi-latérales et aussi, nous le verrons, des opérations itératives.

Voici le détail de cette statistique:

- *Spondylarthritis ankylosante*: 16 cas, 8 bi-latérales, 4 itératives soit 28 opérations (un malade a été opéré 3 fois de la même hanche).
- *Polyarthrite chronique évolutive*: 7 cas. 3 bi-latérales soit 10 opérations.

- *Panarthrite*: 6 cas. 3 bi-latérales, 3 itératives soit 12 opérations.
- *Polyarthrite infantile*: 4 cas. 4 bi-latérales soit 8 opérations.
- *Coccite* de nature indéterminée: 2 cas. 2 opérations.

Ce tableau nous montre immédiatement que tous nos cas de *polyarthrite infantile* étaient *bi-latéraux* et en général une opération par articulation a suffi puisqu'il n'y a pas eu d'opération itérative.

Les *panarthrites*, bien que nous n'ayons pratiqué que 3 fois des interventions bi-latérales, présentent presque toujours des ankyloses bi-latérales, ainsi d'ailleurs qu'aux genoux, aux pieds et souvent aux articulations des membres supérieurs. La réankylose dans ces cas est particulièrement fréquente, puisque 3 fois il a fallu réintervenir sur un même malade.

Les *spondylarthrites ankylosantes* ont présenté dans la moitié des cas des formes bi-latérales et 3 malades ont subi des interventions itératives, dont l'un deux fois; 4 avaient subi préalablement des ostéotomies vertébrales.

Enfin les *polyarthrites chroniques évolutives* au nombre de 7, présentaient 3 formes bi-latérales et n'ont jamais eu besoin de nouvelles opérations.

On voit la tendance à la réossification de certaines formes (S. A., polyarthrite infantile, panarthrite), je dis bien réossification, car il s'agit bien plus d'un blocage de mouvements par des formations osseuses qui partent à la fois de l'os iliaque et du fémur que d'une ankylose par pont osseux continu. Dans presque tous les cas nous avons rencontré une véritable néarthrose entre des formations osseuses, mais le blocage était presque total.

Matériel employé: Au début, nous avons pratiqué l'intervention de Smith Peterson, c'est ainsi que nous avons mis en place 19 fois la cup. Plus tard, nous avons mis en place la prothèse de Judet dans 13 cas. Pensant obtenir un meilleur résultat nous avons placé dans 8 cas à la fois la prothèse de Judet et la cup. Enfin, dans deux cas, nous avons mis en place la prothèse de Léger et dans 13 cas la prothèse cervico-céphalique de Gosset.

Aucune de ces prothèses n'a évité les blocages et les formations osseuses péri-articulaires, mais il semble néanmoins que les meilleurs résultats obtenus sont ceux que donnent la prothèse de Gosset et celle de Léger. Nous avons eu 4 bons résultats avec les cups mais avec une certaine persistance des douleurs.

Si le résultat des arthroplasties dans le R. I. au point de vue fonctionnel n'est pas aussi favorable que dans les autres cas puisque chez beaucoup de malades nous n'avons guère obtenu plus de 20 à 30° de flexion, mais dans 6 cas l'amplitude des mouvements variait entre 40 et 70°, dans un cas elle atteignait 90°. Parmi les 4 malades qui avaient subi des ostéotomies vertébrales, deux ont eu des arthroplasties bilatérales et il est remarquable

de constater que ces 4 cas sont parmi les meilleurs résultats, pouvant marcher sans canne, ayant une amplitude de mouvements suffisante pour s'asseoir; un de ces cas qui a une double arthroplastie avec ostéotomie vertébrale réalise même l'exploit de se déplacer en sautant sur un seul pied. Dans un autre cas, l'amplitude dépassait largement l'angle droit; il s'agissait dans ce dernier cas d'une S.A. qui a été traitée longtemps à la cortisone et qui l'est encore actuellement. La cortisone nous a en effet permis d'améliorer les résultats immédiats, de supprimer les douleurs et de faciliter dans une grande mesure la rééducation, mais dès l'arrêt du traitement, les phénomènes douloureux réapparaissent et l'amplitude des mouvements diminue. Nous avons obtenu dans certains cas des mobilités à 90° de flexion qui sont retombées à 20°. Souvent d'ailleurs la mobilité s'est réduite au fur et à mesure que les formations osseuses se développaient.

Il n'en reste pas moins que les résultats sont toujours appréciables. Dans la majorité des cas, les douleurs diminuent ou disparaissent; les malades peuvent se déplacer et tirent toujours un bénéfice appréciable tel qu'ils sont le plus souvent satisfaits.

Rhumatisme dégénératif

Voyons maintenant le R.D. et les cas divers qu'il faut apparenter au R.D. Nous avons opéré ainsi 94 malades avec 10 formes bi-latérales.

Voici le détail de cette statistique:

— *Coxarthrose* simple centrée et décentrée mais non subluxée congénitalement, 69 opérations dont 8 bi-latérales et 2 itératives.

Chez ces malades nous avons mis:

5 fois une cup.

1 fois une cup, et une tête.

51 fois une tête acrylique type Judet ou Merle d'Aubigné.

4 fois une prothèse de Gosset.

1 fois une prothèse de Léger.

7 fois notre prothèse H.

— *Cas divers*: dans lesquels nous pouvons ranger:

— *les nécroses post-traumatiques*: 7 cas.

— *les luxations et subluxations congénitales compliquées d'arthrose*: 15 cas dont 1 bi-latéral.¹⁾

— Fractures du col du fémur: 8 cas.

— Pseudarthroses: 3 cas.

— Fracture spontanée chez une tabétique: 1 cas.

— Ankylose osseuse (séquelle d'arthrite suppurée): 1 cas.

¹⁾ Nous insistons sur le mot «compliqué d'arthrose» car les luxations congénitales non compliquées d'arthrose sont complètement différentes.

Dans tous ces cas nous avons mis:

- 5 fois la cup.
- 13 fois la prothèse de Judet.
- 13 fois la prothèse de Gosset.
- 3 fois notre prothèse H.

On peut dire en gros que les résultats sont excellents dans la rubrique classée sous les cas divers et bons dans les coxarthroses simples.

Les complications que nous avons observées dans les suites opératoires sont extrêmement rares, pratiquement il n'y a eu guère d'incidents. Dans un cas est survenue une paralysie du S.P.E., il s'agissait d'une luxation congénitale. Cette paralysie a été longue à régresser mais a fini par céder. La rupture de la fixation du trochanter est survenue deux fois dans les premiers cas où l'on utilisait la voie postéro-externe. Nous n'en voyons plus maintenant depuis que la technique de fixation est bien au point.

Nous n'avons jamais observé de luxations post-opératoires.

En ce qui concerne les phlébites nous en avons observé une double chez un malade traité en milieu hospitalier et qui n'avait pas été suffisamment surveillé et une phlébite variqueuse chez un malade qui avait de grosses varices, deux menaces de phlébites ont été jugulées immédiatement.

Dans 6 cas nous avons observé des points de côté pulmonaires (15 à 20 jours après l'opération) et qui étaient peut être des infarctus pulmonaires, bien que nous n'ayions eu de crachats hémoptiques qu'une fois.

Un décès est survenu un mois après l'opération, alors que le malade était en pleine rééducation et allait parfaitement bien. Le malade a été trouvé mort dans son lit cinq minutes après le passage de l'infirmière: embolie ou angor?

Nous voulons surtout insister sur la rareté des complications veineuses post-opératoires. Celles que nous avons observées étaient dans nos premiers cas. Actuellement, le danger phlébique ne nous tourmente pas: la surveillance de la prothrombine, de la coagulabilité du sang, la mobilisation immédiate et la rééducation dans l'eau semblent être les facteurs qui ont fait disparaître cette complication.

Nous avons observé 4 fractures de prothèses. Une survenue après une chute en abduction (fracture sous-capitale de la prothèse) la seconde après une chute violente sur la région trochantérienne (fracture de la jupe supérieure de la prothèse) la troisième paraît être spontanée et le premier signe a été l'apparition de la pointe de la prothèse sous la peau, la malade ne souffrant nullement — la malade avait eu à la fois une tête et une cup — la quatrième était une prothèse de Gosset premier type (fracture au niveau de la tige métallique à l'union des rainures avec la partie lisse): il s'agissait d'un paysan qui avait

repris son activité totale et qui, en labourant, c'est-à-dire en marchant sur un terrain inégal, sans choc, a ressenti une douleur et presque aussitôt n'a pu se déplacer qu'avec peine.

Toutes ces fractures ont été réopérées et on a pu constater exactement les lésions et étudier l'aspect de l'os sous-jacent à la prothèse. J'insiste encore sur le fait que pour ces 4 fractures de prothèses une seule est survenue sans choc.

Nous n'avons jamais observé de signes cliniques de dislocation de la prothèse (détérioration pour Merle d'Aubigné). Sur les radios dans un nombre assez important de cas, 15% après la deuxième année, nous avons observé un élargissement du canal de la prothèse qui ne s'accompagnait pas toujours de signes cliniques.

J'ai opéré de grandes dislocations de prothèses, mais comme je l'ai dit plus haut, ces malades avaient été opérés par d'autres chirurgiens insuffisamment avertis des procédés techniques ou qui avaient mis en place des prothèses mal faites; ce sont ces interventions itératives qui m'ont permis d'étudier avec le Dr Rutishauser et ses élèves les lésions histologiques de l'os sous-jacent à la prothèse.

Les résultats d'ensemble dans le R.D. sont bons. Les cas les plus favorables sont les nécroses post-traumatiques et les pseudarthroses où nous avons obtenu des restitutions ad integrum.

Les subluxations et les luxations basses compliquées d'arthrose nous ont également donné de très bons résultats. Sans doute, les malades continuent-ils à souffrir encore un peu, certains sont obligés de marcher avec une canne, mais la récupération est constante.

Nous avons observé, comme l'indique Merle d'Aubigné dans son rapport, quelques aggravations au cours de la deuxième année, mais nous pensons qu'avec la modification de la prothèse et l'adaptation mieux calculée le risque de dislocation secondaire va diminuer.

À la lumière des observations, des réinterventions que nous avons faites, des études radiologiques, mécaniques et histologiques que nous poursuivons depuis plusieurs années, les principes directeurs de la technique actuelle des arthroplasties de la hanche sont pour nous les suivants.

La voie d'abord doit être postéro-externe; c'est la seule qui donne une vue complète sur le cotyle et permet de déplacer le trochanter en allongeant le col. La technique opératoire doit être soigneusement étudiée sur des radios et sur des calques avant opération de façon à prévoir exactement les coupes osseuses sur le fémur, la direction de ces coupes; l'axe de la prothèse, sa direction par rapport à la corticale externe du fémur, son axe, le déplacement du trochanter, l'axe du col après sa reconstruction (qui n'a rien à voir avec l'axe de la prothèse), le creusement du cotyle, le comblement des géodes tant sur le moignon cervical restant que sur le cotyle. L'opération est faite avec beaucoup de

précision grâce à notre *appareil de visée*. Dans certains cas nous avons été amenés à faire de véritables greffes osseuses avec du tissu pris dans la banque d'os. Le centrage parfait du cotyle avec la prothèse fémorale est extrêmement important et il est indispensable d'avoir toujours un versant externe oblique en bas et en dehors au niveau du cotyle de façon à bien cercler la tête fémorale pour assurer une meilleure transmission des pressions de l'os iliaque sur le fémur. Tout ceci est capital quand on procède à la mise en place d'une prothèse simple.

Quand on utilise au contraire la prothèse cervico-capitale, seul le creusement du cotyle est important à étudier puisque l'extrémité articulaire est entièrement en matière plastique et que la direction du col est standardisée.

Il y a près de deux ans que nous avons insisté sur la nécessité de faire une épure préalable pour permettre de réaliser l'opération de façon presque automatique, comme un artisan construit une pièce mécanique ou un moteur d'après le dessin qui lui est remis. Cette étude est souvent longue, minutieuse à faire, mais elle facilite considérablement l'intervention qui se déroulera ainsi avec une sécurité complète, rien n'étant laissé au hasard, tout étant prévu d'avance. Le résultat final dépend en grande partie de cette assurance technique.

Mais les résultats dépendent aussi de la *rééducation*. Elle doit commencer le jour même de l'opération. Après l'intervention le malade est simplement placé sur une attelle de Boehler avec une extension continue par traction collée; ce dispositif est toujours suffisant. Le pied se maintient parfaitement en rotation indifférente si le cotyle est bien creusé et si l'axe de la prothèse est bon. Le soir de l'opération, le malade mobilise son pied et fait des contractions musculaires. Les jours suivants la rééducation active est poursuivie et du 12 au 16^e, quand la cicatrisation de la plaie est assurée, le malade est porté en piscine thermale où l'on commence l'hydrokinésithérapie. La marche est alors autorisée. Il est bien évident qu'il ne faut pas faire marcher à l'air libre trop tôt, même avec des béquilles, surtout quand il y a eu creusement du cotyle. Il se produit en effet très rapidement une membrane sur le cotyle et sur l'os sus-jacent une ébauche de corticale qui sont les premiers signes de réaction heureuse de l'os. Mais pour cela il faut un certain temps. Nous autorisons les malades à marcher à l'air libre au bout de 25 jours et avec des béquilles.

Quand il n'y a pas eu creusement du cotyle, ce qui est très rare, la marche est autorisée beaucoup plus tôt. Il faut insister sur l'importance de la kinésithérapie précoce et sur la façon dont celle-ci doit être conduite. Certains mouvements à l'air libre par le mécanisme des bras de levier mettent en jeu au niveau de l'articulation de la hanche des forces considérables qui se déroulent dans des directions telles qu'elles peuvent entraîner à la longue un ébranlement de la prothèse. Tant que la musculature n'est pas puissamment organisée et équilibrée autour de l'articu-

lation, c'est-à-dire tant que l'automatisme musculaire n'est pas rétabli, il faut se méfier de la kinésithérapie qui peut entraîner des troubles.

Avenir des arthroplasties de la hanche

Il est bien évident que la question des arthroplasties de la hanche est en pleine évolution. Les résultats s'améliorent peu à peu, au fur et à mesure que l'on commence à connaître les résultats tardifs qui permettent de préciser les indications et d'adopter à chaque cas une technique particulière.

La question est cependant loin d'être épuisée. L'os vit et réagit sous la prothèse et c'est de sa réaction que dépend le résultat final. Il est certain que la transmission des pressions se trouve considérablement troublée par la prothèse. La tête du fémur, de par sa structure spongieuse dense, de par la direction de ses fibres est parfaitement adaptée à son rôle qui consiste à absorber les pressions et à les répartir dans les directions les plus favorables, c'est-à-dire essentiellement selon un faisceau conique dont la petite base se dirige vers le bord inférieur du col et la corticale interne du fémur. Accessoirement quelques travées osseuses se dirigent vers le trochanter. Mais dès que l'on supprime cette région et qu'on la remplace par une prothèse, tout le système de répartition des pressions est faussé; on se trouve en présence

GT 50 «GEWO»

ANTIARTHROTICUM

**Indikationen: Chronische Polyarthrits
Arthrosen
Osteomalacie
Osteoporose**

Ed. Geistlich Söhne

A G. für chemische Industrie

Pharma-Abteilung

Wolhusen/Luzern

Muster und Literatur:

PROPHAC - rue Bauduin 54 - LUXEMBURG

d'un corps étranger rigide et inerte interposé sur une trajectoire de lignes de force et qui transmet les pressions selon les lois mécaniques habituelles propres à sa structure.

Il y a longtemps que nous avons insisté sur ce fait ²⁾ quand nous disions que la prothèse devait être placée dans des conditions mécaniques telles qu'elle puisse tenir sans être fixée, tout en transmettant les pressions dans les conditions les meilleures. Avec Rutishauser, Forestier, Grasset et Roubinowitsch ³⁾ nous avons montré que l'os sous la prothèse présentait des lésions de surcharge pouvant aller de l'éburnation à la résorption par ostéoclasie et qu'on lisait parfaitement sur les coupes le déséquilibre des pressions engendré par la prothèse incapable de distribuer normalement les pressions. Pour obtenir un bon résultat il faut donc que la prothèse quelle qu'elle soit, soit bien placée et sur un os vivant et solide.

- Bien placée, c'est-à-dire transmettant également les pressions sur la surface osseuse qui la reçoit; nous avons déjà insisté ailleurs sur les conditions techniques de l'opération.
- Sur un os vivant et solide, d'où la nécessité de réduire au minimum les dégâts osseux en particulier en réduisant le calibre du pivot qui détruit le tissu spongieux nourricier; le diamètre du pivot de notre prothèse H réduit de moitié cette perte de substance.

L'étude des résultats éloignés nous montre que ce sont les sujets jeunes qui supportent mieux la prothèse céphalique, les nécroses posttraumatiques, les sublaxations congénitales, certaines coxarthroses; les cas en somme où l'on peut ménager une partie importante du tissu spongieux de la tête et où ce tissu spongieux est de bonne qualité: saignement suffisant, consistance égale et régulière, coloration normale et égale. Si au contraire les lésions céphaliques sont importantes, coxarthroses très évoluées, grosses géodes, sujets âgés, plutôt que de placer une prothèse sur un mauvais moignon qui parfois est géodique, il vaut mieux faire le sacrifice total du col et placer une prothèse cervico-céphalique; le col de par sa structure (travaux de Delbet, Rutishauser et Dufour) n'est en effet pas adapté à ce rôle.

²⁾ J. J. Herbert et J. Paillot: *Sur les arthroplasties de la hanche*. S. de Ch. de Lyon 29 mai 1952.

J. J. Herbert: *La technique exacte des arthroplasties de la hanche*. Ac. de Ch. 11 juin 1952.

J. J. Herbert: *A propos des arthroplasties de la hanche*: Ac. de ch. 15 octobre 1952.

J. J. Herbert: *Arthroplastie de la hanche*. Rhumatologie juillet-août 1953. Numéro spécial du VIII^e Congrès international des Maladies Rhumatismales. Genève, Aix-les-Bains, Zurich, 24—28 août 1953.

³⁾ Rutishauser, J. Forestier, J. J. Herbert, Roubinowitsch, E. Grasset: *Aspects anatomo-cliniques des arthroplasties de la hanche*. Rapport fait à la Ligue Française contre le rhumatisme. Séance du 12 mars 1952.

mieux vaut donc le sacrifier et placer la prothèse sur la lame de Rodet dense, où normalement se concentrent toutes les pressions qui passent par l'articulation de la hanche. On comprend dans ces conditions combien peut être utile l'étude minutieuse des radiographies et les services que peuvent rendre les clichés agrandis qui permettent de mieux étudier la structure osseuse.

Ces principes que nous appliquons depuis quelques mois, permettront nous l'espérons d'améliorer encore les résultats mais dès maintenant nous voulons insister sur l'excellence des résultats obtenus avec la prothèse cervico-céphalique qui hormis les cas de réankylose dans le R.I. donne dans plus de 90% des cas de bons résultats: indolence, mobilité importante.

Depuis la rédaction de ce travail nous avons apporté une modification très importante à la technique. La prothèse est placée de façon rationnelle, normalement aux lignes de force et il n'y plus aucune destruction de la zone centrale, ce qui supprime les risques de dévitalisation du moignon.

Mineralsalz-Stoffwechsel-Präparat
SEPDELEN 7
Leber, Galle, Rheuma
♦
Das neuartige
perorale Kalium-Diureticum
Diathen
Wassersucht, Fettsucht (Hydroadipositas)
♦
SEPDELEN-WERKE G.M.B.H., HAMBURG
HAMBURG 1, Spitalerstrasse: 11-55



HEPATA

DRAGÉES

Kombination choloretisch
wirksamer Frischpflanzen.

- Rasches Einsetzen starker Cholereise
- spasmolytische Wirkung
- schnelles Abklingen entzündlicher Begleiterscheinungen

I N D I K A T I O N E N :

Cholangitis, Cholezystitis, Dyskinesien
der Gallenblase, Beschwerden der
Cholezystektomierten.

Dr. Madaus & Co.

KÖLN AM RHEIN

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg:

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

Téléphone: 35-26

Les indications de l'opération de Judet

par Norbert Heintz

Le Prix Danis a été attribué au Congrès de Chirurgie de Lisbonne (1953) à Robert Judet pour ses travaux sur la résection-reconstruction de la hanche par prothèse acrylique. La France a reconquis la première place en chirurgie osseuse.

Pratiquée pour la première fois en 1946, elle a obligé les chercheurs de tous les pays à approfondir et à reviser leurs connaissances sur la hanche.

Elle poursuit plusieurs buts, en premier lieu: rendre la hanche indolore. Elle a remplacé les interventions palliatives qui tendaient à supprimer la douleur dans la coxarthrie, capsulectomie d'un côté, neurotomies d'un autre.

La capsule articulaire est détrônée de son rôle de génératrice de douleurs-voir communication de A. Richard et R. Judet à l'Académie de Chirurgie 1951.

Les neurotomies visent à sectionner l'innervation sensitive de la hanche. Or il existe trois voies nerveuses différentes:

1° la branche postérieure du nerf obturateur; mais l'existence du nerf obturateur accessoire (suspubien) et les variations de division du nerf obturateur rendent la voie crurale illusoire, il fallait recourir à la voie souspéritonéale.

2° Par l'intermédiaire du nerf du carré crural, branche du sciatique, il existe une deuxième voie. Ainsi depuis Tavernier on associait une neurotomie postérieure à la neurotomie obturatrice.

3° Padovani a insisté sur les filets articulaires du nerf crural.

Le rôle du système sympathique n'est que partiellement connu et sa systématisation anatomique pour ainsi dire inexistante. Son rôle est plus grand que nous ne pensons à l'heure actuelle (Barré). Ne parlons pas de la possibilité de nevromes douloureux. Même pour la douleur, les résections ankylosantes donnaient des résultats bien supérieurs (p. ex. l'opération de Whitman).

Mais l'opération de Judet poursuit un deuxième but: elle crée une néarthrose et tout en donnant un point d'appui solide elle rend la mobilité à la hanche. Les interventions mobilisantes, comme la résection arthroplastique avec interposition de tenseur du fascia lata, n'ont marqué qu'une étape.

Les résultats lointains dépendent de la technique employée. Magistralement décrite dans «Résection-reconstruction de la hanche», par Jean Judet, Robert Judet, Jean Lagrange, Jean Dunoyer, nous y renvoyons le lecteur:

Une asepsie absolue est nécessaire. Notre maître Judet a abandonné complètement le catgut; l'hémostase est faite à la thermocoagulation et au fil d'acier.

La stérilisation de la tête en acrylique est faite par l'ébullition pendant dix minutes, dans les premiers temps au formol à 50° pendant 24 heures. Mais le formol peut donner des épanchements sereux qui durent quelques jours. On continue à mettre la tête en acrylique 12 heures dans le formol et on fait bouillir dix minutes au moment de l'intervention, ce qui a en outre pour effet de débarrasser la prothèse des traces de formol et d'éviter l'inconvénient indiqué.

Judet donne dans sa statistique 3,8% de suppurations. Dans la moitié de ces cas l'ablation de la plastie a été nécessaire.

Chez les autres la cicatrisation a été obtenue, mais le résultat fonctionnel était médiocre. Si une suppuration s'installe, la plaie opératoire est ouverte, le pus est enlevé. Après avoir aspergé largement d'antibiotiques auxquels le germe a été sensible, on referme sur un drain par lequel des antibiotiques sont injectés régulièrement.

Nous n'insistons pas sur le grand rôle de la rééducation postopératoire.

L'intelligence est bien, dit Barré, les connaissances, c'est mieux, mais le jugement est mieux encore. Nous rappelant de ces paroles nous avons choisi les *indications* comme sujet de notre discussion.

Car il ne faudra pas n'importe quelle prothèse, chez n'importe quel malade, avec n'importe quelle technique.



I) Les fractures du col du fémur

Tout d'abord un traitement orthopédique est entrepris. Telle fracture pénétrée va se consolider par simple immobilisation, telle autre avec déplacement aura besoin d'une extension continue, soit d'une réduction par la manoeuvre de Whitman ou de Henri Judet («Leadbetters technique» des auteurs anglosaxons). L'immobilisation sera faite dans la position de Whitman (abduction, extension et rotation interne) soit dans un plâtre en flexion de

Judet, la cuisse en flexion, abduction et rotation interne («the sitting Whitman position»).

La complexité des thérapeutiques va de pair avec la multitude des classifications:

Selon le mécanisme de la fracture

fracture par abduction

fracture par adduction

Selon l'obliquité du trait de fracture (Pauwels)

fracture à trait horizontal — l'angle formé par une ligne réunissant les deux épines antéro-supérieures et une ligne passant par le trait de fracture mesure moins de 30° —

fracture à trait vertical — angle plus grand que 30° —

Selon le déplacement des fragments

fracture en coxa vara

fracture en coxa valga

Selon leur relation avec la capsule articulaire (Astley Cooper)

fracture intraarticulaire

fracture extraarticulaire

Selon leur topographie anatomique (Delbet)

subcapitales

cervicotrochantériennes - basicervicales - transcervicales

Selon l'âge

avant 45 ans-transcervicales

à 45 ans-transcervicales et cervicotrochantériennes

chez le vieillard-cervicotrochantériennes

Selon la pénétration des fragments (Judet)

fracture avec pénétration

fracture à fragments libres

Et on trouvera des fractures qui consolident par simple immobilisation, et les autres qui ne consolident qu'après réduction parfaite ou après intervention chirurgicale:

fractures par adduction,

en coxa-vara

celles à trait vertical,

les intraarticulaires,

les cervicales,

celles à fragments libres.

Et il y en a d'autres encore qui n'obéissent pas au pronostic des classifications. Doit-on les passer sous silence, comme Schopenhauer ignorait un certain nombre de planétoïdes, parce qu'ils ne rentreraient pas dans son système?

Faites le tour du Lac des Quatre-Cantons vous découvrirez tous les cent mètres un autre panorama. Quelqu'un qui se demande laquelle de ces classifications est la meilleure, pourrait se demander aussi si c'est toujours le même lac.

La mise en place d'un clou de Smith-Petersen ou d'une vis de Lipmann est le traitement de choix dans les *ostéo-synthèses* du col du fémur. Le métal utilisé: le vitallium.

La *résection-reconstruction de la hanche* n'a que des indications limitées. Notre maître Judet les résume en deux indications:

- a) indications générales et vitales: grand âge où une immobilisation longue serait funeste;
- b) indications locales: fractures difficiles à réduire, survenues après trauma minime, avec col ostéoporotique, ayant peu de chance à consolider. L'indication est souvent posée seulement lors de l'intervention après arthrotomie.

Les sequelles des fractures du col du fémur

Ce sont avant tout les pseudarthroses, les nécroses ischémiques et les coxarthries survenant même sur des cols parfaitement réduits.

Une distinction essentielle est à faire: retard de consolidation et pseudarthrose.

Ainsi dans les cas relativement récents on peut être amené à faire soit un enclouage associé à un greffon osseux à la Phémister, soit une arthrotomie avec libération des tissus fibreux, avivement des surfaces fracturées et réduction parfaite suivie d'*ostéosynthèse*.

Les *ostéotomies* marquent l'étape suivante
intertrochantérienne - ostéotomie haute
soustrochantérienne - ostéotomie basse.

Elles peuvent corriger un mauvais appui, mais elles tendent surtout à rapprocher les deux fragments, à horizontaliser le trait de fracture. Souvent le cal fibreux s'ossifie.

Tel est le but de l'ostéotomie de bifurcation de Lorenz, qui est indiquée dans les fractures avec tête fémorale peu altérée et avec tête nécrosée.

De même l'ostéotomie soustrochantérienne cunéiforme de Pauwels, l'ostéotomie intertrochantérienne transversale de Putti.

L'étape ultime sont les *résections arthroplastiques*:

- 1) résection de la tête fémorale, avec abaissement du grand trochanter et implantation du moignon fémoral dans le cotyle, c'est l'opération de Whitman.
- 2) Dans l'opération de Colonna les muscles pelvitrochantériens sont abaissés, implantés sur la diaphyse fémorale et la diaphyse fémorale introduite dans le cotyle.
- 3) L'opération de Braquett nécessite un abaissement du grand trochanter. Le col taillé en pointe est enfoncé dans la tête évidée.

Ces interventions dites arthroplastiques cherchent à supprimer la douleur, à donner un appui solide; mais elles sont essen-

tiellement ankylosantes. Ce sont des interventions choquantes et elles ne sont indiquées que chez des sujets vigoureux.

Mais le meilleur traitement des pseudarthroses du col du fémur est la *résection — reconstruction en acrylique*. Elle ne s'applique pas seulement aux fractures à col long, mais aussi aux fractures à col court ou inexistant.

Dans ces deux dernières éventualités la prothèse est placée en valgus ou implantée dans la diaphyse fémorale (c'est le procédé de l'huméralisation de l'épiphyse fémorale) en même temps un abaissement du grand trochanter est nécessaire. La prothèse est maintenue par la tension des muscles pelvi-trochantériens. La section du petit trochanter et de la partie inférieure du sourcil cotyloïdien diminue l'abduction du fémur et le ramène en rectitude.

L'opération de Judet est indiquée dans la grande majorité des pseudarthroses du col fémoral; l'âge n'est pas une contreindication, tout au contraire; ni les interventions antérieures.

II) *Les coxarthries*

L'indication opératoire n'est pas tellement portée sur la limitation des mouvements, mais sur la douleur, à la marche, au repos. C'est le malade qui choisira le moment de l'intervention.

Nous devons diviser les coxarthries en deux groupes: les unes ont une cause connue, lésion préexistante: subluxation, coxa vara, coxa plana, fractures du col du fémur, éclatements traumatiques de la tête, fractures du cotyle, luxations, fractures-luxations. — Les autres n'ont pas de cause connue; peut-être ont-elles des étiologies différentes. L'intervention de choix est actuellement la *résection-reconstruction*. Nous devons passer en revue les

- neurotomies
- capsulectomies
- cheilotomies
- forages
- résections arthroplastiques
- acétabuloplasties avec cup de Smith-Petersen
- ostéotomies de bifurcation.

a) *Les neurotomies* n'ont plus guère d'indications.

b) *Capsulectomie*: Nous avons vu de bons résultats, de transitoires aussi. Notre maître Sorrel y associe la résection des ostéophytes et des forages cervicaux et céphaliques. Ces idées remontent à Graber-Duvernay. Il recherche à activer la vascularisation. L'intervention ainsi comprise peut s'appliquer à des lésions peu évoluées où la douleur et l'impotence semblent dues à quelques ostéophytes, à la présence de liquide intraarticulaire ou de corps étrangers chez des malades peu résistants. Parfois l'intervention peut rompre des adhérences, mais elle peut aussi en

créer, et une réintervention pour reconstruction en acrylique sera plus pénible. La résection modelante de Smith-Petersen est conçue dans le même esprit (section du bord antérieur du cotyle); M. André Richard pense que l'ablation d'un fragment de cotyle, appuyant sur un point de la tête malade, peut momentanément apporter un soulagement dû peut-être aussi en partie au repos au lit qui suit l'opération et aux modifications vasculaires. Mais plus ou moins tôt réapparaissent les douleurs, et avec ce qu'on sait maintenant grâce aux nombreux travaux de ces dernières années et à ceux en cours, on ne saurait plus admettre comme procédé valable la résection partielle du rebord cotyloïdien, alors que les douleurs sont dues aux lésions de la tête.

c) *L'intervention de Withman* est une excellente intervention. Mais doit-on s'y résigner à l'heure actuelle chez des sujets résistants, avec une bonne musculature, qui demandent une mobilité de leur hanche, l'indolence même au prix d'une rééducation souvent laborieuse. La résection-reconstruction a laissé toutes les portes ouvertes, en cas d'échec.

d) *Les ostéotomies* ont pour but de corriger une hanche fixée en adduction; on peut y associer une ténotomie des adducteurs. Elles n'ont plus beaucoup d'indications. De même *l'ostéotomie de McMurray*: le court-circuitage est une idée excellente; il cherche à corriger une attitude vicieuse, la tête fémorale ainsi qu'une partie inférieure du cotyle s'appuie directement sur le fémur: bon appui, indolence, correction d'une attitude vicieuse en résulteraient.

e) *Les arthrodèses intra articulaires* ont trouvé dans le passé sur les coxarthries unilatérales, à mobilité compromise et prédominance de l'élément douleur des indications fréquentes:

- 1) Avivement des surfaces articulaires, selon la méthode Albée;
- 2) Complétée par l'enchevillement au clou de Smith-Petersen par Watson-Jones.

La longue immobilisation pétrée a posé de tout temps des problèmes délicats chez des gens âgés.

f) *L'acétabuloplastie avec cup de Smith-Petersen* conçue d'abord pour protrusion acétabulaire, fractures du cotyle a été étendue plus tard à des lésions plus complexes dans la coxarthrie. Elle n'a donné que dans les mains de son auteur des résultats satisfaisants. Le creusement du cotyle, et au besoin l'acétabuloplastie restauratrice dans l'opération de Judet ont fait que l'acétabuloplastie de Smith-Petersen a été pratiquement abandonnée, au moins dans la coxarthrie.

En faisant le bilan de nos connaissances actuelles dans les lésions arthrosiques de la hanche, une conclusion pratique s'impose. Sauf contreindication d'ordre général — nous y reviendrons — *l'opération de Judet* est le traitement de choix de la

coxarthrie: Bénignité de l'intervention quoad vitam, pas d'immobilisation prolongée, espoir d'un gain fonctionnel important, et de suppression de douleurs.



III) *Les luxations congénitales de la hanche*

Nous envisageons deux groupes: Une coxarthrie s'est développée sur une hanche subluxée ou une luxation congénitale de la hanche réduite. Le traitement ne diffère en rien des coxarthries banales. Deuxième groupe: une luxation congénitale de la hanche s'aggrave à un point tel que le malade devient un infirme. La boiterie seule ne présente pas une indication, mais la fatigabilité accrue, les douleurs. Une coxarthrie débutant sur le côté controlatéral sur une hanche subluxée, mais silencieuse jusqu'à présent.

Ce grand drame de la hanche se joue en trois actes, avec des entr'actes plus ou moins longs. Et le plus impressionnant, et celui qui ne manque rarement, c'est le dernier.

1° Chez l'enfant *la réduction orthopédique* est tentée, suivie d'immobilisation plâtrée. La position à donner à la hanche réduite est différemment résolue suivant les différents auteurs. Les lois mathématiques de Bergognat, Calot et Fouchet nous forcent à nous souvenir qu'elle doit être fonction de la configuration anatomique de la tête, de son antétorsion, de son angle d'inclinaison que J. Fouquet résume ainsi:

- 1) l'axe du col et de la tête doit être horizontal et transversal c. à d. la rotation doit corriger l'angle de torsion;
- 2) l'axe du col doit se présenter sur sa longueur maxima c. à d. l'abduction est fonction de l'angle de pente (= angle complémentaire de l'angle d'inclinaison);
- 3) la tête doit effleurer en haut le cartilage en Y, la flexion est d'un droit et demi dans la première position, de un dans la deuxième et d'un demi droit dans la troisième position.

Mais est-ce qu'une hanche est un problème uniquement mathématique, uniquement mécanique? Assurément non.

Les réductions imparfaites, les luxations irréductibles, les fausses réductions nécessitent *la reposition sanglante*. (Leveuf et Bertrand - Putti et Zanoli.)

2° Mais le rideau se lève sur le deuxième acte. La croissance osseuse est terminée ou même plus tôt. Les lésions anatomiques sont constituées; c'est le traitement des subluxations résiduelles, des hanches incoercibles, des luxations progressives, des douleurs dues à un mauvais appui ou à une attitude vicieuse en adduction et rotation externe comme dans les luxations antérieures.

a) *La butée ostéoplastique*, volet iliaque à charnière inférieure selon la conception classique ou à volet supérieur selon la

conception de Judet, renforcé par des copeaux osseux ou par une plastie vissée en acrylique selon le procédé de A. Richard qui permet un lever plus précoce pendant que se consolide la butée sous-jacente, bien placée au contact *direct* de la tête.

b) *Les ostéotomies* dites de direction corrigent dans les luxations antérieures une hanche douloureuse en adduction et rotation externe.

Dans les luxations postérieures le mauvais appui, la lordose, l'adduction sont corrigés par l'ostéotomie haute, en regard du cotyle (Froehlich) — ou par l'ostéotomie basse, en regard de l'ischion (Schanz).

L'ostéotomie de bifurcation de Lorenz vise deux buts: appui du fémur, allongement relatif du fémur réalisé par l'abduction. C'est l'ostéotomie de Camera; qui seule donne des résultats valables (Robert Judet).

c) Devant la complexité des lésions certains n'hésitent pas à entreprendre des interventions très complexes aussi:

sections des tendons qui gênent la réduction, les adducteurs, la gaine du couturier, le droit antérieur et le psoas creusement du cotyle,

résection de la partie céphalique qui bave vers le bas ostéotomie supracondylienne pour la correction de l'antéversion.

Howorth donne dans les «Annals of Surgery» Philadelphie, avril 1952 pp. 508—519 un exposé de son expérience basée sur 300 cas.

3° Et le drame continue: défilé de grands infirmes; les traitements antérieurs ont échoué, la dysplasie épiphysaire fémorale progresse: douleurs accrues dans une luxation uni- ou bilatérale, la hanche controlatérale saine ou subluxée montre des lésions d'usure progressive, l'attitude vicieuse et l'asymétrie des membres inférieurs deviennent de plus en plus gênantes, les douleurs lombaires de plus en plus intolérables. *La résection-reconstruction* devient le traitement de nécessité.

Ni une butée, ni une ostéotomie antérieure ne posent une contre-indication. Elle permet de corriger une coxa-vara, l'antéversion ou la retroversion du col, de créer un nouveau cotyle, tout en donnant à la hanche un appui solide et en permettant une meilleure marche; cependant dans l'ensemble les résultats sont moins brillants que pour les séquelles des fractures du col ou dans les coxarthries.



Les contre-indications

1° *L'infection* est une contre-indication absolue, aucune arthrite au stade aigu ne peut bénéficier de la résection-reconstruction. De même l'ostéoarthrite tuberculeuse, ni en évolution, ni stabilisée, malgré certaines publications rapportant des résultats encourageants.

Cependant dans les séquelles d'ostéomyélite aiguë la résection-reconstruction peut être tentée: ankylose en mauvaise position, ankylose en attitude favorable à la fonction chez les jeunes, luxations pathologiques.

Comme seule indication chez l'enfant notre maître Judet retient la luxation post-ostéomyéлитique, fût-ce seulement une solution temporaire.

Mais dans la coxalgie le traitement de choix sont les arthroèses extraarticulaires, tel le pont-levis iliaque de A. Richard.

2° Les arthropathies nerveuses, le tabès, les myasthénies présentent un terrain peu favorable à la reconstruction mobilisatrice. De même les ankyloses cerclées, la maladie d'Ombrédanne (maladie ostéogénique), les tumeurs osseuses, la maladie de Paget et de Recklinghausen.

3° L'état général dicte certaines contreindications relatives: l'éthylisme, l'obésité, les varices, le manque de volonté à la rééducation, les polyarthrites avec ossifications anarchiques.



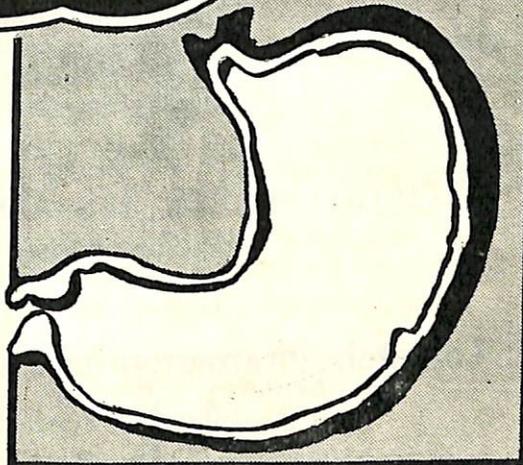
NOUVEAU!

Succus Liquiritiae

Glycyrrhizae succus
deglycyrrhizinatus

UNE GUERISON RAPIDE ET
RADICALE DE:

Ulcère de l'estomac.
Ulcères du duodénum.
Gastrite aiguë et chronique.
Gastro-entérite
Gastro-duodénite.
Hyperacidité.
Troubles gastriques nerveux.
Troubles gastriques dus à
la grossesse.



DANS TOUTES PHARMACIES

Présentation: boîte de 48 tablettes.

Echantillon gratuit sur demande.

IMPORTATEUR: M. M. WILKIN, 30, RUE LAIRESSE - LIEGE - BELGIQUE

LAIT ALBUMINEUX

EN POUDRE

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

Marque »Ursa« non écrémé

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

Indications: Les mêmes que pour le
lait albumineux frais :

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

Marque »Ursa 2« 2/3 écrémé

Indications:

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

SOCIÉTÉ LAITIÈRE DES ALPES BERNOISES

STALDEN EMMENTAL, SUISSE

Au Grand-Duché de Luxembourg:

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois

S. A.

23, Rue Mercier - LUXEMBOURG

Echantillons médicaux et littérature détaillée à disposition.

Nous nous permettons d'attirer votre attention sur nos

PRODUITS

fabriqués dans nos laboratoires par un personnel spécialisé luxembourgeois, sous le contrôle permanent d'un pharmacien diplômé :

Antitussol

Sirop pectoral pour enfants à base d'Ipéca cp. Baume de Tolu et Aconit.

Flacon de 150 gr.

Bromothym

Sirop pectoral à base de Bromures, Codéine et Extrait de Thym.

Flacon de 200 gr.

Codobrome

Sirop pectoral à base de Codéine, Bromoforme et Aconit.

Flacon de 200 gr.

Créosulf

Sirop pectoral à base de Sulfogaiacolate de K, Créosote et Lactophosphates.

Flacon de 200 gr.

Ephésirop

Sirop pectoral à base d'Ephédrine.

Flacon de 150 gr.

Sapoformyl

Antiseptique, désinfectant à base de formol, très efficace, non irritant. Lavages, désinfections de linge etc.

Flacons de 100 cc
de 300 cc

Rheumacalm

Antirhumatismal externe liquide très efficace.

Flacon de 100 cc

TOUS CES PRODUITS SONT ACCEPTÉS PAR LES CAISSES DE MALADIE.

La Ferrine

Elixir à base de fer ferreux soluble. Anémie, chlorose, neurasthénie convalescence.

Flacon de 500 cc

Produits du

**Comptoir Pharmaceutique
Luxembourgeois**

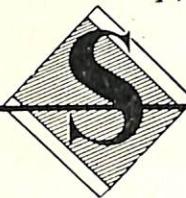
SOCIÉTÉ ANONYME
LUXEMBOURG
23, rue Mercier



MÉDICATION SÉDATIVE
du
SYSTÈME NERVEUX

GARDÉNAL
Phényl-éthyl-malonylurée

RUTONAL
Phényl-méthyl-malonylurée

SONÉRYL
Butyl-éthyl-malonylurée

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES
SPECIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

INFORMATION MÉDICALE - 28, COURS ALBERT 1^{er} - PARIS (8^e) - TEL. : BAL. 10-70

SUCCURSALE DE BRUXELLES : 38, RUE DE L'AUTOMNE - TEL. 481230

Les têtes humérales en acrylique

par André Richard, Paris et Norbert Heintz, Luxembourg

La reconstruction prothétique acrylique de l'extrémité supérieure de l'humérus dans le traitement des raideurs de l'épaule doit répondre à des exigences anatomiques, physiologiques et mécaniques toutes particulières. La tête humérale représente le tiers d'une sphère de 30 mm de rayon, le diamètre vertical est plus grand que le diamètre antéro-postérieur. Son axe, dirigé en dehors et en bas forme avec l'axe du corps de l'humérus un angle de 130°. La cavité glénoïdienne revêtue de son cartilage, surface faiblement concave, a une forme ovale à grande extrémité inférieure. Le bourrelet glénoïdien adapte la cavité glénoïdienne à la tête humérale. Mais ce bourrelet, tout en augmentant la profondeur de la cavité glénoïdienne n'en augmente que très peu l'étendue, et la tête de l'humérus n'est que partiellement reçue dans la cavité; seuls les ligaments l'y maintiennent.

Les particularités anatomiques de l'articulation scapulo-humérale la différencient de l'articulation coxo-fémorale.

Deux fonctions essentielles à la hanche: appui et mobilité, une seule à l'épaule: mobilité.

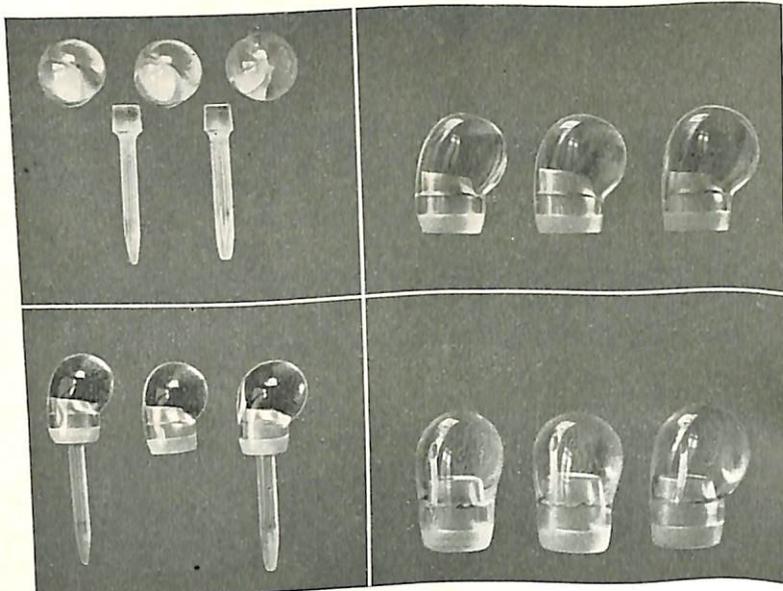
Description de la tête plastique (type A. Richard)

Elle est fournie en une seule pièce ou en deux: La tête proprement dite, avec diamètres 39-41-43 mm et la tige intramédullaire avec diamètres 10 et 12 mm.

Un stock minimum de deux tiges, et plutôt davantage, et de trois têtes permet de s'adapter aux différences individuelles.

Dans le service de l'hôpital Saint-Louis la préférence est donnée aux têtes humérales en deux pièces, car le volume de la tête ne peut préjuger du diamètre de la cavité médullaire de la diaphyse humérale.

Les indications et la technique de la prothèse humérale supérieure (type Richard-Delchef) ne rentrent pas dans le cadre de ce travail.



En haut à gauche :

Tête humérale (type Richard).

La tête proprement dite est vue d'en haut 39/41/45 mm.

La tige intramédullaire 10/12 mm.

Remarquer les cannelures parallèles à l'axe de la tige.

En bas et à gauche :

Têtes et tiges sont solidarisées.

En haut et à droite :

Les têtes de calibre différent, vues de face. La face interne s'interrompt entre la partie sphérique et cylindrique (angle de 130°). Sur la face externe transition progressive.

En bas et à droite :

Profil 3/4, destiné à montrer le cercle métallique dentelé, le tunnel par lequel est passé le crin double lors de la réinsertion du sus- et sous-épineux.

a) La tête proprement dite: La portion sphérique s'interrompt sur la face interne pour se continuer par la partie cylindrique et formant avec elle un angle de 130° . Celle-ci est destinée à venir coiffer le moignon huméral et à recevoir la tige intramédullaire; un cercle métallique dentelé est enchassé à l'intérieur. Il va assurer la prise solide entre tête et tige. C'est d'ailleurs le seul élément visible à la radio.

Un tunnel est creusé à la face postéro-supérieure de la tête, endroit qui correspond à l'insertion des muscles sus- et sous-épineux sur la grosse tubérosité.

Sur la face externe de la pièce la transition entre portion sphérique et cylindrique se fait progressivement, sans cassure.

b) La tige intramédullaire est coiffée d'une portion tronconique destinée à être reçue dans la portion cylindrique de la tête. (Contrairement à la reconstruction prothétique de la hanche,

l'emploi de la tarière n'est pas nécessaire. Il s'agit là d'introduire la tige dans un tunnel creusé dans la corticale externe du fémur.)

Par contre elle porte des cannelures parallèles à son grand axe; le bourgeonnement du tissu médullaire va lui assurer une fixité parfaite.

Technique:

1. incision delto-pectorale;
2. arthrotomie;
3. section du col chirurgical;
4. libération de la tête;
5. mise en place de la tige intramédullaire;
6. solidarisation de la tête et de la tige;
7. réinsertion des muscles sus- et sous-épineux;
8. suture des plans musculo-aponevrotiques et de la peau.

L'anesthésie générale doit donner un relâchement musculaire complet. Elle est complétée au besoin par un curarisant. Le choix de la voie d'abord est capital. Le résultat fonctionnel dépendra de l'intégrité du deltoïde, abducteur principal et accessoirement rotateur interne et externe du bras. Toute voie d'abord qui sectionne ses fibres ou qui compromet son innervation est à proscrire. La voie delto-pectorale seule le respecte intégralement. Après découverte du sillon delto-pectoral la veine céphalique est reclinée ou plus souvent réséquée. Le deltoïde est écarté par un écarteur d'Ollier. On effondre le mince feuillet aponevrotique sousdeltoïdien.

La résection de la tête humérale qui se fait sur le cadavre avec une rare élégance et dans les lésions tuberculeuses avec une rapidité surprenante va rencontrer dans les fractures-luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus, les arthroses scapulo-humérales des difficultés que laissent prévoir la clinique et la radiographie: ostéophytes souvent énormes, cal exubérant, donnant à la tête un aspect parfois monstrueux, en champignon, adhérences et épaisissements de la capsule articulaire; calcifications pericapsulaires, etc. La coulisse bicipitale est le point de repère pour l'arthrotomie. L'étendue des lésions nécessite la libération et l'écartement, parfois la section temporaire de la longue portion du biceps.

La résection suivie de reconstruction prothétique diffère essentiellement de la résection pour tumeur blanche de l'épaule: Libération capsulo-périostique externe et interne à la rugine, résection large. Dans la reconstruction prothétique il est formellement contre-indiqué de faire une résection souspériostée. Les muscles rotateurs doivent être conservés. Pendant tout ce temps on se sert de ciseaux ou d'un bistouri mince, et non de la rugine. L'arrachement de nombreux fragments capsulopériostiques est la cause majeure de formations ostéophytiques ultérieures qui peuvent compromettre la mobilité.

Le danger à éviter est le nerf circonflexe qui depuis son émergence de l'espace quadrilatère huméro-tricipital de Velpeau suit la face postérieure du col chirurgical, avant de se perdre dans la face profonde du deltoïde. Libérer seulement le col chirurgical à la rugine pour ménager le circonflexe.

Les muscles sus- et sous-épineux ont été désinsérés de la grande tubérosité (aux ciseaux ou au bistouri) avec un soin tout particulier et repérés, ils seront solidarités activement avec la tête en acrylique par deux crins dans un temps ultérieur; on conserve ainsi leur fonction d'abducteur et de rotateur du bras et leur rôle de ligament actif de l'épaule.

La résection de la tête qui peut être faite en médecine opératoire à la scie de Gigli ou à la scie rectiligne, est effectuée aux ciseaux frappés, avec section première du col, entouré de deux raspatrices de Lambotte, à la demande de la lésion.

Dans l'impossibilité de luxer la tête, on est parfois obligé de la sortir morceau par morceau. Dans les fractures multifragmentaires ou à tout petit fragment céphalique (fracture du col anatomique) il faut rechercher tous les fragments, causes d'ossifications. Après avivement des bords de l'humérus la mise en place de la tige intramédullaire de calibre approprié s'effectue sans difficulté.

Le choix de la dimension de la tête et sa solidarisation avec la tige au chasse clou constituent le temps suivant et particulier de cette intervention. On passe maintenant les deux crins par le tunnel de la tête plastique. La vérification d'une bonne hémostasie, activée au besoin par des éponges Spongel-Thrombase, les antibiotiques in situ (facultatifs), la suture des plans musculéo-aponevrotiques et de la peau n'offrent rien de particulier.

L'immobilisation par une bande de Velpeau sera maintenue dix jours.

L'immobilisation active et passive sera entreprise au 8^e ou au 10^e jour, sans massages du deltoïde, pour ne pas favoriser l'exubérance des ostéophytes, et même une dizaine de séances de radiothérapie seront faites pour inhiber l'activité ostéogénique, la plastie ne tenant que par enfoncement à frottement dur du collet de la tête autour de la section de la diaphyse humérale.

Facteurs qui conditionnent les résultats lointains

- l'intégrité anatomique et fonctionnelle du deltoïde, du sus- et du sous-épineux,
- le degré de périarthrite scapulo-humérale antérieure à l'intervention,
- l'intégrité de l'omoplate (glène),
- la mobilisation active post-opératoire,

L'antibiotique doué du plus large
spectre antibactérien

Synthomycétine LEPETIT



Présentations :

SYNTHOMYCETINE CAPSULES

Flacon de 12 capsules dosées à 250 mg

SYNTHOMYCETINE SUPPOSITOIRES

Boîte de 10 suppos. dosés à 125 mg

Boîte de 10 suppos. dosés à 250 mg

Boîte de 5 suppos. dosés à 500 mg

SYNTHOMYCETINE POMMADE

Tube de 5 g de pommade à 5%

SYNTHOMYCETINE SIROP

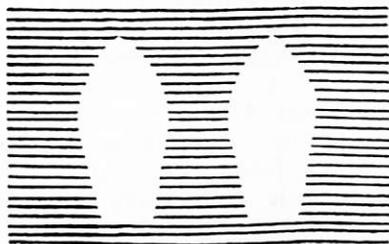
Flacon de 50 g renfermant 5% de
palmitate de chloramphénicol

SYNTHOMYCETINE GRANULE

Flacon de 30 g contenant 10% de
palmitate de chloramphénicol

Pour la thérapie rapide des angines

Bismocétine LEPETIT



Camphocarbonate
de BISMUTH C,110

+

SYNTHOMYCETINE
lévogyre 0,200
par suppositoire.

Potentialisation des actions spé-
cifiques du Bismuth et de la
Synthomycétine.

Possibilité d'exploiter toute l'efficacité thérapeutique du Bismuth sans
crainte des réactions secondaires, que pourrait provoquer un surdosage
du médicament.

Particulièrement indiquée en pédiatrie,

la posologie moyenne est de 1-2 suppos. par jour
Adultes : 2-3 suppos. par jour

LEPETIT, S. p. A. Via Carlo Tenca, 34, Milano

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :
PROPHAC, Rue Baudouin, 54, Luxembourg, Tél. 30-73

— la formation de calcifications autour de la néoarticulation, parfois imprévisible, surtout dans les séquelles de fractures-luxations.

Indications (voir Journal de Chirurgie: T. 68, N° 8—9, 1952 pp. 537 à 548. Reconstruction prothétique acrylique de l'extrémité supérieure de l'humérus spécialement au cours des fractures-luxations par A. Richard, R. Judet et L. René.)

- les raideurs de l'épaule et séquelles douloureuses des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, luxations de l'épaule, fractures-luxations;
- la péri-arthrite scapulo-humérale (posttraumatique). Pour Tavernier il y aurait fréquemment association d'arthrite et de périarthrite. L'arthrite serait le phénomène initial;
- la scapularthrie avec lésions arthrosiques importantes de l'extrémité supérieure de l'humérus (forme hypertrophique);
- les séquelles de l'ostéochondrite disséquante;
- certaines formes d'épaule ballante (origine: osseuse) avec intégrité nerveuse et musculaire.

Contre indications

- la tuberculose de l'épaule;
- les arthrites en évolution.

Les résultats éloignés :

La résection de l'épaule, suivie de reconstruction avec tête humérale en acrylique marque dans le traitement de l'ankylose de l'épaule un progrès important. Le polyméthylacrylate de méthyle est parfaitement toléré par l'organisme. Un recul de plus de cinq années dans la résection-reconstruction de la hanche avec tête en acrylique nous permettent les pronostics les plus optimistes. Cependant, comme le fait remarquer Judet dans son excellent livre, nous ne savons pas comment le polyméthylacrylate de méthyle sera toléré d'ici des dizaines d'années. L'avenir va nous l'apprendre. Jusqu'à présent nous n'avons vu aucun cas de non-tolérance au niveau de l'épaule.

La statistique s'enrichit journellement de bons résultats, voire d'excellents. Toujours les mouvements de pro- et retropulsion sont complets et puissants, ceux d'abduction dépendent de l'absence d'ostéophytes, ceux d'élévation sont en rapport avec l'amélioration progressive, de la technique et l'observation des résultats éloignés (voir article de A. Richard, R. Judet et L. René in Journal de Chirurgie, cité ci-dessus).

Nous avons observé deux cas de calcifications périarticulaires que rien n'avait fait prévoir à l'intervention, une réintervention a été nécessaire. Finalement le résultat fonctionnel a été satis-

faisant. Dans ce cas la radiothérapie, les infiltrations à la novocaine peuvent être tentées.

La reprise de la mobilité est en général rapide, la force musculaire dépend en partie de la volonté du malade et de la rééducation. Tous les mouvements actifs et passifs sont possibles flexion, extension, abduction, adduction, rotation interne et externe.

Nous n'avons pas observé de séquelles douloureuses, pas de luxations, subluxations ou instabilité articulaire.

Dans les mains d'un chirurgien rompu aux difficultés de la chirurgie osseuse cette intervention est une arme très puissante.

Bibliographie

A. Richard, R. Judet et L. René: Reconstruction prothétique acrylique de l'extrémité supérieure de l'humérus spécialement au cours des fractures-luxations.

Journal de chirurgie, T. 68, N° 8-9, 1952, pp. 537-548.

Robert Judet, Jean Judet et Jean Lagrange: Arthroplastie de l'épaule par prothèse acrylique.

Revue de chirurgie, T. 72, N° 5-6, 1953, 129-146.

Traitement local
du rhumatisme et des maladies analogues
par la pomade

TRANSVASINE

- calme rapidement la douleur par son composant analgésique.
- contient un nouveau dérivé salicylique qui pénètre rapidement par la peau et assure une forte concentration locale d'acide salicylique.
- par ses deux esters nicotiniques elle provoque une forte vasodilatation et augmente l'irrigation sanguine.

INDICATIONS : *Rhumatismes musculaires (myalgies, lumbago), névralgies, névrites (sciatique), arthrites rhumatismales, torticolis, synovites aiguës etc.*

Pour diminuer la teneur de l'organisme en sodium

ENATROL

produit échangeur de cations

L'ENATROL contient:

- une résine synthétique carboxylique qui fixe le sodium dans le tractus intestinal.
- le sel potassique de la résine synthétique carboxylique et le bicarbonate de potassium qui préservent l'organisme des pertes de potassium.
- une résine synthétique polyaminique empêche l'apparition d'une acidose qui pourrait se produire en cas de forte suppression de sodium.

L'ENATROL est indiqué

dans tous les cas où restriction du sodium est un avantage:
l'insuffisance cardiaque
l'hypertension artérielle
la cirrhose hépatique
la rétention de sodium dans la grossesse
les oedèmes d'origine néphritique etc.

Boîte contenant 20 sachets de 14 gr.

HAMOL S. A., Section Pharmaceutique, ZURICH

Echantillons et littérature:

PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 30-73

Quelques considérations sur le traitement des tumeurs malignes du sein

par François d'Huart, F. I. C. S.

Pour traiter le cancer du sein nous disposons pour le moment de 3 méthodes, dont la première supplante encore nettement les deux autres; ce sont: le traitement chirurgical, la radiothérapie et le traitement hormonal. Et les quelques remarques que nous avons l'intention de formuler, se rapportent surtout au traitement chirurgical des néoplasmes du sein. Il est évident que la radio- et l'hormonothérapie que nous voyons fréquemment associées à la méthode chirurgicale, peuvent rendre de réels services; mais nombre d'auteurs estiment que chacune de ces deux méthodes, prise seule et séparément, est encore d'une efficacité discutée et parfois irrégulière. La radiothérapie est un traitement de longue haleine, assez désagréable pour des malades sensibles au mal des rayons et coûteux à cause de la répétition des séances. Comme traitement adjuvant et associé on en use couramment dans la période avant ou après l'intervention chirurgicale. La statistique du Docteur Harrington de la Mayo Clinic indique que les métastases sont plus fréquentes et plus précoces dans les cas qui ont reçu des rayons après opération de Halsted; est-ce un pur hasard ou y a-t-il relation de cause à effet entre la radiothérapie post-opératoire et la date d'apparition des métastases cancéreuses? La réponse est impossible à faire; faisons toutefois remarquer que cette statistique se base sur un très grand nombre de sujets, sur celui de tous les malades des deux sexes opérés entre 1925 et 1951 à la Mayo Clinic.

L'hormone mâle — surtout sous son dérivé de méhyl-androstènediol qui est réputé avoir moins de propriétés «virilisantes» sur l'organisme féminin — est fréquemment utilisée sous forme d'injections ou d'implants après le traitement chirurgical de la lésion. D'autre part, nous ne devons pas perdre de vue que la folliculine prônée pour ses propriétés cancérigènes, a été employée avec un succès relatif dans le traitement de certains

cancers inopérables chez des sujets âgés. Il serait cependant dangereux de vouloir appliquer cette hormone chez la femme jeune ou d'âge moyen; chez cette dernière, — en pleine activité sexuelle — la tendance actuelle est plutôt de vouloir supprimer le flux des règles par un traitement radiothérapeutique ou chirurgical. Cette castration artificielle retarderait la date d'apparition des métastases et il paraît que dans ce but la castration par hystérectomie aurait des résultats bien supérieurs à celle par radiothérapie.

Après ces quelques considérations préliminaires nous arrivons au sujet proprement dit de notre préoccupation. Quelle méthode chirurgicale adopterons-nous pour traiter les lésions malignes de la mamelle? La technique considérée comme standard, est celle indiquée par Halsted, jadis professeur à Baltimore; elle consiste à enlever la tumeur en totalité avec la glande mammaire et les tissus sus-jacents ainsi que les muscles grand et petit pectoral; elle se termine par une extirpation minutieuse et patiente des ganglions de l'aisselle. On a voulu faire mieux et pour atteindre ce but, deux courants sont nés et ont vu le jour: l'un prétend qu'on pourrait se contenter d'une opération moins étendue, plus économique et l'autre, au contraire, se fait le défenseur d'une technique opératoire plus poussée, plus large. La première tendance restrictive affirme que la suppression de la tumeur avec la mamelle qui lui a donné naissance, serait suffisante pour obtenir la guérison; l'acte opératoire se réduirait, somme toute, à une simple mastectomie. Libre à vous, si vous le jugez opportun et nécessaire, de faire suivre cette intervention par un traitement aux rayons X. Je me rappelle avoir entendu au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie à Londres, en 1947, un professeur de la Faculté de Londres rompre une lance en faveur de cette technique opératoire avec preuves et statistiques à l'appui; de plus, en 1952, l'organe du «International College of Surgeons» a publié un article d'un chirurgien new-yorkais plaidant dans le même sens, c.-à-d. nous exhortant à restreindre l'opération à une simple extirpation de la tumeur, de la glande mammaire et des tissus cutanés. A l'opposé se trouvent les tenants de la tendance plus extensive et plus radicale. Ils partent d'un fait anatomique très précis, à savoir que les ganglions tributaires des tumeurs du sein ne se trouvent pas seulement dans l'aisselle, mais qu'il y a également des relais dans le creux sus-claviculaire et le long de l'artère mammaire interne. D'autre part il n'est pas rare qu'une tumeur du sein puisse inoculer des ganglions du côté opposé supposé sain. Ce sont ces faits précis et bien établis qui ont amené Owen Wangenstein à proposer comme opération de routine, une technique très élargie: en plus des manoeuvres préconisées par Halsted elle consiste à faire un évidement ganglionnaire très poussé du creux sus-claviculaire et du médiastin antérieur (chaîne mammaire interne) après section temporaire de la clavi-

NOUVELLE PREPARATION d'HORMONE MALE

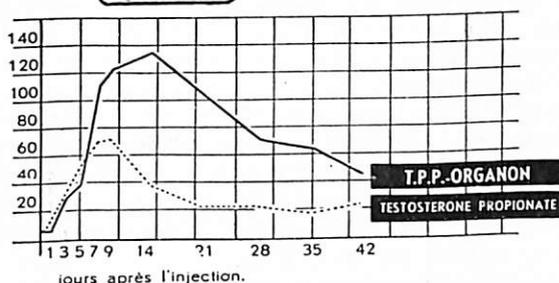
Traitement androgène au moyen de 2 à 4 injections PAR MOIS d'un nouveau dérivé de la testostérone.

T.P.P.-ORGANON

Testostérone - PHÉNYL Propionate

Poids des vésicules séminales (mg.)

Comparaison de l'effet d'une seule injection de 2,5 mg. de T.P.P. Organon et de 2,5 mg. de propionate de testostérone sur le poids des vésicules séminales du rat infantile castré.



Dérivé de la testostérone à action fortement retardée. Environ 4 fois plus actif que le propionate de testostérone. Solution huileuse limpide et indolore pour l'injection intramusculaire.

Prix identiques à ceux du propionate de testostérone. Donc 4 fois plus économiques.

CONDITIONNEMENTS: 3 amp. de 1 cm³ dosées à 10, 25 et 50 mg.

ORGANON BELGE S.A.

29, Avenue des Coursas, BRUXELLES - Tél. 48.74.04 - 47.96.79



Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :
PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 30-73

culé et des cartilages costaux. Il va sans dire que le choc opératoire est plus grand que dans l'opération standard considérée comme radicale jusqu'à ces derniers temps; seulement par la baronarcose et les méthodes de réanimation per — et postopératoire on arrive à le combattre efficacement. Le résultat esthétique est moins parfait que pour l'opération de Halsted: l'intervention comprend des manoeuvres de section osseuse et de ce fait on n'est jamais à l'abri de fistules éventuelles; mais qu'importe une cicatrice peut-être disgracieuse vis-à-vis de la délivrance quasi certaine d'un mal réputé incurable, répondent les protagonistes de la méthode élargie. Dans le périodique «Cancer» Vol. 5 N° 5 du mois de septembre 1952 la technique opératoire est expliquée en détail et les résultats immédiats de cette intervention sont rapportés avec beaucoup d'intérêt.

La méthode minima qui ne vise qu'à l'extirpation de la tumeur avec la glande mammaire se condamne par elle-même; en négligeant les voies et les ganglions lymphatiques de l'aiselle, elle laisse en place d'importants noyaux de cellules cancéreuses qui seront le point de départ de disséminations à distance et de récidives locales. La méthode élargie de Wangensteen nous semble être la méthode de l'avenir: du point de vue technique, elle semble vouloir atteindre à la perfection en supprimant tous les repères envahis par les métastases cancéreuses. Il nous faudra cependant attendre que ses gestes soient mieux codifiés et que nous ayons le recul nécessaire pour pouvoir juger avec équité du succès de cette technique opératoire. Jusqu'à ce moment contentons-nous de la méthode de Halsted qui, exécutée avec minutie, patience et exactitude, constitue encore aujourd'hui l'arme la plus puissante dont nous disposions, dans le combat contre le cancer du sein.

Même les tumeurs qui ont dépassé les limites de l'opérabilité, peuvent encore bénéficier des ressources de l'art chirurgical. Un néoplasme qui a récidivé sur place, a envahi le sein opposé ou essaimé au loin en formant des métastases osseuses, peut être traité avec un succès relatif par une surrénalectomie bilatérale totale. À première vue cette opération semble être un non-sens: jusqu'à ces dernières années il semblait bien établi que la vie était impossible sans une quantité minima de tissu surrénal. Cela a changé depuis l'avènement de la cortisone; on a démontré expérimentalement que des animaux privés de leurs deux surrénales pouvaient survivre grâce à l'administration d'une dose quotidienne de cortisone bien calculée. Les malades ainsi traitées — et j'en ai vu plusieurs à la Mayo Clinic — sont délivrées des douleurs qu'entraînent en général les métastases osseuses; la tumeur et les métastases semblent subir un retardement et un ralentissement dans leur évolution et les opérées accusent un bien-être qu'il est inhabituel de retrouver chez des malades à un stade aussi avancé de leur mal.

En terminant, je voudrais soumettre à mes lecteurs la suggestion et la recommandation que j'ai entendu faire par le Docteur Harrington à Rochester. En se fondant sur sa statistique personnelle et sur celle de la Mayo Clinic dans son ensemble, ce chirurgien a constaté que l'envahissement du sein non malade après opération pour cancer de la mamelle est une éventualité non négligeable, au contraire, même assez fréquente; c'est pour cette raison qu'il recommande à ses malades opérées de se faire enlever le sein opposé. Le sein qui est le siège de la tumeur, est traité d'après la technique de Halsted; du côté opposé le Dr. Harrington se contente d'exécuter une simple mastectomie, c.-à-d. la suppression du tissu glandulaire dans sa totalité. Faut-il approuver cette manière de faire, ou, au contraire, faut-il la réfuter en prétendant qu'il vaut mieux attendre le cours des événements et intervenir une seconde fois si le sein opposé est envahi? Je me garderai bien de prendre position et ce n'est qu'à l'avenir, quand on disposera des statistiques nécessaires, qu'on pourra prendre une décision valable.



Prospectus et littérature
sur demande.

**IMITATION IS THE SINCEREST
FORM OF FLATTERY (Colton)**

*Seuls les Comprimés ROTER
originaux possèdent, grâce à la préparation
spéciale du sel de bismuth, des propriétés
spécifiquement thérapeutiques dans le traitement
de l'ulcère peptique en donnant le plus haut
healing rate.*

PHARMACEUTISCHE FABRIEK « ROTER »
HILVERSUM — HOLLANDE

Linacidine

Acides gras essentiels non saturés

Indications

Eczéma

Furonculose

Ulcère torpide

Croûte de lait

Capsules - Onguent - Liquide - Amp. ad inject.

Integral S.A.

61, Rue de Strasbourg - Luxembourg

Tél. 35-26



CONVALYT

LIQUIDUM

Enthält die herz- und gefäß-
wirksamen Inhaltsstoffe
der *Convallaria majalis* in
genuiner Form.

- ◆ Exakte Dosierbarkeit
- ◆ Ausreichende Resorption
- ◆ Gute Verträglichkeit

INDIKATIONEN:

Bradykarde Dekompensationen, kar-
diale Oedeme, dauernde Kreislauffür-
sorge im Anschluss an die Injektions-
therapie, periphere und zentrale
Durchblutungsstörungen.

Dr. Madaus & Co.
KÖLN AM RHEIN

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg:
INTEGRAL S. A. - 61, rue de Strasbourg
Luxembourg

Téléphone: 35-26

MONDORF - LES - BAINS

(Grand-Duché de Luxembourg)

FOIE ET NUTRITION

OUVERT du 1^{er} mars au 1^{er} novembre

*Renseignements : Établissement Thermal ou Syndicat
d'Initiative à Mondorf - les - Bains*

Hernie diaphragmatique et éventration diaphragmatique

par M. Demoullin

La relaxation diaphragmatique donne souvent l'illusion d'une hernie des viscères, estomac et colon, dans le thorax. Tandis que les hernies sont un chapitre de la thérapeutique chirurgicale, l'éventration diaphragmatique ne demande pas d'intervention. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rappeler quelques signes permettant d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Dans le cas d'éventration diaphragmatique, ou il s'agit d'une anomalie de la cloison musculo-tendineuse, on peut voir la coupole remonter à gauche sans poche à air gastrique excessive et atteindre un niveau tout à fait anormal, quelle que soit la position du malade. Cette particularité semble devoir être assimilée à ce qu'on appelle le mégadiaphragme, bien que la première dénomination caractérise une lésion acquise et un relâchement, alors que la seconde correspond à une malformation congénitale.

Dès maintenant, notons que les paralysies partielles ou les éventrations localisées par faiblesse musculaire idiopathique, si elles se manifestent à l'inspiration profonde en altérant le jeu du diaphragme, sont déjà reconnaissables à l'état statique sous forme d'une voussure antéromédiane.

L'hémi-diaphragme relâché, examiné au point de vue anatomique, est aminci dans sa partie musculaire. Il se trouve transformé presque totalement en un sac fibreux, distendu au maximum et considérablement refoulé en haut du côté de la cavité thoracique.

Le diaphragme relâché monte plus haut que le diaphragme simplement paralysé.

Le diagnostic différentiel entre l'éventration diaphragmatique et le diaphragme paralysé est presque impossible, les symptômes cliniques étant sensiblement les mêmes.

Radiologiquement on trouve dans le champ pulmonaire inférieur gauche en dessous du diaphragme remonté, des ombres anormales assez particulières provoquées par la présence d'une

partie de l'estomac et du colon. Le coeur se trouve par suite refoulé à droite et le poumon gauche présente un léger voile par atelectasie. L'ombre du diaphragme garde une forme caractéristique et presque toujours constante au cours des changements de position du malade. Pendant la respiration on observe tantôt une diminution d'amplitude, tantôt une immobilité complète du diaphragme.

Le diagnostic d'éventration diaphragmatique n'est certain que quand il est possible de représenter séparément le diaphragme et la paroi stomacale.

En pratiquant un pneumo-péritoine, on ne trouvera pas de pneumothorax dans cette altération; on ne découvrira donc pas au-dessus du diaphragme d'ombres pathologiques. Au contraire, si ces signes sont perceptibles, il s'agira sûrement d'une hernie diaphragmatique. Dans le cas où une éventration et une affection pleuro-pulmonaire de la base existent simultanément, il est impossible d'établir un diagnostic différentiel précis.

Dans le cas de hernie diaphragmatique, les radiographies sont plus variées. Bien que manifestée parfois par les mêmes symptômes, il s'agit d'une affection tout à fait différente du point de vue anatomique. On parle de hernie diaphragmatique lorsque des organes abdominaux passent par une brèche du diaphragme et viennent se loger dans la cage thoracique. La radiologie seule permet de déceler cette anomalie.

La hernie diaphragmatique proprement dite se traduit par la formation d'un sac herniaire, c'est-à-dire que les organes abdominaux refoulent devant eux le péritoine et la plèvre diaphragmatique en passant par la brèche du diaphragme.

Quand ce sac herniaire manque, les viscères se trouvent libres dans la cage thoracique; il s'agit alors de fausse hernie, d'une hernia diaphragmatica spuria. C'est cette forme que l'on rencontre le plus souvent. Le traumatisme joue un rôle important dans l'étiologie de ce type herniaire. Le diaphragme peut être ainsi déchiré par un éclat d'obus et par le fait d'une pression négative qui règne à l'intérieur du thorax les organes abdominaux y sont aspirés. La déchirure du diaphragme peut être aussi provoquée par un autre agent, soit une compression brutale du thorax, soit un coup violent porté à l'abdomen.

Les hernies diaphragmatiques spontanées empruntent les orifices normaux du muscle ou ses points faibles; celles qui passent par l'orifice oesophagien sont certainement les plus fréquentes.

Il s'agit dans ces cas d'un relâchement des tissus conjonctifs. Comme dans le cas de l'éventration, la hernie diaphragmatique gauche est de loin la plus fréquente, ce qui s'explique par la barrière qu'oppose le foie à la hernie du côté droit. D'après Wellens, les symptômes cliniques n'auraient rien de caractéristique: Douleurs dyspepsies, névralgies intercostales, douleurs d'angine de poitrine;

Troubles gastro-intestinaux: dysphagie, nausées, vomissements, hématoméses. Crises douloureuses intermittentes épigastriques;

Troubles cardio-vasculaires: toux sèche, dyspnée et palpitations. Ajoutons ici que dans 4 de nos 5 cas les malades se plaignaient de douleurs rhumatismales dans l'épaule gauche.

Toutefois, si par l'examen clinique, il est impossible de poser un diagnostic certain de hernie diaphragmatique, il est parfaitement possible de la soupçonner. Surtout si les antécédents comportent un accident grave, de cette région, qui vient s'ajouter à des signes cliniques plus ou moins caractéristiques. Le diagnostic différentiel est particulièrement difficile. Seul l'examen radioscopique est susceptible de trancher la question. Quand on réussit à démontrer indubitablement que l'ombre constituant la limite supérieure est formée par le diaphragme, il s'agit de relaxation.

L'accélération expiratoire du mouvement du diaphragme elle aussi serait en faveur de la relaxation et contre la hernie. Le mouvement dit paradoxal (l'ascension inspiratoire) de l'ombre, aurait également une certaine valeur en vue du diagnostic différentiel. On n'a pas souvent constaté jusqu'à présent ce mouvement paradoxal dans l'éventration, mais seulement dans la hernie.

Les hernies diaphragmatiques de quelque importance peuvent se diagnostiquer à l'écran par les signes essentiels suivants:

- 1) Discontinuité ou absence de coupole diaphragmatique;
- 2) Déplacement de l'ombre cardiaque;
- 3) Présence d'ombres anormales assez particulières dans l'un des hémithorax au-dessous des restes de la coupole diaphragmatique;
- 4) Communication thoraco-abdominale;
- 5) Mouvement paradoxal du diaphragme.

Ces signes permettent d'éliminer l'éventration diaphragmatique, le diverticule volumineux de la partie inférieure de l'oesophage, les kystes pulmonaires et les affections pleuropulmonaires.

L'examen radiologique comportera toujours la scopie et la graphie réalisées toutes deux dans diverses positions. Il sera même nécessaire parfois de pratiquer un pneumo-péritoine; s'il se forme alors un pneumothorax, il s'agira sûrement d'une hernie diaphragmatique.

Présentation des cas:

Observation 1. — G. Joseph, Polonais, 45 ans. Il y a 3 ans il fut renversé par une échelle qui le blessa au côté gauche du thorax et à l'épaule gauche. Depuis cet accident il se plaint de douleurs dans l'épaule gauche irradiant vers la région dorsale du même côté. La radiographie de l'épaule ne révélant rien

d'anormal, nous pratiquâmes une radioscopie pulmonaire qui montra, en position debout, une poche d'air de la grosseur d'un poing, située dans l'hémithorax gauche au-dessus des restes du diaphragme. Celui-ci est peu mobile, mais n'est pas animé de mouvements paradoxaux.

La poche se remplit après absorption de liquide baryté et remonte en Trendelenburg jusque sous la clavicule gauche. Notre sujet n'avait jamais souffert d'aucun trouble digestif; donc, à part les douleurs à l'épaule gauche, cette affection n'avait jamais causé de troubles.

Ce cas nous montre que les symptômes des hernies diaphragmatiques spontanées peuvent être tellement insignifiants, que le malade n'en fait mention qu'après interrogatoire. Et même quand ils existent, ils n'ont rien de caractéristique.

Observation 2. — Robert R., 48 ans, tailleur. Rien de spécial dans les antécédents, si ce n'est une perforation de la région thoracique gauche par une balle, en novembre 1941. Lors de cette blessure de guerre, fracture de deux côtes; le malade cracha du sang pendant 3 semaines, mais déjà en mai 1942 il reprit son service et dans la suite il ne ressentit plus de douleurs dans la région thoracique. Le 23 décembre 1947, vers minuit, douleurs vives dans l'épigastre gauche irradiant dans l'épaule gauche. Le lendemain les douleurs disparurent, mais des crises douloureuses intermittentes se manifestèrent par la suite à la respiration profonde et surtout après les repas. Une ponction pleurale, pratiquée par le médecin traitant, ramena alors un liquide sanguinolent, épais et fétide. Le malade est admis au service de médecine interne avec le diagnostic de pleurésie exsudative hémorragique, putride.

Mauvais état général. Dans la région du trapèze et du grand dorsal, tuméfaction pâteuse et douloureuse à la palpation. L'hémithorax gauche ne participe presque pas à la respiration. Matité à la base gauche s'étendant jusqu'à la hauteur de la quatrième côte. Dans cette région pas de signes de respiration. Hématémèses, sang dans les selles. Température subfébrile. Pouls mou, 90 à la minute. Le malade crache continuellement du sang, par la suite la valeur de l'hémoglobine passe de 71% à 21%; les globules rouges de 4,08 à 1,98 millions par mm³.

Comme le malade accuse toujours des douleurs dans l'épaule gauche, on nous demande une radiographie de cette région qui ne révèle rien d'anormal. A la radioscopie pulmonaire, nous trouvons une opacification de la base gauche et dans le champ pulmonaire moyen une poche à air avec niveau liquide. Cette poche se remplit de liquide baryté, sa base est en contact avec le diaphragme.

Toute la grosse tubérosité de l'estomac se trouve dans l'hémithorax gauche. Signe de Holzkecht-Jacobson négatif. La communication thoraco-abdominale est très nette au niveau de la

coupole diaphragmatique. En Trendelenburg, l'estomac remonte légèrement. Discontinuité de la coupole diaphragmatique. L'ombre cardiaque est refoulée vers la droite. Adhérences pleuro-diaphragmatiques. Pas d'excursion diaphragmatique.

Il s'agit là encore d'un cas de hernie diaphragmatique traumatique n'ayant pendant plusieurs années pas causé de troubles au porteur.

Observation 3. — Z. Henri, 54 ans, ouvrier d'usine. Le malade se plaint depuis quelques années d'aigreurs et de douleurs dans le creux épigastrique, n'ayant pas de rapport fixe avec les repas. Vomissements fréquents.

A la radioscopie en position debout, même après absorption de liquide baryté, on ne remarque rien d'anormal. Le diaphragme gauche est bien mobile. En Trendelenburg il se remplit une partie de l'estomac de la dimension d'une mandarine, qui se trouve séparée du reste de l'estomac par le diaphragme et se loge dans le médiastin inférieur.

Il s'agit d'une hernie diaphragmatique spontanée qui passe par l'orifice oesophagien.

Observation 4. — Madame F. Jean, 62 ans. Antécédents sans particularités. Depuis sa jeunesse la malade ressent des douleurs intermittentes dans l'épaule gauche. Les douleurs surviennent surtout après des repas copieux. Depuis trois mois, lourdeurs dans la région épigastrique et tiraillement dans le bas-ventre. A la radioscopie des organes du thorax le diaphragme gauche est remonté jusqu'à la hauteur du champ pulmonaire supérieur. Il n'est pas mobile. Le cœur ainsi que l'aorte sont fortement refoulés vers la droite et vers le haut. Pas de discontinuité de la coupole diaphragmatique. Dans le champ pulmonaire inférieur gauche se trouvent deux poches d'air, chacune environ de la grosseur d'un poing. L'une appartient à l'estomac et l'autre au colon, comme on a pu constater après l'absorption de baryte et par lavement baryté. En position debout et en position couchée la coupole diaphragmatique gauche reste sensiblement à la même hauteur. Le signe de Holzknecht-Jacobson est négatif. Ici encore il s'agit d'une éventration diaphragmatique.

Observation 5. — F. Mathilde, 47 ans. Antécédents sans particularités. La malade se plaint depuis plusieurs années de crises douloureuses intermittentes qui surviennent régulièrement après des repas copieux ou des mets difficiles à digérer. Ces douleurs irradient jusqu'à l'épaule gauche. C'est pourquoi la malade a été traitée pour des rhumatismes de l'épaule gauche.

Bon état général. Examen hématologique et des urines normal.

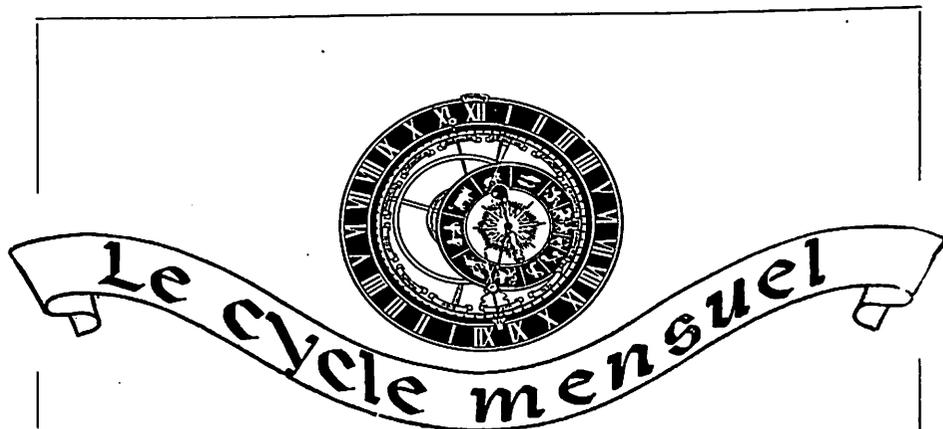
Nous constatons en position debout, sans préparation, dans le champ pulmonaire inférieur gauche, deux poches gazeuses de

la grosseur d'une orange sans niveau liquide, ainsi que la présence d'ombres anormales dans cette même région. Diminution de l'amplitude des mouvements du diaphragme.

Après absorption de baryte, l'une de ces poches se remplit; elle correspond à la grosse tubérosité de l'estomac. Le corps de l'estomac est placé horizontalement et l'antrum, ainsi que le bulbe duodénal, sont dirigés vers le bas. L'évacuation n'est pas retardée. La coupole diaphragmatique ne montre pas de discontinuité. Dans toute son étendue elle se dissocie facilement de l'estomac. L'ombre cardiaque est nettement refoulée vers la droite et vers le haut. La suite de l'examen montre que la deuxième poche d'air correspond à une partie du colon transverse. En Trendelenburg, le diaphragme ne remonte presque pas. Le signe de Holzkecht-Jacobson est négatif. Il s'agit donc ici d'une éventration diaphragmatique.

Conclusion: Nous avons rapporté deux cas de relâchement diaphragmatique et 3 cas de hernie diaphragmatique d'un intérêt spécial.

Quatre cas présentaient un signe clinique encore peu connu jusqu'à ce jour, savoir: des douleurs irradiant jusqu'à l'épaule gauche. Ce signe, ainsi que le déplacement de l'ombre cardiaque à droite, attire notre attention sur l'intérêt qu'il peut y avoir à faire absorber de la bouillie barytée au malade, étant donné que dans le cas de certaines images kystiques et ombres assez particulières de la partie inférieure de l'hémithorax gauche, l'interprétation serait impossible sans absorption préalable de baryte. De plus nous avons essayé de donner quelques signes permettant le diagnostic différentiel entre hernie diaphragmatique et éventration diaphragmatique.



LE DISMÉNOL

en alliant l'action spasmolytique puissante de l'acide p-sulfaminobenzoïque à l'action analgésique de la diméthylaminophénazone, constitue le médicament de choix dans le traitement symptomatique de la dysménorrhée.

AGPHARM S. A. - Lucerne (Suisse)

Représentant Général pour le Grand - Duché de Luxembourg :
PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 30-73

APONDON

THYROÏDE DETOXIQUÉE

PHARMACOLOGIQUEMENT
POUR LE TRAITEMENT DE
L'OBESITÉ
du **MYXŒDEME**
ET DES
DYSFONCTIONS ENDOCRINIENNES
APPARENTÉES



Ces effets secondaires ne surviennent pas
avec L'APONDON

*Le traitement par l'APONDON ne trouble ni le sommeil, ni les
activités normales de la journée*

Flacons de 25 et 500 dragées

Pour échantillons et renseignements complémentaires s'adresser à nos agents :

SOCIÉTÉ BELGE DE PHARMACIE "SOBELPHA" S.P.R.L. - 306, Av. de la Couronne - BRUXELLES

VERITAS DRUG COMPANY LIMITED
LONDRES ET SHREWSBURY, ANGLETERRE

Etude statistique de 160 cas d'aspiration endocavitaire

par A. Hostert

Avant-propos

Un certain nombre de travaux ayant été publiés sur le drainage endocavitaire, il nous a semblé utile de réunir une fois les résultats obtenus par ce type d'intervention, pratiqué chez 160 malades de la station climatique de Leysin entre 1939 et 1951.

Le but que nous poursuivons est plutôt une étude statistique que critique. En agissant ainsi nous pensons serrer la réalité d'aussi près que possible.

Nous avons inclus dans nos calculs tous les cas de Monaldi sans discrimination. Les statistiques élaborées portent sur les résultats des cas et non pas sur les résultats locaux obtenus par le drainage.

Les circonstances ne nous ayant pas permis de conserver le contact avec nombre de malades (27,5%), nous sommes malheureusement obligés de baser nos observations avant tout sur les résultats immédiats, c'est-à-dire tels qu'ils sont au départ du sanatorium. La valeur des résultats obtenus, auxquels manque l'épreuve du temps, pourra être contestée; elle ne contribue pas moins à nous donner une idée du rendement thérapeutique de la méthode.

Résultats d'ensemble

Avant d'indiquer les différents résultats obtenus, il est bon de les classer arbitrairement en cinq catégories:

Sont considérés comme *succès complets* (= +), les cas chez lesquels nous notons une guérison clinique avec fermeture radiologique de la caverne et stérilisation des expectorations. Quelques-uns de ces cas conservent encore des séquelles radiologiques importantes à leur sortie de sanatorium.

Passent pour *améliorés* (= ++), les cas, qui, à la suite du traitement ont vu leur caverne diminuer fortement et chez qui

s'est établi un certain degré de stabilisation clinique. Du fait qu'il persiste des émissions bacillaires, l'amélioration ne sera que passagère, comme nous le verrons plus loin.

Les cas *stationnaires* (= + + +) le sont à un double point de vue: d'une part l'état général du malade ne se modifie pas, d'autre part l'intervention par drainage n'a eu aucune influence quelle qu'elle soit.

Les malades *aggravés* (= + + + +) sont ceux dont la maladie continue son évolution grave et dont l'intervention a eu un effet parfois nul, parfois malfaisant.

Enfin, dans les *décès* (= O) nous comprenons tous les cas d'exitus qu'ils soient dus à la méthode même, à la tuberculose ou encore à un accident intercurrent, à condition qu'il soit attribuable à la maladie.

En appréciant ainsi les cas d'après un groupe de critères cliniques, radiologiques et bactériologiques, nous avons obtenu les *résultats immédiats* suivants, pour tous les drainages, y compris ceux associés à une collapsothérapie:

+	46 cas	29 % (chiffre arrondi)
++	29 cas	18 %
+++	18 cas	11 %
++++	29 cas	18 %
O	38 cas	24 %
	<hr/>	
	160 cas	

L'action immédiate de la méthode de Monaldi a donc été efficace pour un pourcentage relativement modeste de 29%. Il faut toutefois signaler que parmi ces 160 malades dix ont subi des tentatives infructueuses de drainage qui ont dû être arrêtées après peu de jours (6 cas de pleurésie purulente due à un décollement pleural et 4 cas d'hémoptysie abondante). Si nous laissons de côté par exemple ces échecs du début, le taux des succès immédiats serait alors de 36,5%. Nous verrons en outre que ce faible rendement est surtout dû à la gravité et à l'étendue des lésions traitées.

Si nous étudions ces résultats après un recul variant entre 6 mois et 5 ans (en moyenne 2 ans) nous obtenons les *résultats éloignés* que voici:

Entre parenthèses: n'entrent évidemment pas dans ce calcul les malades décédés en fin de cure (= 38 cas), ainsi que ceux dont nous n'avons pas pu avoir de nouvelles depuis leur sortie de sanatorium (= 44 cas). Ainsi il reste encore 78 cas pour la statistique des résultats éloignés.

Sur ces 78 patients, 25 vont cliniquement bien, sont abacillaires et ont partiellement repris leur travail; 16 ont conservé un état pulmonaire stationnaire, 5 ont eu une rechute locale, 10 ont poursuivi leur évolution morbide grave et enfin 22 sont décédés,

la plupart de ces décès ayant eu lieu chez des malades traités par drainage seul.

Si nous considérons maintenant les résultats éloignés, et ceci pour chacune des catégories énoncées plus haut, nous trouvons:

	+	++	+++	++++	Total
vont bien	25	/	/	/	25
stationnaires	/	7	9	/	16
rechutes locales	4	1	/	/	5
évolution morbide	3	3	2	2	10
décès tardifs	/	6	3	13	22
	32	46			78 cas

En laissant de côté les «sans nouvelles» (= 44 cas), il ressort des calculs que, après recul, le drainage, associé ou non à une collapsothérapie chirurgicale, est susceptible de donner une proportion de 21% de résultats complets et durables (25 cas sur 116), c'est-à-dire que 4 Monaldi sur 5 ont manqué leur but.

Cette statistique nous montre en outre la grosse valeur pronostique d'une bacielloscopie négative à la sortie du sanatorium. En effet, sur 32 malades, sorties abacillaires et dont nous avons des nouvelles, 7 seulement ont rechuté, alors que 25 vont bien. Tandis que sur 46 malades, restés bacillaires, 30 ont aggravé leur maladie, alors que les 16 autres sont restés stationnaires, aucun n'ayant fait un progrès quelconque.

Résultats détaillés

A) *En fonction du traitement institué et des catégories envisagées:*

Comme nous venons de le voir, nous enregistrons sur 160 cas de Monaldi 46 succès immédiats (= 29%).

Si nous envisageons par quelles méthodes ces bons résultats ont été obtenus, nous constatons que 31 fois sur 64 l'association drainage thoracoplastie de fixation (= MTh) a été couronnée de succès (48,4%), ce qui est supérieur aux résultats pour les thoracoplasties pures aux indications limites (35%), publiés en 1946 par le Dr de Rham.

7 fois sur 24, on a réussi à fermer par le drainage (= ThM) les cavernes résiduelles sous thoracoplastie (= 29,1%). procédé qui a été aussi concluant dans un cas sur deux de caverne résiduelle sous Pneumothorax extrapleurale (= ExM).

Enfin, le drainage autonome (= M) a été un succès complet dans 7 cas sur 70 (= 10%). Mais il faut bien noter que la plupart de ces derniers cas étaient à un stade où nulle autre thérapeutique active ne pouvait entrer en ligne de compte en particulier la thoracoplastie complémentaire de sécurité. Dans ce groupe se situent donc des cas aux deux extrêmes de l'échelle de gravité, de sorte que ce taux n'a qu'une valeur relative.

Le tableau suivant, plus éloquent et plus instructif que toute énumération, nous montre la répartition des différentes méthodes appliquées et les *résultats immédiats* qui en découlent.

	+	++	+++	++++	O
64 M Th	31=48,4%	11	7	3	12
24 Th M	7=29,1%	7	4	2	4
2 Ex M	1	/	/	/	1
70 M	7=10%	11	7	24	21
		46	114		

Sur 160 cas de Monaldi, nous enregistrons donc 114 échecs immédiats partiels ou complets, dont 33 pour M Th, 17 pour Th M et 63 pour le drainage simple.

Enumérer les causes de ces échecs précoces, dépasserait le but que nous nous sommes proposé. Elles sont variables et multiples de sorte qu'il est quasi impossible de les exprimer numériquement.

Dans le groupe des M Th, nous avons eu l'impression que les échecs étaient surtout d'ordre local, la collapsothérapie empêchant la réexpansion de la cavité, mais n'arrivant pas à en assurer la fermeture. La plupart des décès ont eu lieu pendant les suites opératoires.

L'association Th M a été encore moins heureuse. Ses échecs sont dus à autant d'évolutions générales que locales.

Enfin le drainage autonome se voit lourdement grevé par tous les cas limites auxquels on a appliqué le traitement comme une sorte d'extrême-onction médicale.

Dans quelle mesure ces résultats immédiats se sont-ils maintenus?

Pour les 32 cas du groupe des 46 succès immédiats dont nous avons pu avoir des nouvelles, 25 sont apparemment guéris (78%). Répartis suivant le traitement, il y a sur 18 drainages suivis de thoracoplastie 15 bons cas et 3 mauvais, ces derniers dus à une rechute locale et à la reprise de l'évolution de la maladie. Sur 7 thoracoplasties suivies de Monaldi, nous remarquons 6 bons cas et un malade qui crache par intermittences des bacilles, les tomographies ayant montré un reliquat de caverne. L'extra-pleural suivi de Monaldi va bien et enfin pour les 7 drainages autonomes, 4 vont bien et les 3 autres ont eu une rechute locale.

Nous pensons en déduire que si le drainage en prévision d'une thoracoplastie ou le drainage d'une caverne résiduelle sous thoracoplastie donnent un résultat immédiat favorable, le pronostic éloigné est relativement bon. Par contre, le résultat immédiat favorable d'un Monaldi autonome n'assure pas le pronostic lointain.

Lorsqu'il n'y a pas de résultat immédiat favorable, le pronostic est toujours mauvais; la probabilité de survie de ces malades, restés positifs à la fin de la cure, est limitée.

B) *Résultats immédiats obtenus suivant les années où l'intervention fut pratiquée:*

En 1943, MM. Morin et Arnold indiquaient que 2 à 3% des tuberculeux pulmonaires hospitalisés à Leysin étaient soignés par la méthode du drainage endocavitaire. Mais à cette période, comme le fait ressortir le tableau suivant, la méthode passait plutôt par une phase de faveur qui devait se répéter vers 1948, probablement due à un espoir trompeur dans l'effet local des antibiotiques. Actuellement, nous notons de nouveau une réduction du nombre des drainages, ceci étant en partie dû aux progrès des autres méthodes thérapeutiques, comme l'exérèse qui a acquis une place de choix dans le traitement des cavités résiduelles sous thoracoplastie. Ainsi, nous évaluons entre 0,5 et 1% le rôle qu'a joué l'aspiration endocavitaire en milieu sanatorial.

	1939	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
nombre de cas	14	12	22	10	13	6	8	7	14	22	16	10	6	160
+	6	4	3	4	1	4	3	1	5	6	3	5	1	46
++	2	2	8	/	2	1	/	/	/	5	5	1	3	29
+++	/	1	3	1	2	/	1	2	4	3	1	/	/	18
++++	2	3	4	1	3	/	2	2	1	2	3	4	2	29
0	4	2	4	4	5	1	2	2	4	6	4	/	/	38
	sur 92 cas 26 succès = 28,2 %								sur 68 cas 20 succès = 29,4 %					

On remarquera que le taux des succès ne varie guère suivant les années d'observation. Cela signifie-t-il que l'on n'a pas fait de progrès en matière de drainage endocavitaire depuis la phase d'expérimentation? On pourrait être tenté de le croire. Mais il ne faut pas oublier, et nous le verrons plus loin, que ces résultats, décevants au premier coup d'oeil, le sont surtout en fonction de l'étendue des lésions et de la grandeur de la caverne à traiter.

On remarquera également qu'il n'y a statistiquement aucune différence entre les résultats de l'ère préstreptomycinique et de l'ère des antibiotiques pour autant que les lésions soient de même gravité... D'un côté, nous notons 28,2%, de l'autre côté 29,4%.

Si nous envisageons la question sous un autre angle, nous voyons que 50 cas ont reçu des antibiotiques; parmi eux relevons 14 succès (28%), alors que ceux qui ont été traités par l'aspiration simple, soit 110, ont 29% de chance de se tirer favorablement d'affaire (32 cas). Nous pensons en déduire que, du point de vue statistique, le traitement médicamenteux sous forme d'installations intracavitaires d'antibiotiques n'a nullement contribué à améliorer les résultats du drainage. Monaldi lui-même a d'ailleurs émis l'avis que les antibiotiques n'étaient utiles qu'à la fin du traitement, la caverne étant près de s'effacer.

C) Résultats immédiats en fonction de la lésion en cause

L'étude de la gravité ou de l'étendue des lésions à traiter montre que les résultats obtenus ne sont pas aussi mauvais que l'on serait tenté de le croire.

Dans 10% des cas, on avait seulement affaire à une tuberculose pulmonaire unilatérale et excavée. Le succès a été de l'ordre de 37,5%. Dans 60,5%, il s'agissait de tuberculose pulmonaire bilatérale excavée d'un côté et nous enregistrons 35% de bons résultats, taux qui va descendre à 13% pour les cas de tuberculose pulmonaire excavée des deux côtés.

Si l'étendue des lésions est en grande partie responsable des échecs essayés, la grandeur des cavernes l'est encore plus. Et nous savons que le traitement des grosses spélonques a toujours été décevant. Rappelons une observation qui a été récemment faite à Passy: En additionnant sur la téléradiographie les deux diamètres vertical et transversal de la géode, l'auteur trouve que le taux de mortalité des cavitaires, sans discrimination de traitement, est de

100%	pour plus de 15 cm
85%	15, — 12,5
78%	12,5—10
50%	10 — 7,5
41%	7,5— 5,5
16%	5,5— 2

Dans nos cas, nous n'avons pas pris soin de mesurer les diamètres en question, ce qui nous aurait mené trop loin. Mais d'une manière générale, un des diamètres de l'ulcération à traiter dépassait, et souvent de loin, les 4 à 5 cm. Ainsi, nous pouvons dire, que, grosso modo, le taux de survie de nos cas correspond à celui de la statistique de Passy; on ne peut donc ni condamner ni préconiser la méthode qui nous intéresse lorsqu'il s'agit de telles cavités.

La révision des dossiers des malades ayant servi à cette étude, a fait apparaître en outre que l'exérèse n'aurait pu être indiquée qu'assez rarement, tellement les malades étaient touchés par la maladie.

Ainsi, les succès et les échecs de la méthode sont étroitement liés à ses indications, qui ont été souvent posées dans le but de ne pas laisser un malade sans traitement, plutôt que dans l'espoir chimérique d'une guérison illusoire (indication psychologique).

Il semble donc bien, qu'à Leysin tout au moins, le drainage ait été réservé à des cas en général mauvais, et pour lesquels les autres méthodes n'étaient pas applicables. Donc, même si les résultats d'ensemble de la méthode apparaissent médiocres, il reste vrai qu'elle a permis de tirer d'affaire des cas qui sans elle étaient désespérés. On pourra même aller jusqu'à dire que la majorité des malades pour lesquels nous enregistrons un succès, ont été sauvés grâce à la méthode de Monaldi.

Conclusions

Il ressort de nos calculs que le succès immédiat obtenu par le drainage endocavitaire s'élève à 29% de tous les cas traités. Il est d'environ la moitié lorsqu'il s'agit de drainage avec une thoracoplastie consécutive; d'un tiers si le drainage succède à la collapsothérapie chirurgicale et de 10% pour le drainage simple.

Le pronostic éloigné est toujours mauvais pour les malades qui n'ont pas réagi favorablement dès le début du traitement; pour les autres, il est meilleur lorsqu'il y a association avec thoracoplastie que lors du Monaldi autonome, où les rechutes locales sont fréquentes.

Enfin, fait qui semble paradoxal, le taux des guérisons ne s'est pas modifié depuis l'ère des antibiotiques alors que les différents traitements chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire en ont nettement bénéficié.

Le Monaldi a été d'une indiscutable utilité dans des cas de grosses cavernes où il a permis de réduire le nombre et la longueur des côtes à réséquer lors de la thoracoplastie et ainsi de sauvegarder une plus grande partie de la fonction respiratoire. C'est là, nous semble-t-il, la meilleure indication de ce traitement: toujours est-il qu'il faut que ces cavernes soient entourées de tissu relativement sain, avec un minimum de lésions périphériques. Les cavernes enrobées de tissu condensé réagissent mal; quant aux évidements des sommets et aux lésions excavées multiples, surtout chez des malades à l'état général déficient et cachectique, ils contre-indiquent la méthode qui ne peut apporter que des déceptions.

Il est difficile de comparer ces résultats avec les autres statistiques déjà publiées. En effet, les indications en sont souvent fort variables; c'est ainsi qu'il est quasi impossible de comparer nos cas de Leysin avec ceux de Monaldi, qui traite par sa méthode des cavernes qui chez nous relèvent du pneumothorax extra-pleural ou de la thoracoplastie. Récemment, Rossignol et ses collaborateurs, étudiant les résultats obtenus entre 1939 et 1949 à Hauteville, notent sur 136 cas de grosses cavernes drainées 17% de bons résultats pour le drainage autonome et 54% pour le drainage associé à la thoracoplastie, donc des chiffres très voisins des nôtres.

Je tiens à remercier le Dr O. Flournoy de m'avoir aidé à élaborer les statistiques ici présentées.

Bibliographie

- 1) *Arnold*: L'aspiration endocavitaire de Monaldi dans le traitement des cavernes tuberculeuses du poumon. Jour. Méd. Leysin 1939 n° 5.
- 2) *Dumarest, Brette, Germain et Laval*: Le drainage endocavitaire avec aspiration. Paris 1940, Masson et Cie éd.
- 3) *Fava*: Il trattamento della apertura cutanea esterna del tragitto della sonda, nell'aspirazione endocavitaria alla Monaldi. G. ital. Tuberc. 1951, 5/4.

- 4) *Gemmi*: Il pas solico al 40% pervia locale come trattamento finale dell'aspirazione endocavitaria. *Omnia therap.* (Pisa) 1951, 2/4.
- 5) *Kelly-Pecora*: The Monaldi procedure. A report of 30 cases. *Am. Rev. Tuberc.* 1952; 65, 86.
- 6) *Klemencic*: Kavernenheilung. *Tuberkulosearzt* 1951, 5/11.
- 7) *Marco de*: Il trattamento terminale dell'aspirazione endocavitaria - Storia et risultati in cinque anni di applicazione, *Arch. Tisiol.* 1951, 6/5.
- 8) *Monaldi*: Foreign letters: Cavity aspiration, cauterization and irradiation treatment. *J.A.M.A.* 1950, 142, 435.
- 9) *Morin-Arnold*: Le rôle de l'aspiration endocavitaire en milieu sanatorial. *Journ. Méd. Leysin* 1944.
- 10) *Nagel*: Ueber lokalisierte reaktive Pleuritiden nach Kavernensaugbehandlung und ihre pathogenetische und praktische Bedeutung. *Z. Tuberk.* 1951, 98.
- 11) *Ramseyer*: Le drainage endocavitaire. Thèse Lausanne 1943.
- 12) *Rickler-Lo Schiavo*: I risultati dell'aspirazione endocavitaria nel trattamento delle caverne residue dopo toracoplastica. *Arch. Tisiol.* 1951, 6/6.
- 13) *Rossignol - Germain - Rousselin - Cocuilles*: Traitement des grosses cavernes par le drainage endocavitaire associé ou non à la thoracoplastie. *Bull. Soc. Méd. Hauteville* 1951, 52, 177.
- 14) *Uhde*: Ein Vorschlag zur Wirkungssteigerung der Monaldi-Drainage. *Tuberkulosearzt* 1951, 5/9.
- 15) *Wilde*: Kritische Betrachtungen zur lokalen Chemotherapie von Lungenkavernen. *Beitr. Klin. Tuberk.* 1951, 106/1.
- 16) *Woodruff-Kelly-Stranaham*: Review of 7 years' experience with intracavitary (Monaldi) drainage of tuberculous cavities. *J. Thoracic Surg.* 1949, 777.

**Pharmaceutische fabriek ROTER
Hilversum-Pays-Bas,**
vous informe avoir confié la
représentation générale de ses
produits

ROTERCHOLON

pour la Belgique et le
Luxembourg à :

ROTERPHARMA

126, rue Bréderode, A NVERS
Tél. 37.84.38



DISPERSA

Augensalben in Tuben

VESIPAN

(Novesin «Wander», Calc pantothenic., Noviform «Heyden»)

Diese neue DISPERSA-Fremdkörpersalbe enthält als Anaesthetikum Novesin «Wander», welches sich sowohl durch eine rasch eintretende Oberflächenanaesthesie als auch durch eine ausserordentlich gute Gewebsverträglichkeit auszeichnet. Der Zusatz von Noviform «Heyden» bezweckt eine milde desinfizierende Wirkung, während das Calc. pantothenic. die Epithelregeneration von Hornhaut und Bindehaut begünstigt.

Indikationen: Nach Extraktion von Fremdkörpern der Hornhaut und Bindehaut, Erosio corneae, Verbrennungen und Verätzungen, Keratitis electrica und nivealis.

Im DISPERSA-Sortiment finden Sie alle in der Praxis gebrauchten Augensalben, deren zuverlässige Wirkung durch die spezielle, weiche und völlig reizlose DISPERSA-Salbengrundlage und die feindisperse Verteilung des Medikamentes sichergestellt ist, wie

Aureomycin	Pantobenzyl 5%
Calc. pantothenic. 5%	Penicillin
Chloramphenicolum 1%	Strepto-Penicillin
Cortison	Sulfa-Penicillin
Naftalan-Pasta	Sulfanilamid
Noviform «Heyden»	Vitamin A 10'000 E/g

DISPERSA-Laboratorium Dr. E. Baeschlin, Apotheker
Winterthur (Schweiz)

Generalvertretung für das Grossherzogtum Luxemburg:
PROPHAC, rue Baudouin, 54, LUXEMBOURG - Tél. 30-73

Hypotenseur

très efficace

bien toléré



Serpasil

A base d'alcaloïde cristallisé

pur de Rauwolfia

Comprimés à 0,1 mg

et à 0,25 mg

Société Anonyme CIBA, Bruxelles 3

Les tests de sensibilité

Quelques observations
faites au Laboratoire de l'Etat à Luxembourg

par Eugène Ost

L'introduction des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique a permis de diviser les germes pathogènes en deux groupes: ceux qui sont sensibles à leur action et ceux qui ne le sont pas. La découverte de nouveaux produits fungiques à large spectre a compliqué cette division, puisqu'un microbe peut être réfractaire à l'action de l'un et être jugulé dans son développement par l'autre.

Un troisième point s'ajoute, beaucoup plus néfaste pour le clinicien. Un germe, attaqué avec succès pendant un certain temps par un antibiotique, finit par développer une souche qui n'est plus inhibée dans sa croissance, qui résiste à l'action du médicament, administré même à hautes doses. Nous devons donc faire face à cette propriété des microbes de s'adapter aux antibiotiques et de devenir réfractaires à leur action.

De ce fait est né dans les laboratoires de bactériologie un nouveau genre d'examen: les tests de sensibilité.

Ils consistent à déterminer *in vitro* pour quel antibiotique et jusqu'à quel degré un germe donné est sensible.

La fabrication de «Sensitivity Tablets», parus sur le marché il y a 2 ans, a sensiblement simplifié ces analyses. Néanmoins elles exigent encore un certain délai, car elles se font en deux temps. Il s'agit d'abord d'isoler le ou les germes par l'ensemencement du matériel envoyé sur milieux liquides et solides. Nous employons toujours les deux milieux à la fois, car il n'est pas rare d'être en présence de si peu de germes que les cultures sur gélose restent stériles et que seul le bouillon nous permet un enrichissement suffisant. Plusieurs gouttes d'une émulsion homogène du germe isolé sont réparties uniformément à l'aide d'une spatule sur un milieu solide spécial, n'inhibant pas l'action des antibiotiques. On place les tablets et on incube à 37° pendant 15 à 18 heures. L'action bactériostatique se voit à la zone d'inhibition qui entoure les tablets et dont on mesure le diamètre. Les chiffres trouvés sont comparés avec ceux donnés par une souche standard très sensible.

Ainsi nous ne pouvons pas seulement dire que le germe en cause est sensible ou non, mais, dans l'affirmative, jusqu'à quel

point il l'est. Nous avouons que cette évaluation quantitative, allant de «très sensible» à «pratiquement insensible», n'est pas très précise. Mais en général elle suffit dans la pratique.

Nous ne voulons pas discuter de la valeur de ce test in vitro. Malgré les nombreuses controverses qu'il y a eues à ce sujet nous constatons que ce genre d'examen n'a pas encore disparu. Bien au contraire.

En janvier 1953 le Laboratoire de l'Etat a mis sur son programme ces testings pour les antibiotiques courants: pénicilline, streptomycine, chloromycétine, auréomycine, terramycine et sulfothiazol.

Dans le courant de l'année nous avons fait 250 tests dont nous voudrions, dans un premier travail, tirer quelques observations concernant le staphylocoque doré hémolytique.

Quand on parle du staphylocoque doré on pense automatiquement à la pénicilline. C'est avec ce germe que le nouveau médicament révolutionnaire fut essayé, éprouvé et finalement titré. La pénicilline était devenue l'arme puissante dans les infections à staphylocoque. Mais assez tôt ce germe nous a appris qu'il est capable de développer des souches réfractaires à l'action du médicament tiré du *Penicillium notatum*.

Il est donc naturel que nos premiers tests aient porté sur le staphylocoque pour voir quelle est aujourd'hui et dans nos conditions la relation pénicilline/staphylocoque.

Dans le courant de l'année les cultures des divers produits envoyés pour examen bactériologique nous ont permis d'isoler le staphylocoque dans 62 cas. 17 fois nous l'avons pu trouver dans un frottis de la gorge ou du nez.

Dans un premier tableau nous allons examiner le germe qui provient d'une région du corps autre que la cavité bucco-pharyngée.

Produit	Nombre de tests	sensibles à la pénicilline	peu sensibles	résistants
FUS.				
pus de furoncles	21	9	1	11
pus d'abcès et de fistules	10	5	1	4
pus de ponctions	6	—	—	6
Ostéomyélites	1	—	—	1
Urines et prélèvements uréthraux	5	1	—	4
L. C. R.	2	1	—	1

Généralement nous ne connaissons pas les antécédants du germe, nous ne savons pas combien de fois et avec quelles quantités de pénicilline il a été attaqué.

Mais un premier regard sur le tableau nous permet de voir que tous les microbes ne sont pas résistants.

Nous avons mis à part les pus de furoncles, dont 20 nous furent adressés pour la préparation d'un auto-vaccin avec le staphylo isolé. Dans ce cas nous sommes à peu près sûrs que le

germe a été fortement mitraillé. Il est donc curieux de constater qu'un peu plus de la moitié seulement a formé des souches résistantes in vitro.

Il en est autrement du bacille provenant d'un pus de ponction, d'une ostéomyélite ou de l'arbre urinaire. Là il s'agit vraiment d'affections traînantes, ne répondant plus à la pénicilline comme l'indiquent nos tests et très probablement l'expérience du praticien.

Nous ajoutons les deux L. C. R., bien que nous soyons d'avis que le staphylocoque n'était pas l'agent de la méningite, mais provenait plutôt de la peau au moment de la piqûre. Le résultat nous prouve que même notre épiderme peut héberger des germes résistants.

Quant aux pus venant d'abcès ou de fistules, il faut admettre que pour les souches sensibles il s'agit d'infections récentes, aiguës, tandis que pour les résistantes nous avons à faire à des affections plus chroniques, ainsi les fistules.

Occupons-nous maintenant des souches de staphylocoque isolées des frottis de gorge ou du nez. Ici le résultat est beaucoup plus impressionnant, car sur 17 germes testés nous en trouvons 15 qui sont résistants à la pénicilline, ce qui fait près de 90%. Pour expliquer ce fait ne faut-il pas incriminer la légèreté avec laquelle les angines banales sont traitées à la pénicilline et aux autres antibiotiques fungiques? N'oublions pas que ces médicaments n'attaquent pas seulement la flore pathogène, mais aussi et parfois en premier lieu la flore normale. Cette dernière fait quand même partie des moyens de défense naturels du corps, en inhibant par sa présence le développement du germe pathogène. Détruisons cet équilibre et nous voyons pulluler le bacille plus résistant. Notre angine banale sera remplacée par une infection à staphylocoque ou, ce qui est plus grave, à *Candida albicans*. Ce champignon résiste à tous les antibiotiques usuels, constatation faite dans la pratique et confirmée par les tests.

Notons encore que pendant les mois de juin à octobre nous n'avons pas isolé de staphylocoque des prélèvements de la gorge ou du nez. Ce germe se trouve donc de préférence pendant la mauvaise saison. C'est bien l'époque des gripes et des angines, pendant laquelle la pénicilline est administrée *larga manu*.

Pour finir un mot sur les autres antibiotiques.

Des 62 souches de staphylocoque dont nous avons parlé, se sont montrées

résistantes	
à la streptomycine	13 dont 4 venant du pharynx
à l'auréomycine	6 dont 1 venant du pharynx
à la terramycine	6 dont 1 venant du pharynx
peu sensibles	
à la chloromycétine	1
à l'auréomycine	1



PACYL

MÉDICAMENT DE L'HYPERTENSION

- ☐ Le PACYL, dérivé chimique de la Choline, agit de façon physiologique sur le système parasympathique et provoque, dans les cas où la pression sanguine est anormalement élevée, un abaissement durable de celle-ci
- ☐ La propriété la plus remarquable du PACYL est le soulagement des symptômes subjectifs pénibles tels que : maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, etc
- ☐ Le PACYL s'est avéré être le traitement de choix des malades traités ambulatoirement. Il n'est pas nécessaire d'imposer une période initiale de repos au lit ; pendant la durée entière du traitement, le patient peut rester au travail
- ☐ Dans les troubles de la ménopause, le PACYL contrôle le déséquilibre du système nerveux végétatif et assure ainsi un soulagement réel dans les cas de bouffées de chaleur, palpitations, tension nerveuse et insomnie.
- ☐ Le PACYL est employé avec grand avantage dans le traitement des états d'angoisse
- ☐ L'effet vaso-dilatateur du PACYL est doux et persistant. Il lève les spasmes vasculaires locaux, facilitant et améliorant ainsi la circulation générale.
- ☐ Le PACYL ne contient pas de narcotique, n'a aucun effet secondaire et il n'existe pas de contre-indications à son usage

Flacons de 50 et 200 comprimés

Pour échantillons et renseignements complémentaires, s'adresser à nos agents :

SOCIÉTÉ BELGE DE PHARMACIE "SOBELPHA" S.P.R.L. - 306, Av. de la Couronne - BRUXELLES

VERITAS DRUG COMPANY LIMITED
LONDRES ET SHREWSBURY, ANGLETERRE

Quelques notes sur la pratique neuro-psychiatrique en Irak

par le D' Jeanny Shammas-Knaff

Il est intéressant de jeter un coup d'oeil sur la pratique neuro-psychiatrique en Irak à la lumière des différences culturelles qui existent entre la population de ce pays et celles de l'Europe et des E.U. d'Amérique.

L'Irak est un pays où de larges masses de population restent encore illettrées, où il y a beaucoup d'insécurité financière, et où les droits de la femme sont en général extrêmement limités (ceci est une conséquence de la civilisation islamique qui prévaut largement dans le pays). Cet état de culture semble favoriser des réactions relativement primitives à certaines situations psychologiques. Spécialement parmi les femmes nous voyons un nombre extraordinaire de réactions hystériques, paralysies, anesthésies et grandes convulsions dramatiques. Parmi les hommes les névroses d'angoisse sont surtout fréquentes, et l'analyse psychologique confirme presque infailliblement la théorie analytique, à savoir que ces hommes n'ont pas résolu leur «Complexe d'Oedipe». La position opprimée de la mère dans beaucoup de milieux, incite le garçon à la révolte contre le père, de même que certaines coutumes de la vie familiale favorisent son attachement intime à la mère.

Les psychoses donnent exactement le même tableau clinique chez l'homme illettré du désert que chez le citoyen le mieux éduqué des E.U. ou de l'Europe. Nous voyons beaucoup de réactions schizophréniques, aussi bien du type catatonique que du type paranoïde. L'incidence des dépressions psychotiques paraît moindre qu'en Europe et aux E.U., alors que des états maniaques sont plus fréquemment rencontrés. Ceci serait-il une conséquence du climat, des facteurs culturels, ou bien est-ce déterminé par un facteur racial?

Les indications pour traitements physiques, électro-choc et coma insulinique, sont évidemment les mêmes que dans n'importe quel pays, mais la possibilité de psychothérapie dépend en plus

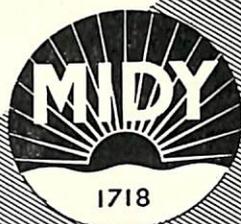
des facteurs usuels de la présence d'un degré minimum d'éducation. En général, les gens ici, pour diverses raisons, n'acceptent pas de thérapie à longue échéance, et la psychothérapie sous narcose, plus rapide, quoique sans doute plus superficielle, se révèle très utile. Surtout dans des états aigus d'angoisse, les malades sentent souvent une grande amélioration après 3—4 séances seulement. Rarement un malade dépasse une vingtaine de séances, 8—10 étant à peu près la moyenne. Les meilleurs résultats en psychothérapie ont été obtenus dans des névroses d'angoisse, quelques cas d'impotence sexuelle et des réactions hystériques, soit hystérie de conversion, soit hystérie avec angoisse. Les névroses obsessionnelles sont évidemment beaucoup plus difficiles à manier. Le mieux qu'on puisse espérer la plupart du temps est une légère amélioration, soit une diminution dans l'intensité de l'obsession, soit un état où l'obsession persiste, mais perde un peu de son caractère ennuyeux pour le malade. Quelques cas de schizophrénie ambulatoire ont donné des résultats encourageants au début, mais malheureusement il y a eu des rechutes, et les malades ont délaissé le traitement sans nous donner l'occasion de poursuivre leur évolution.

Quant à la pratique neurologique, la particularité de cette région est le nombre impressionnant de polynévrites par déficience alimentaire. A peu près un malade sur trois a un syndrome polynévritique, rangeant en sévérité de la paralysie établie jusqu'à la simple douleur à la pression du mollet, en passant par tous les degrés intermédiaires d'abolition de réflexes, fatigabilité et paresthésie sous ses formes les plus diverses. Cette maladie ne nous étonne pas chez les ressortissants des classes pauvres et mal nourries. Mais il reste à trouver le défaut dans le régime alimentaire qui cause la déficience en Vitamine Bi chez ceux qui sont apparemment bien nourris.

Il nous semble intéressant à signaler, que la maladie neurologique tant redoutée en Amérique et en Europe, la poliomyélite, est comparativement rare dans ce pays, et que lorsqu'elle survient, elle prend une forme bénigne.

ANTIBIOTIQUE DERMATOLOGIQUE
DE SYNTHÈSE

Exofène
2, 2' DIHYDROXY 3, 5, 6, 3', 5', 6' - HEXACHLORODIPHÉNYLMÉTHANE

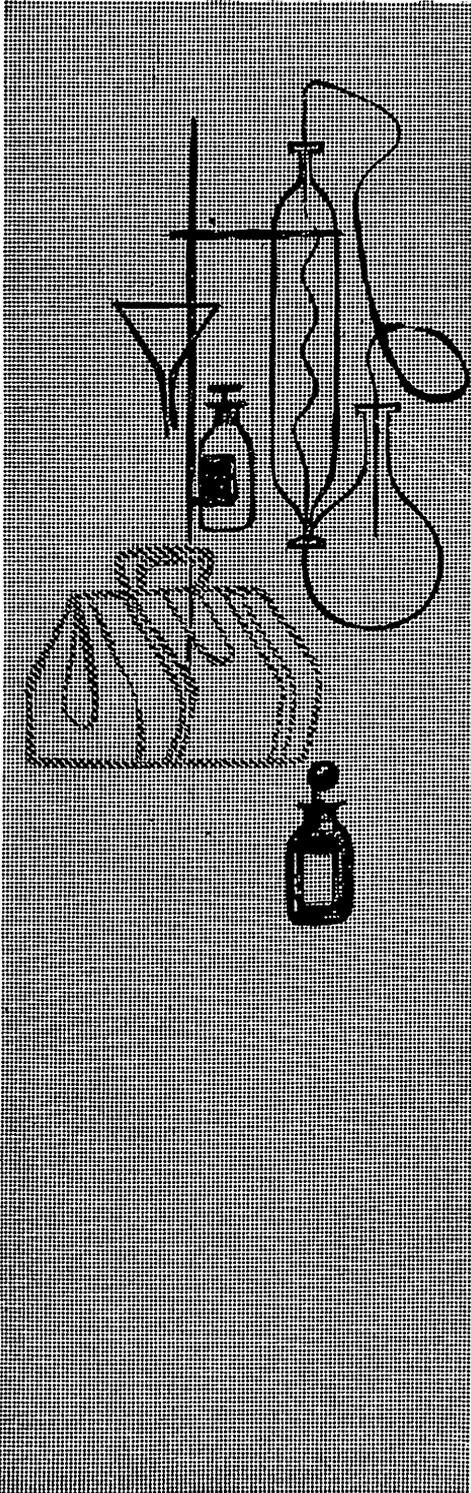


NOUVEAU

*Efficacité des antibiotiques fongiques
sans risques d'eczématisation ni
de sensibilisation*

LABORATOIRES MIDY, 46-48, AVENUE JEAN JAURES - BRUXELLES 3

ORAGEM



Pfizer

*le plus important producteur
mondial d'antibiotiques*

CONFIANCE...

Leur propre confirmation clinique des avantages thérapeutiques qu'offre l'emploi de la Terramycine, antibiotique à large spectre, donne confiance aux médecins. Leur propre expérience prouve la valeur de cet agent bien toléré dans le traitement d'une grande série de maladies infectieuses... Remarquable par son action rapide, sa haute tolérance et ses effets secondaires minimes. Tous ces faits et d'autres encore expérimentés par eux-mêmes, ont provoqué la confiance avec laquelle les médecins prescrivent aujourd'hui la

Terramycine

MARQUE D'OXYTETRACYCLINE

PFIZER s.a.,
31-33, rue Thomas,, JETTE-BRUXELLES
(Tél. 26.49.20 - 5 L.)

Vieilles Officines et vieux Apothicaires de Luxembourg

par Jean Harpes

En comparaison avec les pharmacies modernes, qui prodiguent à leurs clients des vaccins, des sérums, des antibiotiques tels que la pénicilline, et surtout les spécialités les plus diverses, les vieilles officines de jadis doivent nous paraître bien romantiques, secrètes, et quelque peu mystérieuses.

Je voudrais, dans cette courte étude, entretenir le lecteur de quelques vieilles pharmacies de chez nous, et surtout de vieilles dynasties d'apothicaires, d'après les très rares renseignements que j'ai pu recueillir à ce sujet par-ci, par-là; malheureusement, aucun très vieil immeuble qui logeait une officine ne nous est conservé, et les notes biographiques sur les anciens pharmaciens sont fort incomplètes.

A l'étranger, beaucoup de villes ont conservé religieusement les vestiges du passé; on y trouve encore de ces vieilles pharmacies, dans le style renaissance ou baroque, qui gardent ce cachet ancien faisant la joie du connaisseur, et dénotant le souci de tradition d'une municipalité respectueuse des choses anciennes. Je pense surtout à certaines vieilles villes d'Allemagne, d'Angleterre et de France.

Mais la ville de Luxembourg, sujette aux fréquents sièges, souffrant de nombreuses guerres, d'incendies et d'autres calamités, n'a malheureusement pu conserver que peu de ses très vieilles maisons. Il se trouve aussi que nous ne possédons des pharmaciens que depuis quelques siècles....

Les faits dont je pourrai vous entretenir ne toucheront donc que l'ultime fin du régime autrichien, l'époque républicaine et impériale française, et le début du régime hollandais. Tant pour les vieux immeubles destinés aux officines, que pour les lignées de pharmaciens luxembourgeois.

Mais, avant d'aborder mon sujet propre, permettez-moi de faire un rappel très succinct de l'histoire de la pharmacie en général.

L'antiquité n'a pas connu la pharmacie telle que nous la concevons aujourd'hui, avec un spécialiste qui prépare les remèdes

prescrits par le médecin. C'est en des temps plus proches de nous qu'apparaîtra ce pharmacien préparateur, que nous allons voir évoluer dans un cadre délimité par des statuts et des règlements. Et il faut signaler immédiatement que le Pays de Luxembourg a eu, en comparaison des pays environnants, un retard incroyable quant à la codification de la profession pharmaceutique, et l'installation de praticiens.

Les premiers siècles ne sont qu'une période de gestation, de demi-sommeil, pendant lesquels les connaissances transmises par l'antiquité sont conservées par des moines, des couvents, et par les Arabes.

En perfectionnant la pharmacie, ces derniers rendront impossible la vie du médecin-préparateur de drogues, et provoqueront lentement la séparation des deux professions-soeurs.

L'instigateur de cette réforme, dans les couvents, est *Cassiodore*, qui naquit en l'an 486. Après avoir joué à Rome un rôle des plus brillants, il se retira en Calabre au monastère de Viviers, et remporta dans sa retraite une bibliothèque des plus riches. Dans son «*Institution Divine*» il recommande aux moines de s'instruire des choses de la pharmacie. Il leur conseilla de lire Hippocrate, Galien et Caelius Aurelianus. Enfin, la plupart des ordres monastiques suivirent les recommandations de Cassiodore, et d'abord, les Bénédictins du Mont Cassin. Bientôt, il n'y eut plus guère de monastère qui ne possédât son jardin aux herbes et plantes médicinales, son réservoir de drogues.

A la fin du dixième siècle, nous trouvons dans les couvents un moine «*apothecarius*»; tels furent vers 975 Salomon, Rainaldus, Rodbertus, Aquinus, et, plus tard, Maigandus, qui exerçait à l'Abbaye de Bourgueil.

Le clergé séculier s'occupait, lui aussi, de la préparation des produits pharmaceutiques. Grégoire de Tours signale que les prêtres remettaient aux malades les produits les plus variés, thériaque, onguents, poudres médicinales et surtout des simples.

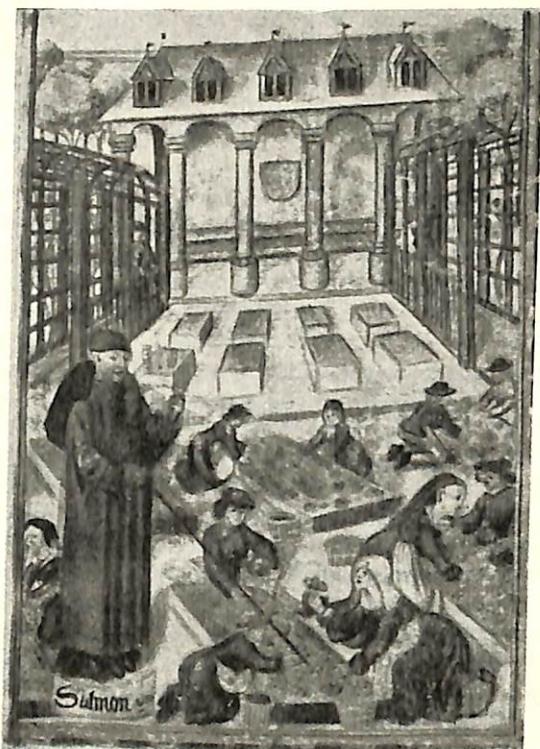
Les plantes médicinales sont cultivées dans tous les jardins de monastères: à Saint Germain des Prés; à Bourgueil, où, grâce à une situation privilégiée, poussent à la fois la réglisse, l'olivier, le myrrhe, le grenadier, la rose, l'oranger, le thym et le lis. Je dirais volontiers qu'aujourd'hui encore le visiteur de l'Abbaye d'Orval, située dans l'ancien pays de Luxembourg, remarque que les moines s'adonnent à la culture des simples et, qu'en cela, ils se font les continuateurs d'une tradition très ancienne.

Les interdictions des différents Conciles (Clermont, 1130, Tours 1160, Paris 1212) n'empêchèrent point le clergé d'exercer la pharmacie et la médecine.

Gustave Le Bon considère avec raison les Arabes comme les véritables créateurs de la pharmacie scientifique. Ils ont, de toute façon, joué un grand rôle dans la transmission des connaissances pharmaceutiques. Ils ont, en outre, introduit des remèdes nouveaux et des formes pharmaceutiques originales.

Médecin instruisant des religieux dans le jardin de simples d'un couvent, Miniature d'un codex salernitain du XV^e siècle.

*Bibliothèque Nationale Paris.
Revue CIBA.*



Les stocks du pharmacien arabe comprennent des drogues végétales nouvelles (anis, aunée, beujoin, bourrache, camphre, canelle, manne, noix vomique, safran, santal), des matières animales (ambre gris, bézoard, civette, musc, mamelle (dont la propriété est de donner du lait aux femmes qui en ont peu), de produits de la pharmacie chimique (alcools, acide sulfurique, sublimé, nitrate d'argent fondu). Les Arabes ont en outre, répandu l'usage des arsénicaux, des sels d'argent, d'or, et de mercure, des pierres précieuses. Grâce à l'alcool, et au sucre, ils ont répandu et multiplié les formes pharmaceutiques; on leur doit les sirops médicamenteux.

Les Arabes ont possédé les premières officines publiques que l'on connaisse: dès 754, le Calife Alimanzur en a créé une à Bagdad; un manuscrit salernitain du XIII^e siècle nous montre une pharmacie arabe fort bien achalandée. Comme je l'ai déjà dit on doit aux Arabes les sirops, mais aussi les loochs, les juleps, les conserves.

Les connaissances pharmaceutiques des Arabes ont été transmises aux peuples de l'Occident par les croisades, par l'occupation mauresque de l'Espagne et du midi de la France, grâce enfin à la diffusion d'ouvrages médicaux inspirés par la science arabe ou traduits de l'arabe. Parmi les auteurs de ces ouvrages

nous citerons le génial auvergnat Gerber (950-1003) qui devint pape sous le nom de Sylvestre II; Constantin l'Africain, qui prit vers 1060 la direction de l'école arabe de médecine de Salerne, à laquelle devait succéder la célèbre école de Salerne; les traducteurs Gérard de Crémone (1114-1187), Michel Scott, et d'autres.

Aux XIII^e, XIV^e, et XV^e siècles les auteurs arabes jouissent à Montpellier, et à Paris d'une réputation justifiée.

En Europe, on peut constater, avant le XII^e siècle, la séparation définitive de la pharmacie d'avec la médecine. Une véritable officine d'apothicaire exista à Paris vers 1180, à Marseille au début du XIII^e siècle, à Trêves déjà en 1241.

La pharmacie s'organisa peu à peu par des statuts, des règlements. Ainsi les règlements de Milan (XIV^e siècle), de Cologne (1395), de Bâle (1404). Au début la formation d'apothicaire était presque entièrement pratique et basée sur l'enseignement donné à leurs élèves par les patrons. Le stage dure, selon les localités, de deux à sept ans. Il comprend, comme chez les artisans, deux étapes, l'apprentissage et le compagnonnage; mais réduite pour les fils et les gendres des maîtres à deux ou quatre ans.

Jusqu'au dix-huitième siècle, l'enseignement théorique de la pharmacie a été presque inexistant. L'exercice de la pharmacie est rarement libre (il l'est, cependant, à Avignon en 1242, en Allemagne au XIV^e siècle). Les postulants ont généralement des examens à passer, des formalités à remplir avant leur installation officielle.

Dans les villes jurées qui possèdent des communautés bien organisées, ils doivent subir des épreuves administratives et des «colles» scientifiques. Dans certaines villes il faut justifier d'un certain séjour dans une officine de la ville. A Dunkerque, à partir de 1631, il faut en outre être bourgeois de la Ville.

Pour ce qui concerne les épreuves scientifiques, le candidat choisit un parrain ou conducteur; il rend ordinairement visite à ses futurs confrères et remplit les formalités d'inscription, souvent compliquées. Les examens sont fixés à la belle saison, pour que les examinateurs puissent disposer d'une belle collection de plantes fraîches. Les examens se terminent par le «chef-d'oeuvre», obligatoire à Paris et dans les villes allemandes dès le quinzième siècle. L'aspirant doit préparer un ou plusieurs médicaments, avec des drogues qu'il fournit lui-même. A Pau, par exemple, le candidat Larrouture en 1759, doit préparer l'Onguent de la Mère, l'électuaire catholique double de Charras, et l'«Emplâtre Divin».

Les officines, appelées parfois «ostels», sont groupées dans le quartier commerçant de la ville; à Paris, au XVI^e siècle, on les trouve sur le Petit-Pont. Les maisons n'étant pas numérotées, les enseignes sont indispensables pour permettre de reconnaître

les officines. L'enseigne représentait des animaux réels ou fantastiques (lion, ours, phénix, pélican, salamandre, licorne), des fruits, des ustensiles professionnels (mortier, pilon)



A défaut d'indications iconographiques sur les anciens immeubles de la Ville de Luxembourg qui ont hébergé des officines du temps des époques espagnole (1506-1712) et autrichienne (1715-1795), à défaut encore d'indications biographiques sur les anciens apothicaires, nous possédons des indications sur la législation réglementant la profession de pharmacien dans l'ancien Duché de Luxembourg. Par une ordonnance du 18 août 1732, les pharmaciens devaient être gradués dans une Université, à peine de deux cents florins d'amende. Leurs salaires (ainsi que ceux des médecins et chirurgiens-barbiers) étaient fixés par un règlement du 11 juillet 1654; leur surveillance était réglée par des ordonnances du 11 juillet 1654 et du 8 mai 1703. (Nic. Majérus, Histoire du Droit dans le Duché de Luxembourg).

D'après Louis Wirion, «Anciennes enseignes de la Ville de Luxembourg» une des officines les plus vieilles de la ville, dont on posséderait des données à peu près certaines, était située dans la grand'rue, dans l'immeuble n° 57 encore récemment occupé par la droguerie Moitzheim. En 1682, Jean-Georges Schannat en était le propriétaire et «apotecker». Les maisons voisines auraient été habitées par le médecin Vitenne et le «chirurgien-barbier» Bennco. Il faut faire une réserve: Neyen, dans sa biographie, cite Schannat comme médecin, et c'est possible qu'il fût les deux à la fois. Le pharmacien Schannat fut le père de Frédéric-Ignace Schannat qui allait devenir un de nos historiens les plus réputés du 18^e siècle. Schannat F. I. naquit le 23 août 1683 dans la grand'rue, dans la maison de l'officine paternelle. Il fit l'étude du droit, mais embrassa la carrière ecclésiastique plus tard. Remarquons encore que le médecin-pharmacien Schannat publia une plaquette qui traita de la peste, contagion qui venait de faire sa dernière apparition à Luxembourg en 1666: «Tractätlein wider die Pestilentzische Seucht.»

Le titre français sous lequel cet ouvrage fut publié est le suivant: *Traité de la Peste contenant une vraie et facile instruction de ce qu'il faut éviter et observer pour s'en préserver et guérir soi-même, avec une spécification des remèdes convenables à cette maladie et à tous les accidents fâcheux qu'elle entraîne communément pour soi.*

Luxembourg André Chevalier MDCCXXII (1722) avec permission (7 + 73 pages, avec 1 planche, in 12°).

Mais avec les données incertaines sur la pharmacie Schannat, il nous faut de nouveau attendre près d'un siècle avant de recueillir des précisions sur d'autres officines installées dans la ville. C'est surtout la réglementation introduite lors de l'occupation française en 1795, qui nous fournira des données exactes.

En considérant ce qui précède, il faut avouer que la réglementation de la profession de pharmacien a mis assez longtemps pour paraître au Pays de Luxembourg. Mais il est absolument certain que nous possédons depuis de longs siècles des pharmacies dans ce Pays. M. Toelle, auteur d'un court ouvrage sur les pharmacies de notre pays, et auquel je me tiens pour les indications chronologiques (*Kurze Geschichte des Apothekerwesens in Luxemburg*, Luxembourg, 1920) fait certainement erreur en indiquant comme année de *fondation* de certaines pharmacies l'année de leur homologation par le nouveau régime français et l'application de la loi de Germinal. Les pharmaciens «ancien régime» étaient pour la plupart des étrangers, et nous en possédons des renseignements fort insuffisants. La famille Hochhertz, famille de pharmaciens, était certainement depuis longtemps domiciliée, dans le duché, et pourtant, un acte officiel du Département des Forêts indique 1803 (année du décret de Germinal) comme date de la *fondation* de la pharmacie Hochhertz.

Quant à la date de l'apparition des premières pharmacies dans le pays, on en est absolument réduit aux conjectures, et cette question appelle une étude approfondie.

C'est donc seulement sous le régime français que la profession de pharmacien fut (nouvellement) codifiée et reçut ses bases légales. Par une Loi du 22 germinal an IX (11 avril 1803) le titre de pharmacien ne peut être conféré qu'après le passage d'un examen probatoire, contrôlé par l'état et sanctionné par des pharmaciens examinateurs.

J'ai déjà dit que les sources et la documentation sur les pharmacies préexistantes dans notre pays sont insuffisantes. Würth-Paquet, dans ses régestes, parle bien d'une maison «bey dem Mohren», sise «in der Acht» (la grand'rue actuelle), mais rien ne permet de conclure qu'il s'agit déjà de la pharmacie «des Nègres», fondée officiellement bien plus tard, ni même peut on conclure de cette courte allusion qu'il s'agisse d'une pharmacie tout court. Nous y reviendrons.

Allons donc bien plus loin, avec les réserves exprimées plus haut, pour trouver les preuves de la fondation d'une officine dans le Duché de Luxembourg.*) Elle eut lieu, en 1793, et non dans la capitale, mais à *Echternach*. C'est la pharmacie connue «du Lion» qui existe et fonctionne encore à l'heure actuelle. Elle fut fondée par François Heldenstein (alias Hölderstein), né à Echternach, en 1749, reçu apothicaire en 1783, et qui, sous le régime français du Département des Forêts, a été désigné comme maire de la ville d'Echternach. Il y est mort en 1824, âgé de 75 ans; son fils deviendra plus tard

*) Néanmoins, d'après M. Willy Heldenstein, descendant direct de la lignée des pharmaciens d'Echternach, la «Pharmacie du Lion» aurait déjà été fondée en 1734 par un Heldenstein.

*Pharmacie du Lion
à Echternach
vers 1925*



citoyen de la ville de Luxembourg et s'y installera comme pharmacien. Il est l'ancêtre de la famille bien connue des Heldenstein qui joueront un rôle dans la vie active de la ville de Luxembourg. Son fils, Jean-Pierre-David Heldenstein, né à Echternach le 29 décembre 1792, que nous verrons plus tard encore, fut créé pharmacien en 1819. Il fut reçu comme membre du Collège médical en 1827, membre du Conseil communal de la Ville de Luxembourg en 1845, second échevin en décembre 1845, et bourgmestre de la ville de 1849 à 1861. Il était en outre pharmacien attaché au lazaret militaire de la forteresse de Luxembourg. Il décéda à Luxembourg en 1868, âgé de 76 ans. Le petit-fils, François Heldenstein, est né à Luxembourg en 1820; reçu pharmacien en 1847, membre de la société des Sciences

médicales, de la Société botanique du Grand-Duché, François fut en outre un artiste-peintre émérite. Nous le retrouverons d'ailleurs également plus tard à l'énumération des pharmacies de la ville de Luxembourg. Il mourut en 1876.

En l'année 1793, le 16 novembre, donc avec quelque retard sur la pharmacie du Lion, à Echternach, fut fondée la première pharmacie officielle de la ville de Luxembourg. C'est l'officine portant enseigne du *Pélican*, et qui se trouve toujours au Puits-Rouge. Elle fut fondée par Jean-Guillaume Seyler, né à Luxembourg le 16 février 1757, reçu pharmacien à Trèves, en 1780, et encore un des personnages qui allaient jouer un rôle prépondérant dans la vie de la ville. Il fut en effet membre du conseil municipal sous le régime français; il céda son officine à son gendre Jean-Pierre David Heldenstein, que nous avons déjà trouvé plus haut, et qui venait d'Echternach, en 1817. Le bourgmestre et pharmacien Heldenstein s'acquitta de ses deux charges pendant une très longue période et mourut à Luxembourg, en cédant derechef l'officine à son gendre M. R. J. Guillaume Weckbecker, né à Winningen, et décédé le 1^{er} novembre 1885. L'officine passa à son fils, J. P. Raoul Weckbecker, né à Luxembourg en 1856, reçu pharmacien à Luxembourg en 1877, et y décédé. L'officine passa encore par mariage au gendre de Raoul Weckbecker, Hubert-Louis Gusenburger, né à Remich en 1854. Il eut sa patente de pharmacien à Luxembourg en 1877. Gusenburger publia des travaux pharmaceutiques très importants: «Ueber das Auffinden vom Mutterkorn in andern Substanzen», publié en 1882, dans le bulletin des Sciences Médicales, et «Die Untersuchung der Schmieröle und Fette mit spezieller Berücksichtigung der Mineralöle», *ibid.* 1885.

C'est en 1920 que le propriétaire actuel, M. Auguste Hippert, né à Hosingen en 1888, fit acquisition de l'officine par vente. M. Hippert fut reçu pharmacien en 1915.

*) Les archives de la ville de Luxembourg sont encore en possession d'un certificat qui avait été délivré par Jodoc-Frédéric Hochhertz à Seyler Jean-Guillaume, plus tard propriétaire de la pharmacie «au Pélican», Place du Puits-rouge:

«Ich Jodocus Fridericus Hochhertz, Bürger, Stadt- und Garnisons-Apotheker der Haupt-Stadt und berühmter Vestung Luxembourg, thue kund und zu wissen hiermit jedermännlich; Wir dass der Ehrsame Johan Wilhelm Seiler allhier aus Luxembourg gebürtig, catholischer Religion bei Mir drey Jahre disciplinirt und also in der Zeit seine Lehr-Jahre vollendet hat.

Und bezeuge ferner durch dieses auch, wie das selbiger sich während dieser Zeit über, ehrlich ohne Falschheit, treu ohne Unwahrheit, verhalten hat; auch nüchtern ohne leckerhaft, gehorsam ohne Murren, fleissig ohne Trägheit, offenhertzig ohne Gleisserney, gedultig ohne widerrede, wachsam ohne Schläfrigkeit, leuthselig ohne Hinterlist; also dass an dessen Aufführung ein völliges Vergnügen gehabt. Weilen aber obengemelter Johan Wiljelm Seiler gesinnt ist, sein Glöcke weiter zu suchen und sich ferner in der Profession zu üben und mich dessentwegen um ein Lehrbrief und schriftliches Wahrzeichen seines Wohlverhaltens gebrend ersuchet hat, also habe selbem

Pharmacie
du Pélican
place du Puits
Rouge.
Etat actuel.



solches nicht abschlagen wollen noch können, gelangen demnach durch dieses an alle und jede besonderes aber unserer Profession zugethanen mein dienstfreundliches Ersuchen obgemeltem J. W. Seiler wegen seiner guten Aufführung halber, in allen Gelegenheiten und Umständen hülfliche Hand zu leisten und gutes zu befördern. Welches ich auch in allen Gelegenheiten und Umständen besonders denen welche mich darum ersuchen wollen, zu erwidern, versichere und niemals meinem Vermögen nach unterlassen werde.

Urkund dieses habe diesen Lehr-Brief und Zeugnüss seines Wohlverhaltens halber mit meinem Namen unterschrieben unt Pittschaft bekräftigt. so geschehen in benannter Stadt und Vestung Luxembourg den 12ten Martii 1777.

J. F. Hochhertz.»

Sur parchemin-Enleminures-Sceau en cire rouge: écusson avec coeur traversé de deux flèches; heaume et vol.

La Pharmacie «au Pélican» située au coeur de la ville, place du Puits-Rouge, bel immeuble imposant qui, depuis sa fondation en 1793, donc depuis cent soixante ans, a vu passer de nombreuses générations de pharmaciens, la plupart de père en fils ou par mariage. C'est, avec la pharmacie du Cygne de la rue de la Boucherie, et dont nous parlerons, immédiatement, la seule pharmacie de la ville qui soit restée localisée dans le même immeuble pendant bien plus d'un siècle. Immeuble dont la destination d'officine apparaît bien par son genre de construction, et son aménagement interne. C'est une des belles constructions de la ville, à l'apparence noble et imposante, et située dans un quartier caractéristique de la ville, riche en souvenirs historiques.

L'ancienne officine «du cygne»

En 1716, on cite encore l'auberge du «Cygne» située dans la Rue de la Porte Neuve. Par héritage, elle parvint dans les mains de la famille de pharmaciens Hochhertz (Louis Wirion, Enseignes de la ville de Luxembourg). Cette famille portait, toujours d'après le même auteur, comme blason familial un coeur percé par deux flèches, situé en «abîme d'un monticule arrondi». Le 14 juin 1734, Jodoc-Frédéric Hochhertz, né à Clusendorf (Westphalie) devint citoyen de la ville. En 1747, il est désigné comme pharmacien «au Cygne» et demeurant rue de la Porte-Neuve. Il avait hérité de cette maison du chef de sa première femme, une dame Henneco, car il fait sa déclaration cadastrale en 1766, au nom des héritiers Henneco: «das Hauss, das ich am Neutor sub N^o 20 bewohne».

Le nom de la dynastie des pharmaciens Hochhertz, qui, depuis de nombreuses générations, exerçaient la profession d'apothicaire à Luxembourg, est intimement lié à l'enseigne «au Cygne». Hochhertz Jodoc-Frédéric, veuf contracta un nouveau mariage avec la demoiselle Behm Barbe-Françoise, en 1746. Il mourut à Luxembourg, en 1786, âgé de 80 ans; de son union avec Behm Barbe-Françoise, il lui resta un fils Jodoc-Frédéric-Théodore Hochhertz, qui succéda naturellement à son père dans l'officine familiale; il mourut à Luxembourg le 11 pluviôse an 11 (31 janvier 1803). Après l'entrée des Français à Luxembourg, il avait fait partie comme notable du Conseil de la Commune créé en juin 1795. En 1799, il pouvait affirmer devant la municipalité qu'il avait, depuis sa naissance, habité sans interruption dans sa maison sise au N^o 435 de la rue du Marché aux herbes (l'actuelle maison Beffort-Bandermann). Cet immeuble est si intéressant au point de vue de l'histoire de la ville qu'une petite diversion sera permise à son sujet. Au moyen-âge, et d'après des sources sûres (Paul Medinger, Fischer-Ferron, Constant De Muyser), il abritait le refuge que les Templiers, commanderie de Vianden, s'étaient assurés à l'intérieur de la forteresse. Dans les caves de cet immeuble, on remarque encore les meurtrières et les bastions que les templiers avaient dressés en direction ouest, c'est-à-dire

vers le fossé de la seconde enceinte. — Lorsque, au début de ce siècle, la famille Oppenheim-Schloss fit l'acquisition de l'immeuble, elle fit détruire une superbe courette dans le style espagnol (patio) et dont une belle balustrade en pierre ajourée était d'achèvement contemporain du Palais Grand-Ducal (1572-1573), de style renaissance espagnole. Un autre patio de même style, conservé celui-là, est encore visible aujourd'hui dans l'ancienne maison du Dr. Cary, 4, rue de la Reine.

Mais revenons au pharmacien Hochhertz. Il eut deux fils, dont l'un fut receveur municipal, et l'autre, Hochhertz Théodore-Nicolas, né en 1778, reçu pharmacien en 1803, et demeuré célibataire sa vie durant, lui succéda dans l'officine ancestrale «au Cygne», Il mourut en 1853.

Le successeur de la dynastie des Hochhertz, qui avec le dernier rejeton, célibataire, s'était éteinte, Frédéric-Georges-Alexandre Fischer, dit Frédéric Fischer junior, était né en 1810 à Trèves, (alors était la capitale du Département de la Sarre), comme fils de Mathias Fischer, avoué à Trèves et de Marie Sybille Longard. Il épousa à Luxembourg en 1837 sa petite nièce Cathérine Fischer. Fischer junior reprit en 1839 la pharmacie du Cygne et la transférera de la maison L. M. (Logements Militaires) 435 du marché aux herbes à la maison L. M. 252 de la rue de la boucherie, maison qui appartenait à son beau-père en 1824 et où ce dernier avait son commerce de tabac.

Fischer junior fut reçu pharmacien à Luxembourg en 1833 et y fut naturalisé en 1861. Membre de la société des Sciences Médicales, dès sa fondation, membre de l'Institut Historique, fabricant de gaz d'éclairage, M. Fischer père était un esprit curieux de toutes choses et a publié de nombreux travaux scientifiques: «Description des Minerais de Fer dans le Grand-Duché de Luxembourg» 1854; «Sur les Pierres et Blocs erratiques du Grand-Duché» 1855; «Le grès de Luxembourg exploité comme minerais de Fer.» Volume III des Bulletins de la Société Médi-



cale). Monsieur Fischer père fut un des promoteurs de la fabrication du gaz d'éclairage de la ville de Luxembourg. Il était d'abord directeur puis propriétaire de la fabrique de gaz que Seywert et Hautcourt avaient installée à l'emplacement des numéros 15-19 de la rue du St. Esprit. Il en fut le seul propriétaire à partir de l'année 1857 (Paul Würth, Hundert Jahre Gas in Luxemburg, O. H. 1938). Le pharmacien Fischer père, travailleur infatigable, publia encore: «Mineralreichtümer unseres Landes», 1857; «Beobachtungen über Localeinflüsse, welche der Gesundheit schädlich zu sein pflegen», (Tome 4 du Bulletin des Sciences Médicales); «Recherches sur les causes d'insalubrité de certaines eaux de notre ville et des environs» 1862; enfin il a publié une brochure sur la fabrication du gaz d'éclairage à Luxembourg.

Il eut deux fils, dont l'aîné, M. Fischer-Ferron, fut négociant-chapelier à Luxembourg, et est surtout connu par ses nombreux travaux d'histoire locale et d'archéologie. Frédéric-Georges Fischer mourut en 1879, et ce fut son fils puîné Jean-Pierre-Frédéric qui lui succéda dans l'officine du Cygne. Né à Luxembourg en 1839, reçu pharmacien en 1863, il avait surtout appris la profession chez son père, qui avait beaucoup de talent didactique. Il épousa une fille du médecin-militaire Louis Würth, reprit la pharmacie et mourut le 29 mai 1902.

M. Küborn-Lassner succéda en 1896 dans la vieille officine de la rue de la boucherie. Comme la pharmacie était enseignée «Au Cygne», et que le nouveau propriétaire avait lui aussi le goût des choses artistiques, il fit placer un superbe Cygne en métal doré au-dessus de la devanture. En 1903, il a en outre embelli la façade par des majoliques représentant des cygnes et des fleurs. Il fit en même temps apposer une lampe en fer forgé.

Les fenêtres du deuxième et troisième étage de cette vieille maison sont garnies d'appuis en fer forgé, provenant de l'ancienne maison corporative des merciers, sise rue de la Loge (actuellement Loge Maçonique) (Fischer-Ferron).

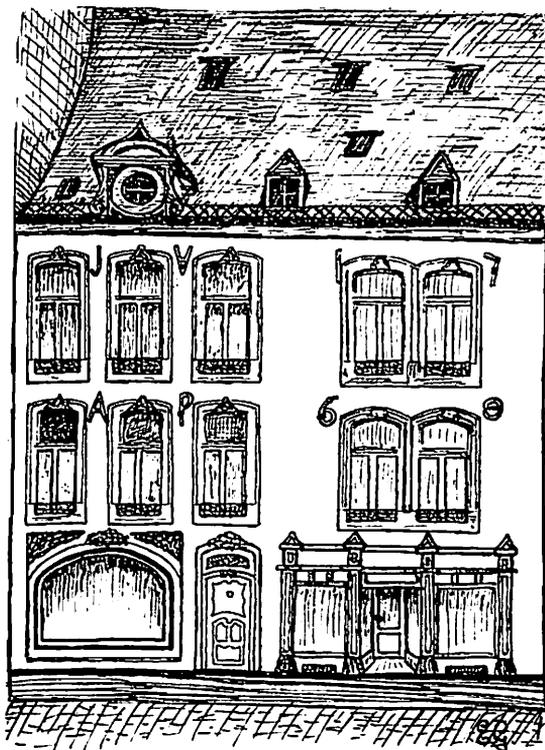
Dans les vitrines de cette pharmacie, on remarque encore à l'heure actuelle des bocalux et des mortiers provenant de la famille Hochhertz.

Malheureusement, l'enseigne au Cygne et la lampe de fer forgé ont disparu aujourd'hui, avec l'avant-dernier propriétaire, et ont beaucoup ôté du cachet particulier de cette vieille officine.

Depuis, M. Lucien Pitz, pharmacien, a succédé aux destinées de M. Küborn-Lassner.

C'est encore un exemple d'un ancien immeuble hébergeant sans discontinuité depuis plus d'un siècle une officine pharmaceutique. Le renom que les pharmaciens qui se sont succédés dans cette maison, ainsi que M. Küborn, créateur de nombreuses spécialités réputées ont fait à la firme, fait que parmi la clientèle de la campagne et de la capitale «d'aptikt an der Fléschirgäss» est toujours connue et qu'elle a à fréquentes reprises eu

L'immeuble 4, rue du Curé où était installée naguère la Pharmacie à la Licorne.



les honneurs de la littérature du cru, et des spectacles populaires. Sise au coeur de la vieille ville, la pharmacie «Au Cygne» fait partie du vieux quartier tout comme la maison «ënnert de Steiler», l'église des Dominicains, «de Kreizgank» et la Maison Würth-Paquet.

La Pharmacie «A la Licorne» (Einhornapotheke), sise à la Place d'Armes, fut également fondée en 1803, date où apparaissent la plupart des officines de la ville, par le pharmacien Joseph-Léopold Seitz, né à Virton (Duché de Luxembourg) en 1782. Il fut reçu pharmacien à Luxembourg en 1803, et mourut déjà en 1827; l'officine fut immédiatement transférée aux soins de M. Fischer Mathias-Joseph-Charles-André, né à Trèves, le 9 floréal an 7 (28 avril 1799), et reçu pharmacien à Luxembourg en 1827. Il fut naturalisé seulement en 1845; c'est Fischer senior. L'ancienne pharmacie à la licorne fut hébergée longtemps dans la très belle maison bourgeoise qui loge aujourd'hui, rue du Curé, la librairie Hausemer, et un magasin d'alimentation.

Une curieuse servitude pesait, du temps de la forteresse, sur cette belle maison. Du temps de la garnison prussienne, le corps de garde était installé à la Place d'Armes, et une horloge, réglée et entretenue par le propriétaire de la maison, et pour le fonc-

tionnement exact de laquelle il était responsable, était installée sur la maison; elle devait indiquer l'heure de la relève aux militaires du corps de garde. Le démantèlement de 1867 a mis fin à cette curieuse servitude.

Cet immeuble est très joli dans le style bourgeois du 18^e siècle et porte encore des ancrs de construction formant le millésime 1760, ainsi que les lettres J. V. A. P.

M. Fischer céda en 1862 son officine à son gendre, M. Schommer Gustave, né à Schrecklingen en 1829 et reçu pharmacien à Luxembourg en 1856, naturalisé en 1861; membre du collège médical, de la Société des Sciences Médicales, de la Société Botanique, il a publié de nombreux mémoires concernant sa spécialité, dont une étude de médecine légale, en collaboration avec les Drs. Fonck et Bivort: «Tödliche Phosphorvergiftung eines siebenjährigen Mädchens durch seine Stiefmutter» 1869, Tome V des Bulletins de la Société Médicale. M. Schommer père est décédé à Luxembourg en 1904; il avait épousé la fille de son patron, Mademoiselle Cathérine Fischer, en 1857. Son fils et successeur, Schommer Joseph Henri était né à Luxembourg en 1860, reçu pharmacien en 1883. Il épousa également la fille d'un pharmacien, Mademoiselle Rothermel. Le 1^{er} janvier 1920, il céda son officine à M. Camille Huberty, né en 1889 à Esch-sur-Alzette.

Après de si longues années où le N^o 4 de la rue du curé eut porté l'enseigne à la Licorne, cette officine a transféré ses pénates au coin de la Chimay et de la Place d'Armes, et c'est actuellement M. Felix Molitor, pharmacien, qui exploite l'officine sous l'enseigne de la Licorne.

L'incertitude plane encore sur l'origine véritable de l'officine dénommée «Aux Nègres» (Mohrenapotheke).

On rencontre la dénomination «zu den Mohren» pour de nombreux immeubles de la ville. J'en ai déjà cité une, due à Würth-Paquet. Il y a, au dix-septième siècle un «Mohrenstall» dans la «Philippstatt», dénomination donnée sans contestation possible à une auberge de ce nom, et à ses écuries.

En 1693, nous trouvons un acte d'un certain Barthélémy Müller, Capitaine de Sa Majesté catholique, qui habite: «vor auf Acht machend den Eck zum moren, dass moren schilt auf beyden seiten» (Louis Wirion, ouvrage cité). Cette situation correspond à l'ancienne maison Alexandre, actuellement occupée par la droguerie Leurs, au coin de la Grand'rue.

Quoiqu'il en soit, le nommé François-Xavier Schauer, originaire de Braunau et y né en 1758, et qui immigra à Luxembourg en 1781, exploita à la fin du dix-huitième et au début du dix-neuvième siècle une pharmacie dans la grand'rue, enseignée «des Nègres». C'était le fils du Dr. Joseph Schauer, qui avait également exercé l'art de guérir à Luxembourg.

La pharmacie «des Nègres» a été reprise vers 1803 (date du changement de régime) par Alfred Lenoël, né à Arlon en 1774, et nommé pharmacien à Luxembourg en 1803.

M. Lenoël avait installé son officine dans l'immeuble appelé actuellement Maison Conrot ¹⁾, et qui héberge une agence de la Banque générale depuis peu. Cette vieille maison, qui paraît dater du 16^e siècle, mais restaurée plus tard par M. Conrot-Lenoël, est connue par de nombreuses particularités. Elle porte une statue de la Vierge pleurant son Fils, de style renaissance très beau; la «pietà» est en effet datée de 1570, et porte les emblèmes de la corporation des boulangers et des bouchers (croissant et couperet). L'immeuble destiné à des commerces les plus divers depuis qu'il a cessé d'être officine, contient de vastes caves, destinées à merveille aux multiples emplois du métier de boucherie (Alphonse Rupprecht). Mais, d'après un autre historien, la piétà aurait été enlevée de l'ancienne maison corporative des bouchers et boulangers (Flétschschir) dont on sait avec certitude qu'elle fut installée dans l'ancien Hôtel de Chancelos, formant le coin de la rue de la boucherie et du marché aux herbes, où est actuellement installée le commerce de chaussures de M. Gilly.

M. Lenoël, qui avait fait ses études de pharmacien à l'Abbaye d'Orval, dans l'ancien Duché de Luxembourg, décéda à Luxembourg en 1849. Il avait déjà en 1832, transféré son officine à Rothermel Nicolas, né à Simmern, Cercle de Coblenze, en 1805, qui fut reçu pharmacien en 1832, et mourut à Luxembourg en 1871. L'officine passa, après sa mort, à son fils Louis-Charles, né en 1845, passé pharmacien en 1871. Il ne survécut à son père que d'une année, et mourut en 1872. Cette pharmacie si rapidement vacante fut ensuite gérée par Corneille Schroeder, né à Clervaux en 1844, promu pharmacien à Luxembourg en 1871, et qui put rester à la tête de l'officine «aux Nègres» pendant 27 ans. Décédé en 1899, elle fut transférée à M. Klees-Kaiser-Nicolas, qui s'occupa activement de son exploitation. C'est lui qui changea l'apparence de l'enseigne. Au début, celle-ci était faite de deux nègres peints sur toile, et postés devant l'entrée. Mais M. Klees fit remplacer la vieille enseigne par deux nègres, en majolique, dressés sur des colonnes de soutien qui gardent l'entrée de la pharmacie. Il transféra d'ailleurs la pharmacie à côté de la maison qui l'avait hébergée pendant si longtemps.

Essayons de récapituler les divers emplacements occupés par cette officine pendant plus d'un siècle. D'abord, sise à la grand'rue, dans une maison que nous ne pouvons pas déterminer exactement, à la fin du dix-huitième et au début du dix-neuvième siècle, du temps du pharmacien Schauer, elle passa

¹⁾ D'après M. Batty Fischer, descendant de la lignée des pharmaciens, lors de la réfection de la maison Conrot, il y avait encore beaucoup d'emblèmes pharmaceutiques (bâton d'Esculape, etc.) à l'intérieur de la maison, mais qui durent disparaître.

avec certitude à la maison «Conrot», du temps du pharmacien Lenoël, vers 1803. Transférée en 1832 à la maison dite «au cheval d'airain» (zum ehernen Pferd), l'actuelle maison Gudenkauff, elle fut encore, en 1899, transposée pour la quatrième fois dans la maison à côté, où, depuis 1899, les vieux habitués de la grand'rue étaient accoutumés de l'admirer, flanquée de ses deux négres impressionnants. Après le départ de M. Klees-Kaiser, ce fut M. Boos qui en était le propriétaire, puis actuellement M. Widung.

Tout récemment, la vieille officine aux négres entreprit son cinquième déménagement; M. Widung vient d'acquérir le superbe immeuble nouvellement construit au coin de la grand'rue et de la rue de la côte d'Eich, et a su donner un cadre très digne et un aménagement moderne à sa pharmacie. Les deux négres, l'emblème et enseigne parlant de cette très vieille officine, ont été reconstitués en majolique d'une façon parfaite.

La Pharmacie «*du Mortier*» fut «fondée» vers 1804 on ne sait pas exactement par qui. Elle était située alors dans l'intérieur de la ville dans la grand'rue, au N° 57 actuel, et probablement l'officine ancienne de Schannat, elle fut reprise en 1820 par Nicolas Adam, né à Luxembourg en 1774 et qui acquit le grade de pharmacien en 1820. Il vendit son officine à Léopold Noppeney, en 1826. Le pharmacien Noppeney était né à Luxembourg en 1806, fit son approbation en 1826, mais ne garda l'officine que pendant huit ans. L'acquéreur fut François Joseph Dargent, encore un personnage qui allait jouer un rôle dans sa cité natale. Il était né à Luxembourg en 1805, fut reçu pharmacien en 1834, date de l'acquisition; il céda de nouveau l'officine en 1860, à M. François Heldenstein, que nous avons déjà rencontré. Dargent se retira dans l'ancienne commune d'Eich, dont il fut nommé bourgmestre en 1864. Il était en outre membre-fondateur de la Société des sciences médicales. Il mourut à Eich en 1869; un don important qu'il avait fait au profit des pauvres porta le Conseil Communal de Luxembourg à décider son inscription au Livre d'Or. La maison qu'il habita à Eich était précédée d'un espace libre que la population appelait Place Dargent, nom qui fut d'ailleurs plus tard officiellement consacré.

La pharmacie «*du Mortier*», qui avait entretemps déménagé à l'avenue de la gare, fut appelée Pharmacie de la Gare. Le pharmacien Heldenstein la céda en 1890 à Jules Prüssen, né à Salzkotten en 1843, reçu proviseur à Luxembourg en 1874, puis pharmacien en 1875. Son fils Paul Prüssen lui succéda en 1916.

La pharmacie «à l'Aigle», fut fondée en 1838 par Richard J.-B. Michel Anatole, né à Thionville en 1814. Il reçut sa patente en 1838 à la date de la reprise, puis vendit l'officine en 1875 à Pierre Joseph Charles Namur, né à Echtrenach et rejeton d'une famille connue de pharmaciens. Son fils, Prosper Namur, lui succéda dans l'officine «à l'Aigle» en 1900. Après le décès du

nouveau propriétaire, l'officine vacante fut vendue par les héritiers à M. Ernest Wilhelmy.

Puisque l'ancienne commune d'Eich fait maintenant partie intégrante de la ville de Luxembourg, donnons également quelques détails sur la création de la première officine officielle dans cette commune, et des indications sur ses titulaires successifs.

Fondée en 1866 par Jean Meyer, natif d'Echternach, et créé pharmacien en 1863, celui-ci vendit déjà son installation en 1874 à Schoué Eloi, pour reprendre le poste de chimiste, puis du directeur du service chimique de la Société des Hauts-Fourneaux de Dudelange. M. Meyer était un chimiste érudit et est l'auteur de nombreux mémoires, tant de caractère pharmaceutique, que chimique ou botanique. «Beschreibung der im Großherzogtum vorkommenden Orchideen», Luxembourg, V. Bück, 1862. (Ouvrages rare et recherché par les spécialistes.) Dans les bulletins de la Société des Sciences Médicales: «Formules magistrales vétérinaires ordinairement employées dans le Grand-Duché de Luxembourg». Année 1867. — «Pepsinum», id. — «Tödliche Phosphorvergiftung» etc., voir Gustave Schommer. Dans les Publications de la Société des Sciences Naturelles: «Rapport annuel sur les travaux de Botanique», 1868. id. «Hypericinae J. Koch, synopsis florum germaniae, flore des environs de Paris. T. X., années 1867 et 1868.

Son successeur, Eloi Schoué, qui avait reçu le grade de pharmacien à Luxembourg en 1873, fut bientôt gratifié du titre de Pharmacien de la Cour par Son Altesse le Prince Henri des Pays-Bas, en 1878. Ce titre était effectif puisque la pharmacie d'Eich était la plus proche du Château de Walferdange, lieu de résidence du Prince. Schoué également était l'auteur de nombreux travaux sur les sujets les plus divers: «Die Medizinalpflanzerei der Jetztzeit und ihre Koryphäen; Eine Warnung und eine Belehrung.» Luxembourg, Schamberger, 1879. «Die künstlichen Mineralwässer», 1877. Publications de la Société des Sciences Médicales. — Tome X. — «Über die kohlenensäurehaltigen Wässer mit dreibasisch phosphorsaurem Kalk», 1889, ibid. Tome XIII.

Le pharmacien Schoué se retira et céda son officine d'Eich à M. Xavier Perlia, né en 1862 et promu pharmacien en 1885.

Avec ces pharmacies de la Ville de Luxembourg, que je viens d'énumérer assez longuement, et qui furent accordées à titre de «Concession personnelle», le sujet que je m'étais imposé se termine naturellement, puisque je voulais parler des vieilles officines. Depuis l'extension de la capitale, surtout après la première guerre mondiale, de nombreuses pharmacies nouvelles furent créées, pour subvenir aux besoins d'une population croissante.

Mais, encore une fois, ces nouveaux établissements ne sauraient rentrer dans mon sujet.

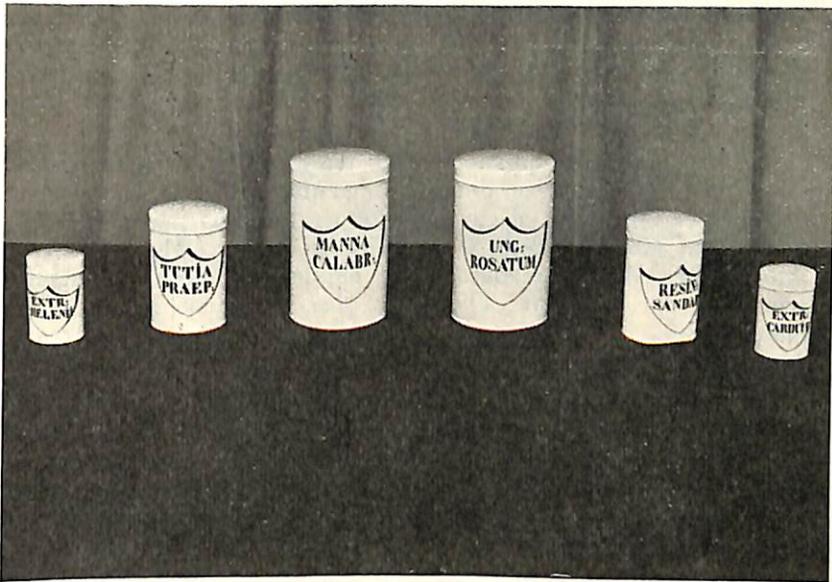
Qu'il me soit permis, en fin d'exposé, de faire encore un pas en arrière et de vous parler d'un pharmacien qui appartenait également au corps pharmaceutique de la capitale, et ce vers la fin du régime autrichien et au début du gros changement apporté par l'occupation française du pays.

C'était un curieux homme que Nicolas Couturier, né à Poncelet (Moselle) en 1744, qui vers 1768, semble s'être installé comme pharmacien dans la grand'rue. Comme toujours, toutes les données certaines quant à l'emplacement de son officine nous font défaut. D'après M. Alphonse Rupprecht, il habitait le N° LM 148 de la grand'rue, le N° 46 actuel et appartenant aux héritiers de M. Jacques Bradké, vitrier à Luxembourg, mais ce semble bien là son domicile privé, et rien n'est dit sur l'emplacement de son officine, s'il en avait une.

Il s'était donc établi à Luxembourg, et y avait contracté mariage, devant le curé de St. Nicolas, en 1769, avec Hollondois Marguerite-Françoise, originaire de Mayeuvre. Celle-ci mourut à Luxembourg, pendant le blocus de 1794-1795. Couturier épousa en secondes noces Mohy Marie-Anne, et habitait Luxembourg jusqu'à sa mort en 1815.

Il fut l'objet de deux incidents du blocus, de 1794, que MM. Zelle et Knaff rapportent dans leur ouvrage: «Die Blockade Luxemburgs» un messenger rapporta une lettre au gouverneur de la forteresse dans laquelle on réclama avec force menace que le nommé Couturier, bourgeois et apothicaire, soit transporté de force hors de l'enceinte, puisque le peuple français ne supporterait pas que cet homme intègre subisse des sévices de la part des Autrichiens (Couturier figura un certain temps sur le rôle des suspects.) La réponse du gouverneur fut telle qu'il ne pensait pas que quiconque empêchât Couturier de quitter la ville, mais que lui, le gouverneur se moquait des menaces, d'où qu'elles viennent. Une lettre du frère de Couturier, venant de Thionville, lui disant qu'il quitte la forteresse et vienne chez lui, ne fut pas suivie par le pharmacien qui resta à Luxembourg.» Il y a lieu de rapprocher de ces faits, une lettre que Légier, commissaire du directoire exécutif, adressa à de Bouteville, commissaire général de Bruxelles . . . «Ce citoyen français a été persécuté par les autrichiens pendant le blocus et a languì longtemps dans une obscure prison. Son épouse est morte de chagrin pendant le blocus, et sa fortune a été dissipée. Dès l'entrée des Français dans cette place, il a été premier officier municipal et a toujours continué de l'être. Peu de citoyens ont montré une conduite plus civique et plus désintéressée » (Rupprecht)

Le livre de M. Lefort, «Le département des Forêts», contient sur le pharmacien Couturier encore les données suivantes: . . . «Par arrêté du délégué Joubert, du Comité du Salut Public,



Pots de Pharmacie en Porcelaine, fabriqués au début du 19^e siècle par la Manufacture Boch Frères, de Septfontaines-Luxembourg.

(Photo Musée de l'Etat, Luxembourg)

le 30 juin 1795. Couturier fut nommé premier officier municipal de la ville de Luxembourg; il fut maintenu dans ses fonctions plus tard. De plus, un arrêté de l'Administration centrale, de 1797, le nomma membre du jury d'instruction publique . . . Ce français était un homme de sentiments nobles instruit et actif qui, tout en gardant ses sympathies pour son pays natal, avait un grand attachement pour la ville de Luxembourg, qui lui avait accordé l'hospitalité et où il semble avoir joui de la considération et de la confiance de tous ses concitoyens . . . (Lefort)



En terminant cette étude modeste et rapide surtout faite de l'énumération de lignées de pharmaciens installés dans la ville de Luxembourg, énumération qui a certainement dû paraître fastidieuse au lecteur, on acquiert la conviction que parmi les apothicaires des derniers siècles, il y a maint personnage attachant, important, ou remarquable qui a joué son rôle dans la vie publique; la part de l'apport culturel ou scientifique fourni par cette profession est absolument exceptionnelle. Centre d'enseignement, foyer où se maintient la tradition, mais aussi centre de recherches, lieu où se concrétise l'avancement des sciences, les officines de la ville de Luxembourg ont à leur acquit une part importante de ce que l'on pourrait appeler la tradition culturelle luxembourgeoise.

De très nombreux descendants de pharmaciens de la Ville de Luxembourg occupent aujourd'hui des situations très élevées ou jouent un rôle important dans la vie politique, culturelle ou scientifique. Pour qui connaît les conditions, ceci paraît évident, sans qu'il soit utile de citer des noms.

Il est regrettable qu'aucune des très vieilles officines de la ville nous soit conservée, dans un immeuble; même la disparition des vieilles enseignes si caractéristiques des pharmacies centenaires fait des progrès, et l'un après l'autre, ces emblèmes pittoresques du temps passé sont happés par un modernisme parfois trop exigeant. D'ailleurs, les historiens locaux s'en plaignent.

Il ne me reste plus que d'implorer le pardon et la compréhension du lecteur pour les oublis et inexactitudes certainement nombreux que j'ai pu commettre.

Je regrette que cette étude et récapitulation ne se soit étendue que sur une période de deux cents ans à peine. Or, sans aucun doute (et au cours du texte, plusieurs preuves nous en sont apparues), Luxembourg avait ses officines dès le moyen-âge. Je ne puis me joindre aux vues de M. Toelle, dans l'ouvrage déjà cité; un pays qui possédait des médecins authentiquement justifiés et connus par leur nom, depuis le moyen-âge, possédait également des pharmacies, car il n'y avait plus l'un sans l'autre, depuis l'époque lointaine où les deux professions se sont séparées.

Peut-être des recherches sur ces officines antérieures au dix-septième siècle dans le Duché de Luxembourg aboutiront-elles un jour; ce sera là le domaine d'un historien qualifié, plus habile que moi à fouiller les archives et à dépister les documents décisifs, pour leur faire raconter un autre aspect intéressant de notre Pays de Luxembourg.

Trois
facteurs
essentiels
de l'érythropoïèse

en une solution de goût agréable

RUBRATON

VITAMINE B 12

FER

ACIDE FOLIQUE

SQUIBB

Anémies micro et macrocytaire
sauf l'anémie pernicieuse

Déficiences de l'état général

RUBRATON : marque déposée
de E. R. SQUIBB & SONS. New York

PARIS
BÂLE
LA HAYE



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES

TEL 48 94 35 - 48 94 40

*Un principe actif nouveau
sédatif de la toux*

BÉCANTEX

Le Bécantex est le butylnaphto-sulfonate de sodium ; chimiquement ce corps diffère totalement des produits habituellement utilisés contre la toux. Les essais de laboratoire comme l'expérimentation clinique ont montré que ce produit, dépourvu d'effets stupéfiants et de toute toxicité, exerce une action sédatrice rapide et durable sur la toux.

le **BÉCANTEX**

calme ou supprime la toux dans les
rhino-pharyngites
bronchites aiguës et chroniques
coqueluche et séquelles de coqueluche
sclérose pulmonaire consécutive à des
lésions emphysémateuses
toux des fumeurs
toux spasmodique
pneumopathies banales et diverses.

Contrairement aux dérivés de la codéine ou autres alcaloïdes habituellement utilisés dans la thérapeutique de la toux, le Bécantex ne provoque

ni constipation
ni inappétence
ni état de torpeur.

SIROP flacon de 180 cm³

DRAGÉES boîte distributrice de 24

62 - 13



LABAZ 168, Avenue Louise, Bruxelles

Voyage Médical à Ostende Thermal

par Ch. Jones

Les Thermes d'Ostende n'évoquent aucune tradition. Cette ville si gaie et souriante, si riche et si ambitieuse, dont on a parlé au plus lointain de notre enfance, tenait à recevoir les délégués du Corps Médical Luxembourgeois pour leur montrer le nouveau fleuron de sa couronne, le *Centre Thermal et Thérapeutique*.

Des visites d'antan, on gardait d'Ostende le souvenir de son collier blanc de villas et d'hôtels; de sa plage le froissement des écumes des vagues contre le piloris et les défenses et le grondement des grandes lames qui retentissait dans nos oreilles encore bien longtemps après notre retour au foyer. On se souvenait des regards, qu'immobile on jetait dans la grande brise des espaces, quand tout au loin, à la pointe de l'horizon, l'oeil discernait la silhouette brumeuse d'un navire; on pensait à ces fières malles qui quittaient le port si majestueusement, emportant avec leur départ notre nostalgie du lointain!

Le nom d'Ostende remémorait tous ces souvenirs d'enfance et d'adolescence; cette ville gracieuse où pétillait l'esprit de liberté flamand et l'esprit de culture française nous attirait maintes fois; son cadre attrayant, ses constructions audacieuses, ses divertissements mondains nous éblouissaient; sa bonne organisation hôtelière, dont on avait essayé successivement — à mesure qu'on montait dans la hiérarchie sociale — toutes les classes, où la propreté et la bonne chère sont de tradition et de rigueur, rendait notre séjour agréable et réconfortant.

Aussi était-on bien sceptique quand on nous invitait à visiter Ostende sous un autre angle de vue que celui du tourisme et du plaisir! Cependant cette ville si dynamique a réussi d'ajouter à ses beautés naturelles et artistiques un nouvel attrait, une richesse inestimable qui jaillit des profondeurs de la terre, une *eau thermale* qui est appelée à soulager et à guérir bien des malades!

Ostende Thermal est né en 1938, bien que déjà en 1856 on eût découvert une nappe d'eau thermale, mais la valeur ne fut pas reconnue et on ne l'utilisait que rarement à des fins thérapeutiques. En inaugurant en 1938 la nouvelle station, on tombait en plein dans la floraison des stations françaises, dans celle de Spa et celle de Chaudfontaine. Devant cette concurrence des

stations traditionnelles, il était manifeste que la valeur de l'eau d'Ostende, dut être démontrée scientifiquement. Sans preuves objectives, il eût été impossible de ranger Ostende dans la grande classe des stations thermales. *L'expérience empirique, voire les résultats pratiques eux-mêmes, ne suffisent nullement à décider de la valeur d'une source thermale!*

Le professeur *Michez* de Bruxelles devint l'initiateur de la création d'un laboratoire d'Etudes Expérimentales, destiné à prouver par application directe le rôle et le mode d'action des eaux d'Ostende sur l'organisme.

De la source jaillit une eau légèrement alcaline, bicarbonatée et sulfatée sodique. Elle sort de la terre à la t° de 20° et possède une action sédative sur le système neuro-végétatif et décongestive sur le foie.

La création d'un centre biologique expérimental fit avancer à pas rapides la connaissance de l'action générale et particulière de l'eau minérale. On dirigeait les études spécialement vers l'effet provoqué par une action prolongée de l'eau sur les organes isolés et sur l'organisme en général. Célèbre est le petit chien, qui, par sa fistule duodénale, permettait de contrôler pendant des mois l'effet de l'eau chloro-bicarbonatée sur la muqueuse gastrique et sur les sucs digestifs du duodénum. La motilité gastrique et intestinale fut également observée. Une fistule vésicule sur une autre bête permettait de constater *un des effets les plus nets de l'eau thermale d'Ostende: l'accentuation de l'élimination de l'urée et de la stimulation de la diurèse.* Cette action presque élective sur la teneur de l'urée dans le sang et sur les intoxications urémiques est l'indication magistrale de cette eau qui diminue à coup sûr la teneur en urée!

Aussi la cure d'Ostende est-elle très indiquée pour les petites et les grandes urémies; tous les résultats cliniques confirment cette efficacité!

En thérapeutique on connaît la catalysation de l'effet de la digitale sur les fibres cardiaques par le Calcium. L'eau d'Ostende, possède, par on ne sait quel mécanisme, la même action que le Calcium; les biologistes admettent une pénétration plus rapide et plus intense de la digitale dans les cellules cardiaques par la présence de l'eau thermale; en tout cas l'effet du traitement digitalique est plus assuré et les indications peuvent être posées plus nettement.

La Direction des Thermes a eu l'idée heureuse d'associer aux effets hydrominéraux de l'eau thermale les bienfaits du climat marin et l'action de l'eau de mer, associant ainsi dans une entité thérapeutique tous les avantages de la cure thermale et de la cure climatique réunies. Cet ensemble thérapeutique est complété encore par une physiothérapie ultramoderne. *La climatologie, le thermalisme et la physiothérapie constituent à Ostende un ensemble médical, qui élève le niveau curatif tout en garantissant un effet plus complet et plus long.*

Qui ne connaît pas l'effet de l'eau de mer et le choc des vagues sur le système neuro-végétatif, sur la circulation périphérique, sur le mode de la respiration (inhibition, puis amplification)? La grande piscine du Palais des Thermes est remplie d'eau de mer, chauffée en cas de besoin; de sorte que tout le monde peut se permettre un bain de mer à n'importe quelle saison de l'année, même en plein hiver.! Par suite de ses éléments salins, l'eau de mer est plus apte à faciliter la rééducation des paralytiques et des grands arthritiques. *Le climat marin* de son côté augmente le métabolisme, stimule l'appétit, relève la tension des hypotoniques nerveux et musculaires; l'irradiation ultra-violette facilite la calcification et augmente la teneur en vitamine D; *l'air marin* si riche en sel marin, en iode et en oxygène et si pauvre en poussières, stimule la fonction circulatoire et celle de la respiration tout en désensibilisant les voies respiratoires (effet heureux sur l'asthme).

Les boues végéto-marines d'Ostende font également partie de l'arsenal thérapeutique. Elles sont formées par les tourbes marines, remélangées à l'eau de mer et servent ensuite à calmer, sous forme de cataplasmes, les parties enflammées de l'organisme.

L'équipement de la salle de physiothérapie est des plus complets; ultramoderne, il peut supporter toutes les comparaisons! Tous les appareils modernes de diathermie, d'ionisation, de rayons ultra-violets et infra-rouges, d'électrocardiogrammes, d'ultrasons, d'électrothérapie (faradisation et galvanisation), d'inhalation, d'aérosols, d'extension — il faut attirer l'attention spécialement sur les appareils d'extension de la colonne vertébrale, extension qui soulage la compression d'un nerf rachidien ou la douleur d'une spondylose ou d'un traumatisme — d'air chaud, bref de tout appareil qui peut mener le malade vers une guérison complète. Ainsi, en temps de pluie ou de ciel couvert, les ultra-violets sont largement utilisés, pour que l'effet de l'insolation ne soit pas perdu! Le plan de cure d'un polyarthritique comprend 1) boues végéto-marines; 2) bain de mer chaud avec mobilisation et massage; 3) irradiation par les ultra-violets pour favoriser la recalcification et 4) ionisation calcique ou salicylée. Pour la spondylose on complète l'ionisation par un traitement par les ultra-sons, méthode de choix dont les indications ont été plus précisées à Ostende.

L'asthme est traité par la gymnastique respiratoire, les aérosols, l'eau thermale, les inhalations et l'héliothérapie; dans les cas plus avancés on ajoute le passage dans la chambre de nébulisation où des gouttelettes d'eau thermale forment un brouillard artificiel d'un effet très heureux. Les séquelles de la polyomyélite et d'autres déficiences neuro-musculaires sont traitées par la boue, les bains de mer, le massage sous l'eau, l'hydrogym-

nastique (!), les rayons ultra-violet et quelquefois la diathermie médullaire ou l'ionisation iodurée. Aujourd'hui, Ostende Thermal est devenu *Centre Officiel de Traitement des Séquelles* de la Poliomyélite! Ce centre placé sous la direction d'un spécialiste en orthopédie, dépasse par son installation le plus grand centre du monde, celui de Warm Springs aux Etats Unis! Il est basé sur la pratique d'exercices de gymnastique sous-aquatique; il comprend deux hydro-gymnases, un tank d'Hubbard, un tank actino-marin, un dispositif de psychotechnie, bref des moyens physiothérapeutiques qui garantissent un traitement et une rééducation fonctionnelle des plus complètes!

Ainsi Ostende est parvenue à se placer dans l'avant-garde des réalisations médicales; avec de tels moyens thérapeutiques alignés dans une parfaite harmonie, les effets bienfaisants assureront soit un soulagement, soit la guérison de ceux qui viennent y demander aide, réconfort et santé!

Les promoteurs de cette initiative récolteront à coup sûr la reconnaissance de ceux pour qui cet équipement a été créé avec tant d'efforts et tant de persévérance.

Monsieur van Yper, l'administrateur d'Ostende Thermal nous fit l'honneur de la visite de la ville «aux mille visages», la plage où tout Bruxelles se donne rendez-vous, l'hippodrome où le prix des Dames attire régulièrement une foule de gens, le Kursaal, nouvellement rebâti et devenu centre artistique important. Face à la mer, le Kursaal avec sa grande esplanade est le joyau de la ville, le temple sacré de la musique qui ose concurrencer Salzbourg, Paris et Aix. Une scène vaste et moderne, montant des profondeurs du sous-sol permet de jouer tous les spectacles; des salles de jeu, assurent un divertissement douteux, mais le curiste est certain de trouver dans ce palais le confort, le bien-être et la distraction qui correspond à ses goûts.

Monsieur Robert Peeters, le directeur de l'hôtel du Palais des Thermes, nous gâtait dans son «Palais des Gourmets» pendant notre séjour; une courte visite aux frigorifères Crops d'où les poissons de la mer frigorifiés sont envoyés dans tout le pays et même au Congo, nous mettait in medias res: au port de la ville. Le directeur technique du port, l'aimable M. Cadran, assisté de M. Deschappe et de M. Jooris, nous promenait dans son domaine. On nous fit monter à bord de la «Princesse Joséphine» dont tout Ostende est fier, car c'est la première malle transformée en bateau — car ou bateau — garage où l'automobiliste peut emporter sa voiture au-delà du Canal de la Manche! La visite nous révélait un confort bien moderne, un équipement à toute épreuve. Le champagne d'honneur d'origine luxembourgeoise, nous fut servi dans le bar; on nous remerciait de notre visite et, à notre tour, nous adressions nos félicitations pour les efforts et les réalisations, tout en rappelant l'intimité des liens historiques et familiaux réciproques.

Cette visite mit le point final à ces journées d'études climatiques et thermales. Bien que la réception à l'hôtel de Ville ne pût avoir lieu par suite d'une absence du bourgmestre Monsieur Glabbeke, ces journées furent pour les délégués luxembourgeois très instructives et très agréables. L'actualité moderne d'Ostende Thermal, les recherches scientifiques, la technique déployée dans la cure nous révélèrent une initiative magnifique et une responsabilité thermale très sérieuse; la réception chaleureuse et généreuse fut un des attraites les plus séduisants, la cordialité fut toute franche et toute agréable. Remercions Monsieur le Directeur de l'Office luxembourgeois de Tourisme, Monsieur Ginsbach, pour nous avoir procuré cette visite instructive et souhaitons qu'Ostende Thermal devienne le rendez-vous de tous les urémiques, de tous les traumatisés et paralytiques qui souffrent des séquelles de leur mal et qui peuvent y trouver espoir et guérison. Ce d'autant plus que *dans tout Benelux il n'existe aucune station thermale* qui se soit spécialisée dans ce domaine de la médecine!

Les vitamines essentielles à doses thérapeutiques

THÉRAGRAN

Nouvelle dénomination de la
FORMULE VITAMINÉE THÉRAPEUTIQUE **SQUIBB**

Un état de dénutrition peut exister, même chez les sujets qui prennent trois repas copieux par jour. Les cas de déséquilibre nerveux deviennent de plus en plus fréquents. Une alimentation irrationnelle peut être la cause de ces états. J. A. M. A. 146: 537, juin 1951.

Thérigran : marque déposée E. R. Squibb & Sons, New York

Chaque capsule de THÉRAGRAN contient :



Vitamine A	25 000 u.
Vitamine D	1 000 u.
Thiamine (Vitamine B 1)	10 mg
Riboflavine (Vitamine B 2)	5 mg
Niacinamide (Vitamine PP)	150 mg
Acide ascorbique (vitamine C)	150 mg

172-43

SOUS LICENCE E. R. SQUIBB & SONS, NEW YORK



LABAZ 168, Avenue Louise, Bruxelles

Voyage d'études thermales et climatiques en Italie

par Ch. Jones

Dans le triangle historique Milan, Bologne, Venise, au pied des pittoresques collines de l'Apennin, Salsomaggiore, la ville thermale principale de l'Italie, épanouit sa beauté méridionale. La verdure de son terroir, la haute taille des peupliers protecteurs, le parfum des tilleuls en fleurs la bercent dans une atmosphère charmante et rêveuse.

Qu'on ne s'attende pas à trouver une station thermale quelconque, dormant le sommeil de Cendrillon et se réveillant pour les quelques jours de grande affluence! Le génie italien a réussi à Salsomaggiore des performances qui peuvent rendre jalouse la station la mieux équipée. Le palais des Thermes, construit de 1920 à 1922, a été bâti avec les entrailles marmoréennes des montagnes des alentours; aussi la fastueuse architecture byzantine, où le marbre, le granit, l'or, les céramiques et les mosaïques abondent, lui donne un éclat bien oriental. On se croit dans un de ces temples égyptiens ou hindous, où le symbolisme religieux se cache derrière un rideau tissé d'or et de mystère!

L'entrée monumentale aux colonnes dorées conduit dans un large vestibule, où la vie moderne bat son plein; la beauté et l'élégance du monde féminin se reflète par une gamme de couleurs merveilleuses. La riche et décorative expression des tableaux, le patin merveilleux, la symphonie des concerts donnent à ce cadre une note artistique et très séduisante.

Juste à côté de cette vie bouillonnante commence le règne de Vulkan et d'Hippocrate: Les Thermes. Trente-six sources montant des entrailles de la terre, de 600 à 1400 mètres de profondeur, sont acheminées par six stations de compression dans les 7 hôtels les plus importants de Salsomaggiore et dans ce temple du Thermalisme qu'on appelle le palais Berziera. Les eaux sont froides, chloruro-sodiques et présentent, par leur teneur en brome et surtout en iode des possibilités de traitement qu'on ne trouve que rarement dans nos régions. La présence d'hydrocarbures liquides, matières premières du pétrole, nécessite un décantage et un nettoyage rigoureux. On en profite pour élever la température au niveau de celle du corps humain et pour retirer de cette eau sale, limpide, dense et minéralisée, les boues *salsiodiques* qui constituent une des richesses thérapeutiques de la station.

Dois-je noter les principales indications: les maladies de la gorge et du nez, celles de diathèse, les rhumatisme, la scrofulose, le lymphatisme; par leur richesse en chlorure de sodium: les reliquats des maladies génitales de la femme, les dysfonctions endocriniennes de la thyroïde, et des organes sexuels. Ajoutons à cette irritation saline les bons effets de l'iode et du brome; on comprend alors que la réaction doit être tout heureuse. L'asthme, l'emphysème, les états de bronchite chronique, qui tourmentent la vie des enfants et des vieillards, sont tributaires de la cure de Salsomaggiore. Toute une aile du Palais des Thermes est spécialement installée à cet égard: chambres de pulvérisation humide, d'inhalation, d'irrigation et un novum pour nous, cabines d'irrigation double des deux gencives, préservant et guérissant la

paradentose, ce que vulgairement on comprend mieux sous le nom de déchaussement des dents. Il y existe en outre une chambre de nébulisation humide et de nébulisation sèche; un brouillard épais vous empêche de voir à deux mètres devant vous. Toute cette armature, qui est en service pendant la plus grande partie de l'année, a pour but: rétablir les fonctions déficientes de l'organisme humain!

Les boues, qui sont constituées par les sédiments de l'eau naturelle et qui montent de la profondeur des puits avec l'eau salée iodique, sont soigneusement recueillies, nettoyées et mélangées avec de l'argile très fine; puis elles sont réimbibées avec de l'eau thermale purifiée. Très onctueuses, (on applique les boues à la température de 45°), elles ont par leurs éléments bitumineux et salés une action sédative et résolutive. Les applications sont multiples et les curistes en font un usage toujours plus fréquent. Avec Dax en France, Pystiany en Bohême, Salsomaggiore a de commun les vertus thérapeutiques de cette boue résolutive et détersive.

On pourrait arguer que ces indications thermales sont un peu empiriques. Pour prévenir un tel reproche — très excusable à une époque rationaliste — le prof. Mattei de l'université de Rome — qui est une de nos vieilles connaissances des journées médicales de Bruxelles — a organisé l'institution d'un laboratoire scientifique destiné à contrôler biologiquement les effets des eaux de Salso. Prenant exemple sur le laboratoire d'Ostende et sur les réalisations faites par le prof. *Michez*, chef de la Station Thermale d'Ostende, le D^r *Mattei* a entrepris une organisation pareille. Dans ce laboratoire ultra-moderne, les eaux sont examinées, analysées, éprouvées pharmacologiquement et leurs effets sont contrôlés sur des bêtes vivantes. Spectroanalyse, électroanalyse, ionisation sont d'usage courant; les électrocardiogrammes sont exécutés avec des appareils modernes; les balances de précision et les appareils de métabolisme complètent cette installation riche et scientifique. Le prof. Angelini en est le chef; ses explications révèlent un savant pour qui les problèmes biochimiques ne sont plus des inconnues voilées. Notre président des amitiés italo-luxembourgeoises, M. le Commissaire de district *Wärth*, notre confrère *Küborn* et notre médecin-dentiste *Jungblut* tenaient absolument à essayer les appareils modernes de plus près et à se soumettre aux épreuves thermales des inhalations, spécialement des irrigations des gencives et des inhalations massives. Ils sortaient de ces épreuves — tout comme notre confrère *Noesen* un peu plus tard à la station intestinale — purifiés, épurés et jувénilisés!



La remarquable «action» thermale stimulative nous galvanisait dans la longue soirée passée au Parc Poggio Diana où la piscine à l'eau chauffée fut témoin de nos ébats et de nos plongeurs joyeux, cependant qu'à la terrasse nos ardeurs en valse lente nous causaient des extra-systoles.

A quatre kilomètres de Salso, un peu cachée dans les collines comme une soeur appauvrie, se trouve l'antique station de Tabiano, plus simple, plus modeste que les thermes Berzieri. La haute teneur en hydrogène sulfureux qui supporte toutes les comparaisons avec Cauterets, Aix-la-Chapelle ou n'importe quelle autre station sulfureuse, assure à Tabiano une clientèle plus modeste, mais très fidèle; les indications sont celles du soufre: appareil respiratoire et dermites rebelles. L'eau est également riche en sulfate de chaux, ce qui permet le traitement de la colite chronique, de l'insuffisance hépatique et du rhumatisme par la cure de boisson. Mais les gargarismes, les inhalations et les nébulisations cutanées en constituent le mode d'application le plus usuel. Le jumelage de ces deux stations, si proches et si facilement accessibles, est d'un effet heureux sur leur développement; elles se suppléent dans leurs indications thermales et l'administration provinciale commune étouffe toute velléité d'isolationisme.

Si à Salsomaggiore les thermes Berzieri constituent l'émeraude principale de la couronne thermale, la «Casa thermale del Bambino» et les Thermes «Tommasini» sont d'autres brillants non moins éclatants! Ces deux réalisations sociales, la Maison de l'Enfant et l'Institut d'assistance, de bienfaisance et de prévoyance thermo-sociale que constituent les thermes Tommasini valent à elles seules une visite d'inspection et d'étude. Pour nous autres, ces instituts étaient une révélation quant à la signification du nom: «Service social.» Certaines caisses de maladie de chez nous qui se plaisent à se pavaner démesurément, certains médecins de contrôle, qui font le sourd quand il s'agit d'accorder une cure thermale nécessaire, devraient prendre exemple sur la politique sociale des caisses italiennes!

L'institut Tommasini reçoit tous les membres des caisses, ouvriers et employés, (dans la proportion de 60:40) pour leur offrir un séjour des plus agréables et des plus salutaires. 680 personnes sont reçues toutes les quinzaines: elles y sont logées, nourries, blanchies et soignées sans frais. Quinze bains thermaux par cure, massage et opérations supplémentaires en sus, constituent le traitement habituel. La saison entière permet pendant les 8 mois d'ouverture, de soigner 11.000 assurés sociaux et de leur donner l'occasion de recouvrir leur santé et leur vigueur. Archiplein du 1^{er} jour d'ouverture au dernier, alternant les équipes féminines et masculines, utilisant pleinement toutes les ressources d'une cure thermale: repos, calme, ambiance cordiale, multiplication des prestations, séjour absolument gratuit, cet immense institut constitue une oeuvre unique de toute première importance sociale. 240 domestiques, servantes, cuisiniers, femmes de chambre et auxiliaires médicaux s'occupent des travaux manuels; une salle à manger immense, soutenue par de hautes colonnes en marbre rouge, réunit les pensionnaires aux trois repas journaliers; les chambres à coucher comprennent deux à quatre lits blancs et propres; bref une atmosphère heureuse enveloppe le pensionnaire. Aussi l'effet salutaire de la cure est évident; il s'étend non seulement sur le rétablissement de la santé physique, mais le climat moral, l'insouciance, l'égalité avec les autres curistes et la joie de vivre ajoutent leurs stimulants psychiques pour compléter heureusement l'effet de la cure physique.

Gaie et propre, dans un style rigoureusement méridional, la Maison thermale des enfants étend son bloc blanc au soleil brillant. Ceux qui ont le bonheur d'y pouvoir soigner leur frêle santé ébranlée par les vicissitudes d'une vie pleine de soucis et de charges voient leurs corps se régénérer et leurs âmes d'enfants, si sensibles et si ingénues, retrouver un bonheur qu'ils ignoraient depuis longtemps. La Maison des Enfants joue le rôle de confidente, de famille, de camarade et d'assistance. Dans le nébulatorium, les enfants respirent les vapeurs des eaux de Salso à pleins poumons, les bains salés, les inhalations, les pulvérisations et l'ensemble du traitement physio-thérapeutique chassent les adenopathies, le lymphatisme, la diathèse exsudative, les bronchites chroniques, l'anémie constitutionnelle. Les chambres de cure s'étendent

au sous-sol, la salle à manger et les salles de récréation au rez de chaussée et les chambres à coucher à huit lits, bien aérées et à grandes fenêtres se trouvent au 1^{er} étage. Tout respire ici la propreté méticuleuse et l'ordre; il n'y a pas de luxe superflu, mais tout est arrangé d'après les lois de l'hygiène, avec goût et esprit pratique où perce cependant une tendresse sympathique.

N'y trouve-t-on pas étalées les paroles superbes:

Ut bonum, faustum, felix, fortunatumque sit!

Pour que tout soit bon, prospère, heureux et plein de bonheur!

Paroles émouvantes, résumant toute la confiance, toute l'espérance qu'on apporte et tout l'idéalisme qu'on prodigue!

«Qu'est ce qui vous a frappé le plus à Salsomaggiore, quelle était votre première impression?» Question qu'on nous pose non sans une ambition discrète et à laquelle on peut répondre calmement et fermement: le travail à tous les échelons, la propreté, l'atmosphère d'eurythmie. Direction, personnel, services offerts, tout concourt à perfectionner une organisation, déjà parfaitement instituée; n'a-t-on pas même créé une école spéciale pour instruire le personnel des bains sur leurs tâches professionnelles et surtout sociales pour qu'ils aient conscience des règles de la politesse, de la dignité humaine et du dévouement?

Cette impression générale fut partagée par tous les confrères et quand le soir on se réunissait au Poggia Diana à des agapes amicales, ce fut pour souligner cette bienfaisante vérité et pour exprimer notre profonde gratitude. MM. Ferrario et Gragnani de l'Association hôtelière, M. Barsanini de la Presse locale, le Conseiller à l'Administration provinciale M. Sozzi, le Préfet de police, la cheville ouvrière, le D^r F. Borri, président de l'Office de Tourisme, le jeune charmant bourgmestre et d'autres autorités nous firent le plaisir de nous honorer par leur réception généreuse et de nous donner, sans grand éclat, une preuve de leur amitié profonde.

Ai-je besoin de souligner que la gastronomie de Parme nous montrait tous ses secrets — le pollo, le jambon parmesan, si délicieux qu'il préfère fondre dans la bouche que de se laisser écraser par les molaïres, les raviolis au poulet, le soufflet Arlequin. Le Lambrusco, «cette preuve de l'existence de Dieu», d'après le professeur Merklen — était le digne partenaire de la savoureuse cuisine parmesane qui gâte les plus fins gourmets. Le secret réside dans le fameux fromage de la région qui, s'il est extra vieux, donne à toutes les spécialités un éclat et une saveur particulière.

Nos remerciements s'adressent à notre aimable cicerone, Monsieur Borri, président de l'Office de Tourisme de la province Emilienne. Ses nombreux voyages en Belgique le mettaient en contact avec notre pays et l'impression qu'il en reçut, était si amicale, qu'il la reporta sur ses hôtes luxembourgeois. Il multipliait les petites attentions, avec tant de charme et de sincérité, qu'on ne se sentait plus l'invité, mais l'ami. Notre gratitude se porte également envers M. Carezza de Tabiano, qui nous fit une réception très cordiale dans son château historique. Tenant à nous servir personnellement le thé, il nous obligeait par la visite des salons et — sur nos instances — de sa vaste fromagerie moderne.

Les jours se suivaient, on partait de Salsomaggiore pour visiter la ville d'art et universitaire de Parme.

La Galerie Nationale possède des trésors en ses peintures de Corrège, de van Dyck, de Gino; il serait bien fastidieux de les énumérer toutes, le temps ayant été si court qu'on traversait le musée au pas de chasseur alpin. Parme est célèbre par son Baptistère aux nombreuses sculptures et fresques, par l'Eglise St-Jean l'Évangéliste à la coupole majestueuse, chef-d'œuvre de Corrège, par son théâtre Farnese, gravement atteint par les bombes en 44 et qui est en voie de reconstruction. A l'Université, dans la grande galerie d'honneur, le recteur, le prof. Caneto, lui même médecin-légiste, nous souhaita la bienvenue et nous promena dans le vaste édifice qu'est l'université et dont l'alignement et l'origine monastique rappellent notre Athénée de Luxembourg. 3500 étudiants suivent les cours, dont 900 en médecine et 300 en pharmacologie. L'université de Parme n'enseigne non seulement les disciplines habituelles, mais elle s'est spécialisée dans différentes branches de ces dis-



ciplines; ainsi la médecine vétérinaire, la Paléographie musicale, la Technique de conservation des aliments attirent de nombreux étudiants indigènes et étrangers. Dans la section de mécanique, l'amphithéâtre de Volta nous donnait un léger et respectueux frisson, par l'austérité du milieu, le souvenir du célèbre physicien et par le rappel des nombreux cauchemars que cette branche des Sciences naturelles nous avait fait subir jadis!

La ville de Parme a eu un passé bien glorieux. Elle avait séduit la duchesse Marie-Louise d'Autriche, ancienne impératrice de France, qui de Parme faisait sa ville de résidence et d'affection. Aujourd'hui encore, après 130 ans, on continue à adorer cette régente bienfaisante qui avait su conquérir les coeurs par sa grâce et sa noblesse.

Epris par tant de beauté environnante, cédant à sa grande passion musicale, notre confrère Meyers fit retentir dans un silence religieux, au milieu du chœur de l'Eglise de St-Jean l'Evangeliste, les registres de l'antique orgue à 15.000 tuyaux! Les flots harmonieux étaient la révérence loyale et sincère envers le Créateur des choses et des êtres!

A la Société Parmencese de Lettura e Conversazione, club exclusif où le déjeuner parmésien nous fut offert — et ce nom a une signification particulière pour tous les connaisseurs gastronomiques — les rapports historiques entre Parme, la France et le Luxembourg furent relevés; on parla même de jumelage des deux villes de Luxembourg et de Parme où notre Maison Régente a tant de liens de famille.

Dans l'après-midi, une visite fut faite au plus grand institut de rééducation des enfants mutilés de guerre, que l'Italie possède. Les plaies de la guerre dont l'enfance est l'innocente victime, y sont guéries dans la mesure de nos connaissances actuelles. Aide orthopédique, rééducation pédagogique et scolaire et réadaptation au travail, tels sont les trois buts que cette école et clinique modèle s'est posés.

Salles d'opérations, dortoirs, atelier de prothèse, salles d'éducation physique et de jeux, tout est ultramoderne et bien organisé. Dans les yeux de ces jeunes filles et de ces jeunes gens brille la joie de vivre, le bonheur retrouvé, l'infirmité déjà oubliée et, sans qu'ils s'en aperçoivent, le sentiment obscur, mais net d'être de nouveau «une personnalité entière». L'Italie ne se contente pas de gémir, elle agit, elle passe à l'aide efficace, elle veut soulager ces enfants innocents, sacrifiés, victimes d'une guerre aveugle et sans merci!

Cette Italie, telle que nous la voyions au cours de notre voyage d'études ce n'est plus l'Italie d'antan, mais c'est le pays, où on lutte contre la pauvreté,

le malheur, la faim, les préjugés, le chômage, et le désespoir. Ce n'est plus le «dolce far niente» qui règle aujourd'hui la vie, mais la conscience du devoir social, la sollicitude envers ceux que la fortune a délaissés et déçus et que la guerre a ruinés moralement, physiquement et économiquement. C'est l'appel à la solidarité, à la responsabilité envers le collectif qui stimule ceux qui veulent aider, qui veulent rebâtir la nouvelle Italie et qui, presque avec frénésie, poursuivent leur but, sans se soucier de l'opposition d'où qu'elle vienne! Bon nombre d'enfants sont peut-être des analphabètes, mais leur sens de la vie réelle est si développé qu'ils savent déjà penser et réfléchir et qu'ils ont conscience des devoirs que la vie attend d'eux.

Dans ce cadre travailleur, l'Italie nouvelle, pays d'avenir, s'habille de sa plus belle robe touristique pour recevoir aimablement le touriste étranger, pour lui montrer que ses racines puisent la sève dans les ruines de l'antiquité, mais que sa volonté irrésistible siège dans le présent afin d'acquérir une vie plus libre et une existence plus parfaite!

Le lendemain c'est Bologne qui nous reçoit, présentant la richesse de ses souvenirs historiques et monumentaux, de son architecture religieuse, de son rythme commercial. Elle nous surprend par ses deux tours obliques, privilège que nous croyions devoir réserver à la ville de Pise, par sa bibliothèque si richement dotée, mais si austère et si contemplative que malgré le bon accueil, on se croit perdu au fond d'un monastère bénédictin. L'université jouissait dans le moyen âge d'une renommée universelle; beaucoup de pays y entretenaient des collèges pour leurs étudiants, seul reste encore le collège espagnol où les ressortissants espagnols trouvent un home national pendant le temps qu'ils passent à l'université. Rappelons que Jean l'Aveugle entreprit spécialement un voyage à Bologne pour y faire soigner ses yeux morts, mais, qu'aucun médecin ne pouvait lui rendre la vue. Bologne reste bien connue pour sa faculté de médecine; sa grande policlinique est le lieu principal de l'enseignement universitaire. Inutile de parler de toute l'installation moderne; ceux qui veulent s'y faire soigner ont une belle chambre à un lit avec un petit salon pour 2.800 liras par jour, soins médicaux compris et ils sont excellents... Cependant il faut que je parle d'un petit appareil qui nous a frappés et que nous n'avons trouvé jusqu'ici nulle part: un appareil enregistrant graphiquement la motilité gastrique — après introduction de la sonde duodénale, à la suite de la variation du PH de l'estomac et du duodénum, appareil qu'ils fabriquent dans les ateliers médico-mécaniques de Bologne.

Non loin de là se trouve le célèbre institut Rizzoli, de renommée internationale, spécialisé rigoureusement dans l'orthopédie et où des assistants étrangers venant même d'Amérique, de France, d'Espagne, se préparent à leur spécialité. C'est ici que Codivilla fit en 1903 le premier clouage des os aux fins de réunir les deux bouts fracturés et assurer ainsi une meilleure guérison naturelle. Le grand chirurgien Putti, également connu pour ses procédés de clouage, en assurait longtemps la direction scientifique; son dévouement était si altruiste qu'on l'enterrait dans la chapelle de l'Institut même! Un sujet de notre admiration fut l'appareil d'élongation de Cornac en cas de fracture du bras, également fabriqué à Bologne et que notre médecin militaire, le D^r Felten, eut bien soin d'étudier et d'emporter la notice pour en faire profiter nos militaires accidentés... Quatre cents malades sont soignés ici par dix médecins et trente assistants désireux d'élargir leurs connaissances orthopédiques; on nous promettait des facilités pour un confrère luxembourgeois qui voudrait bien y compléter ses études. (2.900 opérations en une année.)

Le médecin chef nous conduisit finalement dans la bibliothèque, qui, comme à Parme, semble être un sanctuaire de la science médicale. Toutes les oeuvres orthopédiques, parues en toutes les langues courantes, sont soigneusement collectionnées et recherchées, traduites en italien en cas de besoin et mises à la disposition des professeurs et des étudiants.

Dans la ville de Bologne même, on nous montrait dans la basilique le tombeau de St-Dominique, lieu de pèlerinage principal de tous les amateurs d'art archéologique. Ce tombeau en pur marbre blanc présente des reliefs sculptés qui sont toute une série de chef-d'oeuvre. Un des anges en prière,

en vedette aux angles du tombeau, est une oeuvre de Michel-Ange, d'autres également sont d'une composition pleine de pureté et de noblesse dans le style. Faut-il parler de la Chapelle du Sang précieux, de la Fontaine de Neptune, des Portiques pittoresques et uniques, de la Basilique de San Stefano et de celle de Petrone du Palais Poggi et d'une foule d'autres édifices imposants par leur dimension, leur style, leur richesse architecturale et des fois également par la simplicité admirable, trahissant alors une origine d'une époque chrétienne des plus reculées?

Nos ciceroni avaient tenu à nous emmener en funiculaire au sommet d'une colline où la vue superbe s'étend sur toute la vallée du Reno; la ville de Bologne se trouve blottie à nos pieds, caressée par le soleil, et contrastée dans la blancheur de ses maisons par la verdure des collines qui se perdent dans la brume de l'horizon...

Le lendemain, départ pour Rimini. Tout le monde se réjouit, c'est le désir impétueux du continental qui attend la vue de la mer rafraîchissante. On fuit la ville pour la brise de la plage, on veut s'abreuver de lumière et d'immensité; on veut sentir le sable fin de la plage et le jeu des flots de la mer. C'est l'éternel attrait de la côte qui nous émerveille toujours à nouveau. Et pourquoi? C'est le secret de la Talassothérapie: «La composition de l'air est sensiblement, d'après de D' Casse, la même sur toute la terre et la surface du globe, mais le séjour à la côte démontre qu'il y a dans l'air marin des qualités ou une vertu particulière qui relève l'énergie des uns et donne la santé aux autres!»

Le vent du large, la grande étendue de sable fin, les flots bleus, l'immensité de la vue se perdant dans la silhouette brumeuse des montagnes de la Dalmatie, tout cela nous grisait. On se précipitait dans les vagues, on s'y débattait comme des enfants gais et insoucieux. La fraîcheur nous ranimait, l'atmosphère heureuse nous séduisait; Rimini est une de ces stations où l'homme a su créer les contrastes et les nuances qui, avec l'attrait de la nature, permettent un séjour de repos idéal sans craindre une monotonie ennuyeuse. Compléter la cure thermale par une cure climatique et marine où les radiations solaires, — bien dosées — le jeu du vent, l'ozone de l'air, le bain salé, le repos prolongé et les divertissements divers composent ensemble une cure de renouveau, de relaxation du «time is money», pour le plus grand bien des fonctions organiques du corps et des centres nerveux de l'encéphale, n'est-ce pas une thérapie agréable et salubre?

L'admirable élan de reconstruction que Rimini a montré pour faire disparaître les destructions causées par les bombardements aériens, constitue une preuve de foi, de courage et de vitalité des Romagnols, qui sont si accueillants, si fiers, si gais et si généreux. On nous logeait et nous recevait à l'Hôtel du Parc. Tout Rimini officiel, M. Montanari, le Directeur de l'Office de Tourisme, M. Sciallo, Directeur du Tourisme de Forli, M. Borri et ses deux fils, le professeur Segà, médecin-inspecteur, les commandants des forces armées de terre et de la marine prirent part à la réception. Les vins capiteux de Vérone et le Sangiovese chassaient le teint fatigué de plusieurs d'entre nous, terrassés par le rythme du voyage et par la dictature gastronomique.

Partant de Rimini, on traversait cette riche et fertile province de Forli s'étendant tout le long de l'antique Voie Emilienne au pied des Apennins et se perdant dans les collines riantes à l'horizon. On suivait la route de la mer; un collier sans fin de bungalows, villas, maisons et maisonnettes déployait son palier de couleurs multiples le long de cette plage ravissante. Cette route de la Riviera italienne offre au touriste des lieux de repos et de cure climatique admirables et pour toutes les bourses. Ce qui nous frappait, c'était la file presque ininterrompue de colonies de vacances, d'instituts et d'établissements de cure marine, chacun réservé soit à l'enfance, soit aux assurés sociaux, soit même aux employés et ouvriers des communes, des banques ou des compagnies d'assurance. Chaque cité des environs, Bologne, Milan, Parme, Firenze, Pavie y entretient ce que je voudrais nommer «un refuge climatique» comme les grandes familles nobles et les couvents possédaient au temps du moyen âge un refuge dans les villes fortifiées.

Les instituts privés sont réservés au personnel de l'établissement propriétaire, la famille y est admise également. Le repos des vacances est ainsi doublé par l'effet marin et par l'insouciance matérielle; cependant la plus grande partie de ces colonies sont occupées par la gent enfantine, y passant de longs mois sous la surveillance de leurs maîtres d'école et de leurs gardes. Pour reconnaître toute cette bande joyeuse qui se mélangeait à la plage commune, chaque institut a adopté une autre couleur des vêtements.

Devant cet étalage de réalisation sociale pratique on comprend que le sens social n'est pas un vain mot en Italie, que cette organisation n'est pas une démonstration de charité destinée à apaiser un esprit de révolte, mais qu'elle exprime la solidarité sociale! C'est un témoignage de sympathie envers ceux qui sont déshérités par la vie. Le grand nombre de ces colonies de vacances est la preuve qu'il existe un sentiment de fraternité, un esprit commun, une entraide active! Espérons que toute cette énergie tendue vers un but humanitaire amène l'homme vers une réalisation plus suprême encore!

Bientôt on entre dans la ville de Ravenne, ville sacrée par deux sépultures, celle du roi des Goths, Théodoric, et celle, plus connue, du grand poète italien Dante Alighieri. De nombreux souvenirs nous lient à ce nom de héros national; l'empereur Henri VII de la Maison luxembourgeoise ne fut-il pas l'ami et le protecteur du poète de la «Divine Comédie»? A l'occasion des fêtes du 600^e anniversaire de la mort de Dante en 1921, ne fut-ce pas notre ancien professeur et écrivain historique Nicolas Welter qu'on délègua à Ravenne pour y présenter l'hommage de l'ancien Duché de Luxembourg, berceau de la lignée impériale?

Les trésors de Ravenne sont ses mosaïques. Le mausolée de Galla Placidia, la basilique de St-Vital et celle de St-Apollinaire en possèdent; elles sont si fines, d'une telle richesse de couleurs et d'une telle perfection artistique qu'une profonde impression de respect et d'admirable stupeur vous envahit. Quel travail de Pénélope! Quel talent et quel foi ont dû guider ceux qui ont créé ces chefs-d'oeuvre!

Ravenne, jadis si riche quand elle était port de mer et ville de commerce importante, a cessé de compter comme métropole; la mer l'a abandonnée, les marais se sont desséchés en partie et la ville a reculé du littoral; mais il lui reste la poésie, l'originalité, les chefs-d'oeuvre d'une glorieuse époque révolue, qui continuent à la couronner d'un laurier éternel!

Ici finissait le voyage. La direction des Services Touristiques avait intercalé des excursions intéressantes et récréatives.

Je rappelle celle à la petite et modeste maison de naissance de Verdi à Buseto et en continuant, la visite de la ville de St-Agathe où le célèbre compositeur passait sa vie jusqu'à la fin de ses jours. Un membre de la famille, notaire connu, nous fit l'honneur de la visite du parc aux arbres centenaires et de l'appartement du maître que la piété de la famille a laissé dans l'état d'antan, conservant ainsi les souvenirs personnels et la mémoire d'une grande époque littéraire et musicale.

Dois-je remémorer cette autre excursion au nid d'aigle, blotti au flanc et au sommet du Mont Titano, si abrupt par ses côtes? Entourée de murailles crenelées et fortifiées, la petite et millénaire république de San Marino recevait notre caravane officiellement. Etat souverain, doté d'une constitution très démocratique, il possède un «parlement» ou Grand Conseil de 80 membres sous la présidence des Capitaines Régents, à qui incombe le pouvoir exécutif. San Marino fit un accueil sympathique et souriant à ceux qui, comme eux, ne conçoivent la liberté que dans l'indépendance et la souveraineté totales.

Mrs. Campi et le D^r Roffi nous promenèrent dans la ville aux rues très étroites et bien escarpées. Ils nous firent visiter le Palais du Gouvernement avec la grande salle de délibération du Grand Conseil, bâtie en style gothique florentin, de l'hôpital civil ultramoderne et finalement nous obligeaient de monter au sommet du Mont Titano, là où une tour ronde se dresse en vigie. De ce belvédère antique, le panorama est unique. Rivières, vallées, collines, cités balnéaires sont dominées par ce rocher de granit: à travers la brume on voit les contreforts des Apennins et de l'autre côté les silhouettes des monts de la Dalmatie yougoslave. San Marino, «cette terre de liberté perpétuelle» possède sa vie propre: les traditions anciennes se mêlent aux pulsations de la

vie moderne, le profond sentiment de respect patriarcal s'unit à une hospitalité cordiale, le sentiment de la foi et de la paix entretenu par des luttes centenaires, est maintenu vivant dans les âmes et aiguisé par des luttes encore très récentes contre le voisin puissant.

Au banquet, offert par le Gouvernement de San Marino, la beauté touristique du petit pays, son sens de la démocratie et au point de vue médical, le jumelage de la cure marine avec la cure de montagne furent relevés. Sous les applaudissements généraux on concluait que l'étroitesse d'un pays engendre un sentiment de liberté qui y devient plus farouche que dans d'autres pays plus grands et plus peuplés.

Bien tard dans la nuit le restaurant Titano nous lâchait, mais «l'azzurra visione de San Marino», vision glorieuse d'une république immortelle, nous accompagnait encore longtemps, fantastique et mystérieuse sous les lueurs d'un clair de lune méridional.

Près de Ravenne s'étend un de ces bois de pins qui se font rares en Italie. La dernière excursion nous emmenait à Milano Maritima, près de Cervia où le bois et la mer se confondent pour offrir au touriste une plage de sable moëlleuse et des allées ombreuses. Les pins, symboles du midi, avec leur couronne étalée en ombrelle et leur troncs difformés par les vents, embaument la plage de leur fraîcheur odoriférante. A l'Hôtel Mare et Pineta, la Direction du Tourisme nous offrait un thé très apprécié où le thé, à vrai dire, ne servait que d'enseigne pour masquer une hospitalité généreuse.

Passer de savoureuses vacances à 250 francs belges, tout compris, n'est pas trop cher, et notre ami Noesen, toujours à la recherche d'un bon gîte à un prix abordable, se notait soigneusement l'adresse. Ses clients se retrouveront probablement dans ce site paisible, tranquille et à climat très doux, qui convient si admirablement aux malades du système neuro-végétatif.

La vie est telle qu'on la conçoit et qu'on la prend; les Italiens appliquent «dolce far niente» a été chassé par la vague de fond qui suivit la libération. On a su prendre ses responsabilités sans devenir emphatique et sans crier gare. Aimant la vie dans tout ce qu'elle présente en joies et en menus plaisirs, une force intérieure collective concentre cependant toutes les énergies vers la reconstruction du pays et vers la réintégration de la nation dans la communauté des peuples libres. La réforme agraire, qui déjà du temps des Gracques présentait les mêmes aspects, les mêmes causes et les mêmes solutions, vise à créer dans ce peuple travailleur une nouvelle harmonie humaine. La politique de tourisme se fait avec un rare esprit assimilateur. Toutes les qualités acquises pendant les années d'après guerre, l'ordre, la propreté, le travail, la conscience de responsabilité, la cordialité sont mises au service de cette politique. Nous, qui avons vu la générosité et la grande sensibilité de l'âme italienne, nous ne pouvons qu'admirer cet exemple de renaissance physique et morale. Ces pensées ont été exprimées à tour de rôle aux agapes quotidiennes par des paroles simples et sincères par les confrères Felten, Jones, Eloi Welter, Noesen, Jungblut Fr.; par M. Uhres, représentant de l'Office de Tourisme luxembourgeois; par Mme Jones-Faber, au nom des dames et par le Commissaire de District M. Würth, président des Amitiés Italo-Luxembourgeoises.

Nous n'oublions pas notre doyen honoraire, le professeur Mercklen de Nancy, à qui incombait la lourde tâche de faire les honneurs et de trouver à chaque instant et à chaque réception les mots justes, les remerciements qui vont au coeur et les gestes qui font des amis; il n'a jamais faibli!

Le lien qui désormais réunit le Luxembourg à l'Université de Nancy, aux thermes de l'Est et aux Centres thermaux italiens est l'oeuvre des Offices de Tourisme luxembourgeois et italien et nos remerciements vont à M. Ginsbach, Directeur luxembourgeois et à M. Borri «l'infatigable» pour l'Italie.

Ils ont été les artisans de ce rapprochement médical qui servira les intérêts des deux pays et qui démontre une fois de plus que la science médicale ne connaît pas de frontières nationales.

«Questa viaggio di studi raffermara le relazioni già tanto profonde fra i nostri due paesi amici!»

Juin 1953.

Sanalepsi Russi

Sédatif antispasmodique sans effets secondaires.

Neodigestase Russi

Ferments peptiques en solution glycinée.

Heparenzyme Russi

Lipase hépatique en solution glycinée.

Gader

Utilisation thérapeutique de la carboxyméthylcellulose :
Contre l'hyperacidité et l'ulcère gastro-duodéal.

Ongaline

Onguent cicatrisant à l'aluminium non gras

Quidinal

Association quinidine-barbiturique. - Sédatif cardiaque.

Manganocholine

simple et forte

Acétylcholine-retard, active per os.

Derma vipp

Pommade à la vitamine PP non grasse.



Représentant Général pour le G.-D. de Luxembourg:
PROPHAC, 54, rue Baudouin, LUXEMBOURG - Tél. 30-73

Sans action sympathicomimétique

ADRENOXYL *Labaz*

MONOSEMICARBAZONE DE L'ADRÉNOCHROME

Deux propriétés principales

ANTIÉMORRAGIQUE

par réduction du temps de saignement,
par augmentation de la résistance vasculaire.

Sans action sur la coagulation

DYNAMO-MUSCULAIRE

en favorisant le métabolisme des glucides
dans le muscle.

AMPOULES - COMPRIMÉS

PARIS
BÂLE
LA HAYE



SOCIÉTÉ DES LABORATOIRES
168, Avenue Louise

LABAZ
BRUXELLES

TEL. 48 94 35 - 48 94 40

LOTERIE
*N*ATIONALE



**L'oeuvre sociale
par excellence**

GROS LOT 500 000 FR.

