

SPECIMEN Bourg-Bourger

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ
DES SCIENCES
MÉDICALES

DU
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



N° 10 mai 1955

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER • LUXEMBOURG

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

La Rédaction.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg
Rédacteur: Dr. René Koltz, Junglinster
Chronique de l'Association: Dr. Pierre Felten, Luxembourg

S O M M A I R E

E. Dahl-Iversen	Problèmes chirurgicaux des surrénales	7
Ernest Stumper	Instincts, Pulsions et Psychoses	19
Fernand Dennewald Simon Hertz	Sur un Cas d'Urémie Grave par Insuffisance Surrénalienne	29
M. Demoullin	La maladie de Sturge-Weber	37
Aloyse Willems	Méthodes personnelles de plastique laryngée par greffes de Thiersch appliquées aux laryngecto- mies partielles et aux pharyngo-laryngectomies	45
Jules Shammas Jeanny Shammas Knaff	Réaction toxique à la Chloromycétine	55
Jules Shammas Jeanny Shammas Knaff	Polynévrite sélectant la branche ophtalmique du Trijumeau	59
	XIV ^e Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires	63
	XVII ^e Session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire	73

Problèmes chirurgicaux des surrénales

Conférence faite à la Société des Sciences médicales
du Grand-Duché de Luxembourg, le 21 mars 1954

par E. Dahl-Iversen

Le *cortex surrénal* produit plusieurs hormones ayant des effets différents sur l'organisme. C'est ainsi que les surrénales exercent une action sur le métabolisme de l'eau et des sels, le métabolisme du sucre et de l'albumine, le métabolisme de la graisse et les caractères sexuels.

En ce qui concerne les caractères sexuels, il se forme dans les surrénales des hormones ayant un effet androgène, oestrogène et progestional.

Des troubles intervenant dans la production surrénale de ces hormones provoquent des états maladifs de l'organisme qui se traduisent par une hypofonction: *Maladie d'Addison*, ou par une hyperfonction: *syndrome de Cushing* et *syndrome génito-adrénal*.

Ces deux derniers syndromes représentent les deux types principaux, parmi lesquels il existe une série de formes mixtes ou de formes dans lesquelles l'un ou l'autre symptôme domine le tableau clinique. C'est ainsi que l'on peut rencontrer des cas présentant le tableau du syndrome génito-adrénal mais avec plusieurs symptômes du syndrome de Cushing ou vice versa, de même qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où l'hirsutisme est le seul symptôme.

Le *syndrome de Cushing* présente les caractéristiques suivantes: facies rougeâtre de lune, adiposité, stries d'un rouge bleuâtre, acné, séborrée, hypertonie, ostéoporose et fragilité des vaisseaux, troubles psychiques (notamment dépression), affaiblissement musculaire et en cas d'augmentation du glucose du sang, un maximum plus élevé que de normale, parfois avec glycosurie, symptômes qui, dans l'ensemble, peuvent être attribués aux troubles de la production des surrénales en hormones nécessaires aux différents métabolismes.

Le *syndrome génito-adrénal* est le résultat d'un excédent de production de substance androgène. Chez les enfants, cet excédent provoque la puberté précoce. Chez les garçons, la puberté est de type homologue avec développement des organes génitaux externes d'une forme masculine mûre. Chez les filles, par contre, la puberté a un caractère hétérologue, car elle va dans le sens masculin avec hypertrophie du clitoris, voix profonde et répartition virile du système pileux.

Chez les adultes, on voit le virilisme chez les femmes et le féminisme chez les hommes. Toutefois, la féminisation chez les hommes est extrêmement rare.

Ces deux syndromes sont provoqués par une hyperplasie des surrénales ou du tissu surrénal aberrant, ou par des tumeurs bénignes ou malignes du cortex surrénal. Ces symptômes peuvent cependant être provoqués aussi par des troubles de fonctionnement de l'hypophyse: hyperplasie ou, dans certains cas du syndrome de Cushing, adénome hypophysaire basophile que l'on ne peut éventuellement constater qu'à l'analyse microscopique ou qui se manifeste par des troubles de l'hypothalamus. Dans de tels cas, l'hyperplasie du cortex surrénal est secondaire. Enfin, on peut observer des tableaux cliniques analogues dans les tumeurs du thymus, celles du corps pinéal et dans quelques tumeurs des gonades, ce qui est important si l'on se place au point de vue du diagnostic différentiel. Les tumeurs du cortex surrénal agissant endocrinement comprennent des adénomes et des carcinomes. Les adénomes sont histologiquement bénins et enkystés. Les carcinomes peuvent présenter tous les degrés de malignité, *mais ils sont ordinairement* très malins, métastasient de bonne heure, surtout dans le foie et dans les poumons, avec infiltrations précoces des organes voisins, notamment de la veine cave et des veines rénales.

Comme je l'ai mentionné, les symptômes des tumeurs du cortex surrénal agissant endocrinement et des hyperplasies sont variables; le tableau clinique dépend de l'âge du sujet au début de la maladie, du sexe du type de la tumeur ou de l'hyperplasie et de l'activité endocrine, ainsi que de la durée de la maladie.

L'expérience a démontré cependant que les deux syndromes sont provoqués le plus souvent par une hyperplasie primaire ou secondaire du cortex, non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes.

Chez les adultes, il est rare de rencontrer des tumeurs corticales ayant une action hormonale purement sexuelle. Le plus fréquemment on constate aussi des altérations de métabolisme appartenant au tableau du syndrome de Cushing. Les tumeurs du cortex surrénal provoquent très souvent chez les adultes un tableau clinique dans lequel il y a une combinaison des troubles sexuels et des troubles de métabolisme. Cette forme s'observe le plus souvent chez des femmes assez jeunes et ne semble pas se

trouver chez les hommes. Les tumeurs du cortex surrénal provoquant uniquement des troubles de métabolisme — c'est-à-dire le syndrome de Cushing dans sa forme pure — sont moins fréquents. On les observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais elles sont beaucoup plus fréquentes chez ces dernières, notamment chez des sujets légèrement plus âgés que ceux du groupe précédent. Dans de rares cas, on peut l'observer également chez des enfants et des jeunes gens.

La constatation directe d'une tumeur du cortex surrénal est difficile car, en règle générale, elle n'est pas palpable. On peut parfois en soupçonner l'existence en pratiquant une urographie intraveineuse qui peut éventuellement faire apparaître un déplacement vers le bas du rein correspondant ou des modifications dans le bassinnet du rein et en particulier dans son calice supérieur. La tomographie de la région rein-capsule surrénale peut parfois dévoiler une tumeur surrénale. Par ailleurs, on peut obtenir des indications encore plus sûres par la pneumographie précoccygienne, rétropéritonéale en relation avec la tomographie (fig. 1)

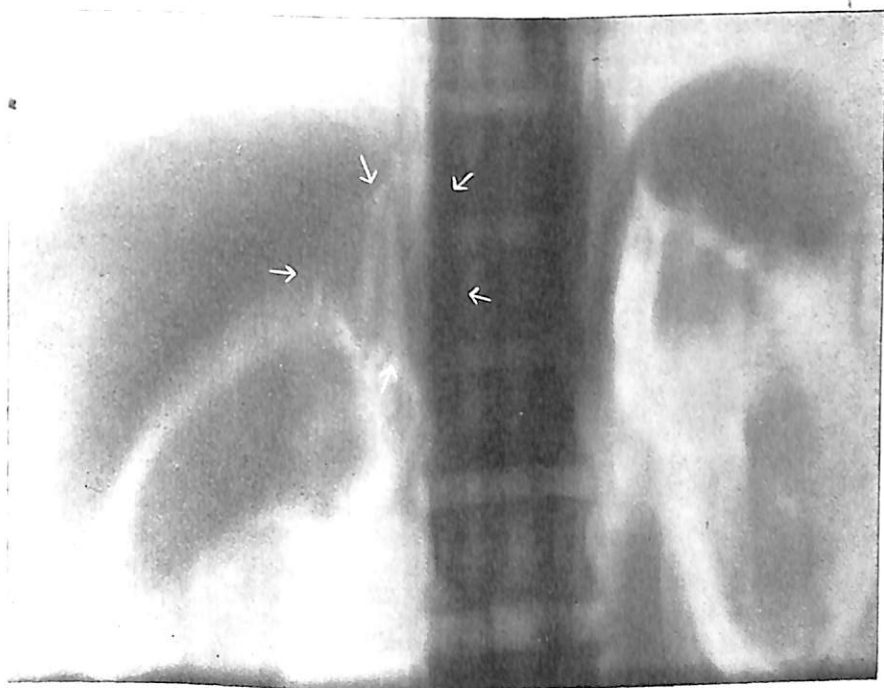


Fig. 1

qui ne semble pas devoir présenter le risque d'embolie gazeuse, comme c'était le cas autrefois, lorsqu'on utilisait la pneumographie périrénale directe. Les tumeurs surrénales corticales sont plus fréquemment constatées du côté gauche. C'est pourquoi, en cas d'incertitude quant à la localisation, il convient de commencer

l'intervention exploratrice du côté gauche. Les tumeurs corticales peuvent être bilatérales, mais elles le sont dans la minorité des cas.

Comme nous l'avons vu, c'est l'hyperplasie, plutôt que les tumeurs du cortex surrénal, qui est le plus souvent la cause de ces deux syndromes. Dans les deux cas on constate une élimination plus élevée des hormones dans l'urine. Antérieurement, on examinait l'élimination androgène dans l'urine au cours de 24 heures à l'aide de la méthode de la crête du coq, tandis qu'on détermine aujourd'hui l'élimination des 17 kétostéroïdes et corticoïdes en mg par 24 heures.

A la suite des analyses par la méthode de la crête du coq, on a pu établir la règle que l'élimination de plus de 200 u. i. androgènes par 24 heures était le signe de la présence d'une tumeur du cortex surrénal, alors que des valeurs inférieures à 100 u. i. ne permettaient pas de poser un diagnostic décisif. Dans les cas de tumeurs du cortex surrénal, on trouve aussi souvent une élimination accrue oestrogène dans l'urine.

Dans les tumeurs du cortex surrénal agissant endocrinement, on constate que l'élimination des 17 kétostéroïdes est accrue au point d'atteindre plusieurs centaines de mg par 24 heures. Par contre l'augmentation est modérée, inférieure à 50—100, lorsqu'il y a hyperplasie du cortex surrénal, aussi bien dans les cas de puberté précoce que dans le syndrome Cushing.

En administrant de la cortisone aux malades, on a découvert que l'élimination des 17 kétostéroïdes ne s'est pas modifiée dans les tumeurs du cortex surrénal agissant endocrinement, tandis que dans les cas d'hyperplasie, on constate une baisse de l'élimination des 17 kétostéroïdes. Ce fait peut présenter de l'importance au point de vue du diagnostic différentiel. Par contre l'élimination des corticoïdes reste inchangée.

Une question importante qu'il s'agit de résoudre dans le syndrome de Cushing consiste à savoir si, dans un cas donné, il s'agit d'une affection hypophysaire ou d'une affection du cortex surrénal. Le syndrome de Cushing causé par un adénome hypophysaire basophile peut présenter un tableau clinique analogue à celui provoqué par une tumeur du cortex surrénal, bien que les adénomes hypophysaires n'entraînent généralement pas d'hypertrophie du clitoris. Il y a cependant des cas de tumeur du cortex surrénal sans hypertrophie du clitoris.

L'élimination androgène ne peut pas non plus être prise en considération par rapport au diagnostic différentiel du fait que l'on a constaté des cas d'adénome hypophysaire basophile avec élimination androgène fortement augmentée.

On ne sait pas encore si l'on peut tabler sur l'élimination corticoïde pour distinguer entre les troubles des surrénales et ceux de l'hypophyse.

Le traitement des tumeurs du cortex surrénal est purement opératoire, consistant en l'extirpation de la tumeur, après quoi le malade guérit s'il s'agit d'une tumeur bénigne, ce qui est le plus fréquemment le cas. D'après les expériences faites jusqu'ici, il ne convient pas de traiter opératoirement la puberté précoce due à une hyperplasie du cortex surrénal en pratiquant une résection subtotale bilatérale ou une extirpation unilatérale de la glande surrénale, car ces enfants guérissent avec la croissance. Ajouter à cela que l'on a maintenant dans le traitement par la cortisone un moyen thérapeutique efficace.

Le traitement opératoire, une résection subtotale bilatérale ou une extirpation unilatérale de la glande surrénale est également sans effet en cas de l'hirsutisme.

Les cas de syndrome de Cushing ayant pour cause une hyperplasie du cortex surrénal ou une affection hypophysaire peuvent dans certains cas évoluer favorablement par l'application d'irradiations de l'hypophyse aux rayons X, et on doit commencer par l'essayer (fig. 2). Si le traitement radiologique reste sans résultats, on peut alors avoir recours au traitement opératoire. Lorsqu'il y a hyperplasie du cortex surrénal, on pratique une résection de la surrénale subtotale bilatérale, intervention qui présente une analogie avec la strumectomie subtotale dans les cas de thyrotoxicose (fig. 3). Dans les cas de tumeur du cortex surrénal, l'intervention chirurgicale consiste à extirper la tumeur (fig. 4).



Fig. 2. Un cas de syndrome de Cushing ayant pour cause une hyperplasie du cortex surrénal, traité par 9000 r pendant 17 mois. A gauche avant, à droite 2 ans après le traitement.

L'extirpation des tumeurs du cortex surrénal et la résection bilatérale subtotale des surrénales dans les cas d'hyperplasie du cortex surrénal étaient il y a une dizaine d'années des inter-



Fig. 3. Un cas de syndrome de Cushing, ayant pour cause une hyperplasie du cortex surrénal. L'application d'irradiations de l'hypophyse aux rayons X sans effet. Puis une résection de la surrénale subtotale, bilatérale. A gauche avant l'opération et à droite 3 mois plus tard.



Fig. 4. Un cas du syndrome de Cushing ayant pour cause un adénome du cortex surrénal gauche. A gauche un mois avant et à droite 3 mois après l'extirpation de la tumeur.

ventions dangereuses au taux de mortalité élevé par suite d'une insuffisance postopératoire du cortex surrénal. Grâce à la méthode pré- et postopératoire de la régulation des électrolytes-glucose-liquide, des transfusions de sang et de l'administration d'hormones corticales (Percotène), il a été possible d'abaisser beaucoup le taux de la mortalité et les risques de l'intervention ont

été encore diminués depuis que l'on dispose de la cortisone pré- et postopératoirement. C'est ainsi qu'il n'est plus nécessaire d'instituer le traitement pré- et postopératoire sus-indiqué.

La meilleure incision dans l'intervention des surrénales est une incision parallèle à la 12^{me} côte. En cas de besoin, on peut l'élargir en avant jusqu'au M. rectus abdominis. En extirpant la 12^{me} côte et en coupant la 11^{me} côte vers l'arrière, on pratique une ouverture permettant d'avoir une place suffisamment large pour l'extirpation des tumeurs du cortex surrénal, même si celles-ci sont relativement volumineuses.

Des éléments particuliers de la *moëlle surrénale*, il se développe un groupe important de tumeurs: *sympathoblastomes*, *ganglioneuromes* et *phéochromocytomes*. Les deux premières catégories sont particulièrement fréquentes chez les enfants, la dernière, qui produit des hormones, se rencontre le plus souvent chez les adultes, mais elle est plus rare que les deux premières.

Le *phéochromocytome* produit de l'adrénaline. En règle générale il est bénin et le plus souvent unilatéral. On en a cependant observé la manifestation bilatérale dans 10% des cas. Il se développe le plus souvent dans la moëlle surrénale, mais il peut se produire n'importe où l'on trouve un tissu médullaire surrénal aberrant. Par ailleurs, on peut observer un phéochromocytome à proximité d'une glande surrénale, relié à celle-ci par une tige localisée vers l'aorte et la veine cave. C'est comme s'il s'était spontanément enucléé de la surrénale pour s'abaisser ensuite.

La maladie se manifeste à n'importe quel âge, également dans l'enfance. Les principaux symptômes en sont l'hypertonie qui apparaît souvent par accès mais qui, dans environ 25% des cas, peut aussi exister à l'état permanent. Au cours d'un accès d'élévation de la tension artérielle, le malade se sent anxieux, faible, mal à l'aise, il a mal à la tête, éprouve des douleurs précordiales et des palpitations. Le pouls s'accélère, le malade devient pâle, il a des sueurs froides. On peut éventuellement trouver de l'hyperglycémie, de même qu'on a vu l'hypertonie combinée au diabète. Pendant les accès, on peut constater une teneur accrue d'adrénaline et de noradrénaline dans le sang.

Dans certains cas, le diagnostic différentiel de la maladie a soulevé des difficultés par rapport à la thyrotoxicose.

Il est tout aussi difficile de localiser le côté que pour les tumeurs corticales. Parfois, en appuyant sur une surrénale ayant un phéochromocytome, on a pu déclencher un accès et localiser la tumeur de cette manière. Il en a été de même dans des cas de phéochromocytome aberrant, éventuellement sous anesthésie avec administration de curare. Pour établir le côté de la localisation, l'urographie intraveineuse et la tomographie, en relation avec une pneumographie précoccygienne, rétropéritonéale, jouent le même rôle que dans les tumeurs du cortex surrénal (voir fig. 1). S'il s'agit de tumeurs riches en vaisseaux, il est possible que

l'aortographie puisse fournir des renseignements. Si ces méthodes d'examen n'ont pas décelé le siège de la tumeur, on peut alors prendre en considération une intervention exploratrice. Les phéochromocytomes ayant été constatés dans un plus grand nombre de cas du côté droit, il convient de commencer l'intervention exploratrice de ce côté.

Une substance ayant un effet anti-adrénalien, le benzodioxane, la régitine, est utilisée pendant les accès comme moyen diagnostique auxiliaire, de même que l'on fait appel aussi, dans un but diagnostique, à l'histamine et à l'épreuve par le froid pour provoquer un accès chez les malades souffrant de phéochromocytome. Ces moyens diagnostiques auxiliaires, cependant, ont donné des résultats contradictoires. Au cours des dernières années, l'on a toutefois trouvé un moyen diagnostique sûr dans la constatation, au cours d'un accès, d'adrénaline et de noradrénaline dans le sang veineux chez des malades atteints de phéochromocytomes. On a découvert également que l'urine des malades atteints de phéochromocytomes contient de la noradrénaline et de l'adrénaline en quantités de 10 à 100 fois supérieures à celles observées chez les individus normaux.

Le traitement comporte l'extirpation, autrefois avec traitement pré- et postopératoire dans les tumeurs du cortex surrénal, aujourd'hui avec l'administration de cortisone avant et après l'opération, ce qui a abaissé considérablement la mortalité opératoire.

SCHÉMA 1.

<u>SYNDROME DE CUSHING</u>			<u>SYNDROME GÉNITO-ADRÉNAL</u>
<u>HYPERPLASIE</u>	<u>ADÉNOME DU CORTEX</u>		<u>ADÉNOME DU CORTEX</u>
<u>HOMME</u>	<u>FEMME</u>	<u>FEMME</u>	<u>FILLE</u>
1	9 (1 MORTE)	4 (1 MORTE)	2 (1 MORTE)
<u>TRAITEMENT</u>			<u>TRAITEMENT</u>
RÉSECTION BILATÉRALE, ÉNUCLÉATION SOUSTOTALE DES SURRÉNALES			ÉNUCLÉATION
<u>CAUSE DE DÉCÈS DANS 1 CAS: INSUFFISANCE CORTICALE</u>			
" 1 " URÉMIE			
" 1 " HYPERPYREXIE			

Le schéma 1 montre nos matériaux depuis 1940.

Question des maladies surrénales mises à part, une série de recherches effectuées ces dernières années ont fait apparaître que les surrénales jouent un grand rôle pour l'état que Leriche

SCHÉMA 2.

PHÉOCHROMOCYTOMA.

HOMME		FEMME		GARÇON	
DROITE	GAUCHE	DROITE	GAUCHE	DROITE	GAUCHE
5	0	1	1 (MORTE)	1	1 (MORT, TUMEUR MALIGNE)

TRAITEMENT ÉNUCLÉATION

CAUSE DE DÉCÈS DANS 2 CAS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Le schéma 2 les phéochromocytomes depuis 1944

appelait en 1934 «la maladie postopératoire», non seulement dans la période postopératoire, mais aussi après des traumatismes et dans toutes les situations où l'organisme est exposé à une surcharge, soit ce que l'on a désigné d'un seul vocable «stress», utilisé maintenant dans le langage international. Les plus grandes connaissances acquises au cours des derniers 20 à 30 ans sur la réaction des organes endocriniens aux stimulants et les modifications de métabolisme qu'elles entraînent, ont été d'un secours précieux pour la compréhension des modifications non spécifiques du métabolisme pendant la période postopératoire. Les recherches publiées en 1952 par l'américain Moore et ses collaborateurs ont montré que l'on peut provoquer au moyen d'injection d'eschatine et d'Acth des modifications du métabolisme des électrolytes et protéines identiques à celles que l'on peut observer durant la période postopératoire. Plusieurs de mes collaborateurs avec Hasner comme chef de groupe ont publié en 1952 une longue série de recherches qui étaient le résultat de trois années de travail. Ces recherches visaient d'une part à enregistrer l'augmentation de la fonction adrénocorticale postopératoire, d'autre part à enregistrer le rapport de temps existant entre cette augmentation et les modifications du métabolisme qui s'y rattachent consécutivement aux opérations.

Nos recherches ont montré une augmentation constante de la fonction adrénocorticale durant la période postopératoire dans les cas évoluant normalement et une augmentation prolongée ou récidivante de la fonction adrénocorticale dans les cas compliqués. Sur la base de nos recherches, nous distinguons ainsi entre 1) une fonction accrue primaire du cortex surrénal qui est une réaction normale après la plupart des interventions chirurgicales et qui dure en moyenne 2 à 3 jours; 2) une fonction adrénocorticale accrue secondaire qui apparaît après la cessation de la réaction primaire et qui est due à des complications graves. Cette élévation secondaire se manifeste presque toujours avant que nous ayons pu diagnostiquer la complication cliniquement et c'est

pourquoi nous attachons à ce phénomène une importance diagnostique et pronostique; 3) une fonction accrue, prolongée du cortex surrénal, ce qui signifie une réaction de plus de 4 à 5 jours de durée après une intervention chirurgicale. Celle-ci n'apparaît que dans les cas présentant des complications graves.

Nous avons déterminé la fonction du cortex surrénal par la numération des cellules éosinophiles circulant dans le sang, ou bien en déterminant l'élimination dans l'urine des 17 kétostéroïdes, déhydroisoandrostérones et corticoïdes, ou encore par les épreuves d'Acth et d'adrénaline.

En outre nous avons déterminé le métabolisme des hydrates de carbone, à l'aide du sucre du sang à jeun et par injection intraveineuse de glucose, la sensibilité à l'insuline, l'élimination d'azote, l'équilibre des protéines, l'élimination d'acide urique et de créatinine dans l'urine.

Par ailleurs, nous avons procédé à une série de vastes recherches sur le métabolisme des électrolytes postopératoirement, concernant l'élimination de kalium, de natrium et des chlorures dans l'urine.

Finalement nous avons examiné la concentration en électrolytes de la salive et trouvé des modifications correspondant à celles indiquées pour l'urine, bien qu'à un degré moins marqué.

Le résultat de ces recherches avec toutes les courbes sera publié en anglais dans les *acta chirurgica scandinavica* 1954, mais en résumé nous pouvons dire qu'il ressort uniformément de ces recherches:

- que la fonction du cortex surrénal est accrue postopératoirement,
- qu'il existe un rapport de temps entre les modifications enregistrées de la fonction du cortex surrénal et les modifications du métabolisme des électrolytes — hydrates de carbone — protéines et purines, à l'exception du natrium et du chlorure.
- que l'éosinopénie durant la période postopératoire est l'indicateur presque certain d'une fonction accrue du cortex surrénal, primaire, secondaire ou prolongée,
- que les faits en question sont identiques chez les hommes et du chlore.
- que la fonction accrue du cortex surrénal prolongée ou secondaire a signifié jusqu'ici des complications postopératoires et indiqué que l'état du malade exigeait un contrôle minutieux des métabolismes mentionnés.

*Clinique Chirurgicale C de l'Université
de Copenhague, Rigshospitalet, Danemark
(Prof. Dr E. Dahl-Iversen)*

Antrényl

Spasmodytique
frénateur du vague
à action prolongée

en cas de douleurs ulcéreuses
spasmes gastro-intestinaux
spasmes des voies biliaires
et urinaires

Comprimés à 5 mg
Ampoules de 1 ml
à 2 mg

SOCIÉTÉ ANONYME C I B A BRUXELLES 3

Hypertension artérielle

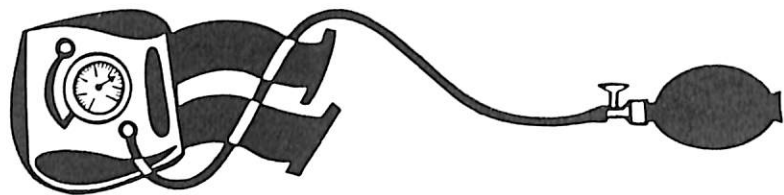
SERPASIL

Marque déposée

ALCALOÏDE PUR ET CRISTALLISÉ DE RAUWOLFIA

C I B A

*hypotenseur et sédatif
d'action progressive et soutenue
abaisse les chiffres tensionnels
calme et détend*



comprimés à 0,1 et 0,25 mg
EXCELLENTE TOLÉRANCE

SOCIÉTÉ ANONYME C I B A BRUXELLES 3

Instincts, Pulsions et Psychoses

Par Ernest Stumper

Dans un livre intitulé «Les psychoses et les frontières de la folie» Angelo Hesnard écrit en 1924 les lignes suivantes:

«...le fait primitif reste le même dans tous les cas: éclosion d'une affectivité monstrueuse, d'origine lointainement héréditaire et de nature première organique, actuellement endogène, restée d'abord latente, puis développée un beau jour par l'inassouvissement affectif légitime qu'ont déterminé les chances malheureuses de la vie pratique. Ensuite cette affectivité envahit l'intelligence, en y suscitant le processus instinctif de la justification par des symboles d'autant plus spéciaux à l'individu que la progressivité insidieuse du mal a laissé davantage à sa personnalité le loisir de s'insinuer dans la Psychose.»

L'auteur prévoyait-il que 30 ans plus tard, ces phrases synthétiques — et peut-être prophétiques en leur temps — ne seraient pas dépassées? Avec ténacité, beaucoup cherchent, il est vrai, toujours la lésion anatomique. L'aiguillage vers l'organicisme est certes toujours précieux du point de vue heuristique; mais la lésion anatomique nerveuse, en dehors de la vraie neurologie, n'est-elle pas un fantôme? De bons esprits ont dit qu'on est aussi près de la vérité en attribuant l'origine de la folie à des démons qu'en cherchant à discerner cette origine dans l'image microscopique de cellules nerveuses en désagrégation. A la page 107 de son ouvrage, A. Hesnard présente sur une planche les modifications psychotiques des cellules cérébrales, privées de leurs granulations, gonflées et rabougries par le raccourcissement de leurs prolongements. Rien n'est plus saisissant que le contraste entre cette planche histologique et la phrase d'Hesnard par laquelle débute cet article. La commune mesure, en effet, fait défaut. Comparons. Etant donné la coexistence de lésions rénales et de troubles du métabolisme de l'eau et des sels, nous arrivons à établir une relation causale entre ces deux séries de phénomènes, l'une morphologique, l'autre physiologique. Quant à la relation de la lésion cérébrale et du trouble psychique, relation

qui est psychologiquement incompréhensible, elle est causale aussi, d'après K. Jaspers. Cependant, si le rapport des lésions rénales et du métabolisme nous est compréhensible, la relation entre la lésion cérébrale et le trouble psychique est obscure. Le vieux schéma associationniste a succombé à la fois à la psychologie de la pensée abstraite et aux expériences neurochirurgicales.

Voilà donc une première et grave difficulté qui nous interdit de placer sur le même plan pathologie somatique et pathologie mentale. Les autres obstacles qui s'opposent à l'identification des deux méthodes somatique et psychopathologique tiennent à l'héritage de l'ancienne psychiatrie. Cette science dont il ne faut certes pas sous-estimer les mérites, entasse surtout des théories et des descriptions; de vraies découvertes, comme en pathologie générale, sont rares en médecine mentale. Les causes de ce retard sont inhérentes à la nature même de la psychiatrie, mais tiennent aussi à certains faits historiques.

L'ancienne psychiatrie est intellectualiste; elle fait fi presque toujours et de l'affectivité et des instincts; dans ce domaine elle rejoint tout au plus les conceptions populaires et traditionnelles, négligeant même, et bien à tort, les précieuses acquisitions des moralistes et des tragiques anciens et modernes.

Elle ignore l'Inconscient, alors que Leibnitz déjà l'admettait. Toute tentative d'interpréter la psychose par des troubles instinctifs est strictement repoussée. En particulier l'étude de l'instinct sexuel est prohibée, comme si c'était un hasard que la sexualité fournit le contenu majeur des délires que nous observons tous les jours. L'hypothèse que la psychose est toujours une maladie cérébrale se maintient, même si elle n'explique rien sous sa forme histopathologique. *«Les psychiatres, dit Mac Dougall, s'occupaient peu de l'âme de leurs malades; au contraire ils concentraient leurs efforts sur l'étude des cerveaux quand les malades étaient morts.»*

La confusion des plans sur lesquels s'effectue la pathogénie crée une situation singulière en psychiatrie. Les formes de psychoses qu'on a décrites depuis 150 ans, possèdent une existence dans le domaine des Idées; autre chose est d'appliquer ces «Essences» aux cas concrets.

En psychiatrie, il n'y a pas de structure générale élémentaire que l'on puisse utiliser, il n'y a pas d'hypothèse fondamentale comparable à la théorie atomique, ni même aux théories de l'étiologie soit physicochimique, soit bactériologique. La conséquence en est que le nombre des classifications atteint presque le nombre des psychiatres. Si nous envisageons la question de la démence précoce par exemple, le processus schizophrénique apparaît tour à tour comme une véritable entité nosologique, ou comme un syndrome biologique ou un phénomène de dissociation psychologique; ou bien il semble être le produit d'une poussée morbide dont les uns prétendent qu'elle est endogène et orga-

nique, tandis que d'autres la considèrent comme exogène, d'autres encore comme psychogène. Fini le rêve des généticiens allemands qui croyaient enfin avoir trouvé la méthode infaillible pour distinguer l'exogénie et l'endogénie dans chaque cas individuel. Afin de montrer le chaos du diagnostic psychiatrique, il suffit de mentionner que Vincent van Gogh était atteint alternativement d'épilepsie, de schizophrénie, d'états crépusculaires épisodiques, de psychose épileptique, de psychopathie, de psychose dégénérative, de réaction schizoïde. (Ch. Mauron, *Psyché* 1953, Page 25). Le Dr François-Joachim Beer, citant d'autres symptômes, tels que manie franche, manie coléreuse, paroxysmes de violence, d'agressivité, pense qu'il s'agissait d'une affection dégénérative (Nouvelles littéraires, mai 1953).

On pourrait allonger à désir la liste des contradictions qui résultent du fait que l'on a cru pouvoir considérer la psychose comme une maladie comparable aux maladies somatiques.

Autre erreur: Au lieu de penser biologiquement, on n'a envisagé que le côté physique et le côté intellectuel. Ou bien le phénomène psychologique fut rabaisé en rang d'épiphénomène, d'accessoire fortuit d'un processus matériel seul considéré comme indispensable. Pourtant le symptôme psychique ne peut pas être assimilé à un phénomène somatique, à un réflexe par exemple. White et Jelliffe à cet égard mentionnent le réflexe rotulien dont les modifications sont le signal d'une lésion nerveuse localisée, et ils l'opposent au symptôme psychique qui est toujours une réponse de la personne humaine tout entière. *«Dans cette conception holistique, disent-ils, la pulsion (l'instinct) occupe une position à mi-chemin entre l'organique et le fonctionnel ou mieux, entre le somatique et le mental: les désirs exprimés par l'instinct sur le plan psychologique sont les représentants psychiques de tendances organiques ou somatiques.»*

La biologie a fait son entrée dans la psychiatrie grâce surtout à Freud, mais simultanément avec l'essor de la psychanalyse se produisirent d'autres contributions importantes.

Il est même remarquable, ainsi que le relève P. Guiraud, que d'autres savants aient tenté, chacun indépendamment de l'autre, de bâtir une psychiatrie sur le monde des instincts. Mac Dougall affirme que *«l'énergie libérée par les dispositions pulsionnelles met en mouvement et entretient toutes nos facultés mentales»*. C. v. Monakow et R. Mourgue considèrent les symptômes psychopathologiques comme des maladies pulsionnelles: *«L'instinct subit une désintégration spécifique au cours des psychoses»*; ils parlent, anticipation étonnante, de *«polarisation, de tétanisation des instincts»*. Dans son grand ouvrage sur la Psychiatrie générale, Paul Giraud explique longuement pourquoi il considère que *«la source des psychoses réside dans des anomalies instinctives»*. Il est clair toutefois que la notion d'instinct demande à être délimitée.

L'instinct tel qu'on le décrit chez l'animal, consiste en une chaîne d'actes transmise par la voie héréditaire; ces actes se déroulent toujours de la même façon automatique et semblent toujours servir un but bien déterminé.

Quelques données étymologiques ne sont pas dénuées d'intérêt, puisqu'elles éclairent la signification des termes employés dans les différentes langues. Le mot «drageon» qui désigne le rejeton qui naît de la racine des arbres, est dérivé, d'après R. Grandsaignes d'Hauterive, du francique «draibjo» qui a la même signification et qui est rattaché à la racine germanique *dhreibh* (all. treiben, Trieb, angl. drive). Le nom «instinct» remonte, par le latin (stigare, instigare, instinguere, aiguillonner, stimuler, exciter, piquer, angl. sting) à la racine indoeuropéenne *steig* qui équivaut à la notion de piquer.

Le mot «pulsion» (latin pulsus, pellere, pousser, angl. impel) est rattaché à la racine indoeuropéenne *pel*, qui a la signification de «secouer».

Freud qui a jeté les fondements du système pulsionnel le plus répandu à l'heure actuelle, dit en parlant du dynamisme inconscient: «*Nous nous approchons du Ça au moyen de comparaisons. Nous l'appelons un chaos, nous le voyons comme un chaudron où bouillonnent des émotions. Nous nous figurons que le Ça possède une porte ouverte vers le milieu somatique, d'où il reçoit les besoins pulsionnels qui par son truchement, acquièrent leur expression psychique; dans quel substratum cela a lieu, nous ne le savons pas. Le Ça se gonfle d'énergie à partir des pulsions, mais il n'est pas organisé, il est dépourvu d'une volonté unique et possède seulement la tendance de satisfaire les besoins pulsionnels en conformité avec le principe du plaisir.*» (Ed. Imago, Tome XV, P. 80.)

Quant à la question du substrat soulevée par S. Freud, elle est d'une importance capitale. En parlant de systèmes fonctionnels des centres nerveux, de corrélations corticothalamiques, de centres diencephaliques, de diencephaloses même, un repli semble possible sur la zone physiologique pure. On ne peut toutefois ignorer le fait que la physiologie n'englobe pas le fait psychique, et que la psychologie est étrangère à la physicochimie. Il est donc préférable d'avoir recours à un moyen terme, biologique, instinctif, pulsionnel; et cela même, s'il était vrai ce que P. Guiraud affirme, c'est-à-dire que «*les gènes ne sont pas porteurs de qualités d'ordre psychologique, mais d'ordre biochimique*». (*Annales médicopsychologiques* 1953, P. 229).

W. Mac Dougall admet que nos émotions primaires sortent des dispositions pulsionnelles. Pour lui les tendances instinctives et l'expression des émotions sont deux aspects inséparables d'une activité qui se produit lorsque une ou plusieurs dispositions pulsionnelles sont éveillées et activées. Il semble que les pulsions soient ancrées dans certaines structures cérébrales. W. R. Hess

parvint à déclencher, par la simple excitation électrique, d'endroits situés dans le diencéphale, des ensembles complets de mouvements d'un niveau instinctif élevé et tendant d'une façon harmonieuse, vers un but déterminé. Il faut insister sur le fait que le diencéphale est organisé non pas dans le sens d'une représentation centrale d'organes, mais bien selon des buts fonctionnels plus ou moins complexes. L'importance de cette découverte de W. R. Hess que corroborent d'ailleurs les acquisitions neurochirurgicales, ne peut être surestimée; car elle prouve que les pulsions ne sont pas seulement des schémas créés par la raison, mais qu'elles sont solidement ancrées dans des structures précises des centres nerveux.

Mac Dougall qui met aussi l'accent sur la finalité des pulsions, appelle son système une «purposive (= finaliste) psychology», une «psychologie hormique». ¹⁾ Sa classification des pulsions est très connue. ²⁾ Kretschmer ³⁾ appelle *«instincts, les éléments fixes, invariables, héréditaires de l'affectivité générale qui se groupent, en ensembles compacts, autour de certaines fins vitales. À ce titre ils jouent dans la vie psychique de l'homme un double rôle, d'un caractère particulier: d'une part, ils font partie intégrante du tempérament dont ils sont, pour ainsi dire, inséparables et forment des courants souterrains vastes et violents qui portent l'affectivité supérieure et déterminent son orientation générale. D'autre part ils représentent des facteurs psychiques capables de recouvrer une certaine indépendance, de s'isoler dans certaines occasions et de se mettre en opposition tranchée avec les tendances de la personnalité totale»*.

Les instincts sont des constantes, d'après Kretschmer qui leur oppose comme les «variables» toutes qualités acquises par l'adaptation au milieu, qualités acquises grâce à l'intellect, à l'intentionnalité et à la réflexion. Kretschmer a beaucoup étudié les constantes pulsionnelles et leurs manifestations, telles que l'immobilisation réflexe (Totstellreflex), la tempête motrice, les convulsions, la panique et le tremblement.

Le psychanalyste allemand Harald Schultz-Henke distingue six pulsions: ce sont les pulsions intentionnelle, captative, rétentive anale, agressive-ostentatoire, uréthrale et sexuelle. Il les

¹⁾ Le mot grec *Hormé* qui signifie le premier mouvement de l'âme dirigé vers un objet, est rattaché à la racine (i.-e.) «er», dont la signification, c'est-à-dire la mise en mouvement se retrouve en latin (or-iri, or-igo, ir-ritare), en anglais (run) et en français (ru, petit ruisseau).

²⁾ Mac Dougall trouve chez l'homme les pulsions innées (il les appelle propensities) suivantes: pulsion de la recherche de la nourriture, pulsion du dégoût, pulsion sexuelle, pulsion de la peur, pulsion de la curiosité, pulsion parentale, pulsion grégaire, pulsion de l'amour-propre, pulsion de la soumission, pulsion de la colère, pulsion de la recherche de secours, pulsion du travail, pulsion de l'acquisivité, pulsion du rire, pulsion du bien-être, pulsion du repos (sommeil), pulsion de la migration, pulsions liées à des besoins physiologiques.

³⁾ Kretschmer, Psychologie médicale, Page 225, (1927).

appelle *Antriebserleben* (pulsions vécues), ce qui ne change rien à leur nature, ni à leur origine. Car cette classification se rattache à la psychanalyse, tout comme celle de L. Szondi, laquelle constitue une synthèse des faits fondamentaux de la génétique psychiatrique et de la dynamique pulsionnelle. Szondi établit l'existence de huit facteurs qu'il appelle aussi radicaux biologiques: chacun d'eux correspond sur le plan normal individuel à un type de caractère déterminé, sur le plan social à un type adapté ou inadapté, sur le plan pathologique enfin à un groupe de déviations psychotiques.¹⁾

C'est, à l'heure actuelle, le système de psychologie pulsionnelle le plus complet dérivé de la psychanalyse. Ce n'est pas le premier essai de synthèse pulsionnelle de la psychopathologie, car comme le relevaient déjà A. Hesnard, V. Monakow et Mourgue, Dide et Guiraud, l'introduction de la notion d'instinct éclaire beaucoup de points obscurs de la pathogénie des psychoses. Poursuivant l'examen des faits, nous constatons d'abord qu'en médecine psychosomatique l'individu semble sensibilisé ou réfractaire selon sa structure pulsionnelle. La réaction d'urgence de Cannon, le stress de Selye agissent d'une façon différente sur l'homme agressif ou passif, introverti ou extraverti, apathique ou orgueilleux. C'est notamment la médecine psychosomatique qui fait apparaître comme désuets des couples de notions traditionnelles comme psychogène-encéphalogène, endogène-exogène, fonctionnel-organique. Même chacune de ces notions prise isolément n'est pas univoque. Un facteur psychogène ne signifie pas seulement une cause résultant de la vie consciente, mais il peut signifier aussi une cause surgissant de la vie pulsionnelle inconsciente. Personne dans ce dernier cas ne pourra dire jusqu'à quel point un tel facteur mérite encore le nom de psychogène. Il y a plus. Un syndrome bien défini peut avoir des causes différentes. Il existe des altérations cérébrales dont les symptômes électrophysiologiques et psychiques sont identiques et dont la cause peut être acquise, c'est-à-dire exogène, ou héréditaire, c'est-à-dire endogène.

Il y a des psychoses transitoires dont l'origine organique semble hors de doute et qui néanmoins sont déclenchées par un choc psychique. L'émotion violente détruit l'équilibre organique (l'Homéostasie de Cannon) ce qui engendre un syndrome psychique de couleur exogène. Une frayeur peut tuer un oiseau, ainsi que le relate le Prof. Binet (*Figaro littéraire* du 21 février 1953).

Comment expliquer la différence entre les psychoses liées à des lésions cérébrales constantes et nettes et les psychoses dépourvues de lésions visibles? Certes il faut avouer que les limites entre ces deux grands groupes semblent s'effacer grâce aux progrès de l'électro-encéphalographie; mais provisoirement

¹⁾ Voir dans «Critique» (n° 45) l'article d'Edmond Dune sur Szondi.

on peut admettre des psychoses « muettes » au point de vue anatomique. C'est dans ces psychoses surtout que le rôle des instincts semble capital.

Le substrat, prédisposé par l'hérédité, réagit à l'action d'un stimulus banal d'une façon catastrophique; et ce substrat on ne peut l'imaginer autrement que comme un substrat de nature biologique. Des troubles psychiques ne sont pas rares chez les animaux. Masserman et Russell ont même créé des névroses expérimentales chez des bêtes.

Or, l'animal supérieur dispose d'une capacité de réaction très fine au point de vue affectif, mais qui se borne à utiliser des éléments sensitifs et sensoriels au moyen d'un discernement empirique très élémentaire.

L'instinctivité est commune à l'homme et aux animaux. On peut donc affirmer que c'est aussi dans ce domaine que doit résider la cause profonde des troubles mentaux. Que ceux-ci soient, quant à leur contenu, modifiés chez l'homme par l'apport de l'intellect humain, rien de plus naturel.

Henri Ey a appliqué à l'étude des troubles mentaux la conception Jacksonnienne de la « Dissolution ». *« J'admets, disait Hughlings-Jackson, que la maladie produit seulement des symptômes psychiques négatifs qui proviennent de la dissolution, et que tous les symptômes mentaux positifs élaborés, tels que les illusions, les hallucinations, les délires et le comportement morbide, sont le produit de l'activité d'éléments nerveux qu'aucun processus pathologique n'a lésés; que ces symptômes positifs sont dus à l'activité mentale au niveau des plans évolutifs qui sont restés indemnes. »*

Il existe une concordance assez curieuse entre cette conception Jacksonnienne d'une part et l'hypothèse psychanalytique de la régression, les constatations faites chez les peuples primitifs, les données fournies par l'interprétation des rêves et par l'observation de l'enfance, d'autre part.

Beaucoup de ces plans primitifs équivalent à des phases pulsionnelles.

C'est ce qu'on constate déjà en appliquant le coma insulinaire. Pendant la phase de début on observe de la régression, de l'euphorie, de l'angoisse, des tendances homoérotiques, de l'irritabilité irraisonnée, des explosions de fureur, des clownismes, de l'agitation sauvage, de la tempête motrice. A cette phase de dissolution fait suite lors du réveil la « reconstruction » sous les aspects d'une incertitude anxieuse, d'un sentiment de bonheur, d'une recherche de contact soit érotique, soit homoérotique, de comportements infantiles, de langage agrammatique, de phénomènes de dépersonnalisation, de désinhibition euphorique et agitée (Max Muller).

Quant à l'application de la notion pulsionnelle aux psychoses mêmes, elle permettrait d'expliquer d'une façon rationnelle

l'aspect différent des deux grands groupes de psychoses, c'est-à-dire des psychoses endogènes et des psychoses organiques, encéphalogènes au sens restreint du mot.

Les psychoses du premier groupe seraient dues avant tout à une structure défectueuse congénitale, structure peut-être non mûrie des sphères organovégétative et pulsionnelle. L'immaturité de ces structures fait que leurs porteurs réagissent par la voie de la psychose à des traumatismes psychiques ou corporels d'une intensité non exagérée, physiologique pour ainsi dire. Hoskins considère que le schizophrène est un individu qui n'est pas mûr: Lewis et Shallock ont montré qu'il existe chez ces malades une certaine immaturité des organes de la circulation, des capillaires et du cerveau, ce dernier montrant des anomalies du tracé électro-encéphalographique.

Dans ces psychoses endogènes la part des symptômes négatifs, des symptômes de destruction serait minime, tandis que les symptômes positifs et productifs domineraient de beaucoup. La productivité pathologique de son côté serait l'oeuvre de dispositions pulsionnelles infantiles et régressives. On ne sait pas jusqu'à quel point ces dispositions pulsionnelles régressives peuvent être ramenées à des anomalies de structure des ganglions sous-corticaux. W. R. Hess a prouvé que certaines pulsions possèdent des «noeuds» anatomiques.

Dans les psychoses organiques au contraire les symptômes de destruction prévaudraient, conséquence de la désagrégation des couches récentes et supérieures. La néoproduktivité pathologique serait ainsi l'expression d'une activité pulsionnelle ayant perdu ses inhibitions normales à un degré plus ou moins considérable.

W. A. White voyait déjà la paralysie générale sous cet aspect. *«Cette maladie est produite par des lésions destructives du cerveau lequel est l'organe central des fonctions du Moi. Elle est une réaction qui suit la lésion des fonctions psychiques supérieures. D'où une régression des systèmes du Moi qui renonçant aux prétentions culturelles retournent à la phase de la toute-puissance. Celle-ci précisément caractérise la mentalité enfantine et la mégalomanie paralytique.»*

On observe des conflits pulsionnels chez les animaux. Tinbergen a montré que des animaux placés dans des conditions particulières exécutent des mouvements qui n'appartiennent pas au modèle moteur (pattern), au gabarit de l'instinct qui au moment de l'observation est mis en action. Il cite de nombreux exemples à l'appui de sa thèse. C'est ainsi qu'il observait des mouettes qui tout en étant impliquées dans un combat mortel, se mettaient tout à coup à ramasser du matériel pour la nidification. Des faits de ce genre appelés par Tinbergen *displacement activities* sont attribués à une forte excitation motrice (motivation), grâce à laquelle des pulsions antagonistes peuvent être activées, p. ex.

simultanément la pulsion agressive et la pulsion de la fuite. L'un de ces actes pulsionnels serait une soupape (outlet) de l'autre. Il distingue aussi des modèles instinctifs rigides d'un niveau plutôt bas et des modèles instinctifs élevés doués de finalité et d'adaptabilité. De ces derniers instincts se rapprochent les facteurs pulsionnels en rapport avec la sphère psychique consciente, telle qu'elle se trouve réalisée chez l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

William Mac Dougall:

- a) AN OUTLINE OF ABNORMAL PSYCHOLOGY (Eléments de psychologie pathologique) - Londres, Methuen Co. 1952 - In-8". 572 p.
- b) AN INTRODUCTION TO SOCIAL PSYCHOLOGY (Introduction à la psychologie sociale) - Londres, Methuen 1950 - In-8". 524 p.

I. Szondi:

- a) SCHICKSALSANALYSE (Analyse du Destin) - Bâle, Benno Schwabe, 1944 - In-8". 335 p.
- b) DIAGNOSTIC EXPERIMENTAL DES PULSIONS - Presses Universitaires de France, 1952 - In-8". XVI-328 p.
Traduit de l'allemand par R. Bejarano-Pruschy.
- c) TRIEBPATHOLOGIE (Pathologie pulsionnelle) - Berne, Hans Huber, 1952 - In-8". 543 p.

Timbergen:

THE STUDY OF INSTINCT - Oxford, At the Clarendon Press, 1952
In 8". 228 p.

Paul Guiraud:

PSYCHIATRIE GENERALE - Le François, 1952 - In-8". 664 p.



CORTADREN

Acétate de Cortisone SCHERING

PRÉSENTATIONS:

Injectable - Flacon de 10 cc 50 mg par cc

Comprimés - Flacon de 10 comp. 25 mg

Flacon de 30 comp. 25 mg

Flacon de 50 comp. 5 mg

Ophthalmique - Flacon compte-gouttes

5 cc 25 mg par cc.

SCHERING CORPORATION

Ag. Général exclusif: S. I. D. s. a. PHARBIL, Bruxelles

Tél. 15.48.80 (5 lignes)

Sur un Cas d'Urémie Grave par Insuffisance Surrénalienne

par Fernand Dennewald et Simon Hertz

Il est de notion courante qu'il existe des urémies latentes, discrètes et transitoires au cours de la maladie d'Addison. Il paraît beaucoup plus exceptionnel qu'une urémie, brutale et grave, puisse être révélatrice d'une insuffisance surrénale ignorée.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette variété, le Docteur Dennewald et moi-même avons cru utile de le rapporter devant vous.

Il s'agissait d'une femme de 52 ans, sans aucun passé pathologique et qui avait commencé à consulter pour des troubles divers depuis sa ménopause, survenue à l'âge de 47 ans. Tantôt il s'agissait de précordialgies irradiant au bras gauche, non influencées par l'effort et qui ne s'accompagnaient d'aucune modification radiologique ou électrocardiographique. Tantôt elle se plaignait de manifestations douloureuses postérieures, dorso-lombaires, à irradiation antérieure, que l'on croyait pouvoir expliquer par une vésicule volumineuse, hypotonique et non contractile. Dans d'autres circonstances elle parlait de douleurs cervicales irradiant vers la tête, ou lombo-sacrées irradiant vers les deux jambes et évoquant le diagnostic de manifestations rhumatismales.

Bien souvent aussi la malade se plaignait d'une asthénie; il s'agissait ou bien d'une asthénie importante, déclenchée par la marche obligeant la malade à s'arrêter brusquement au coin d'une rue, mais cédant au repos; ou bien il s'agissait d'une fatigue invincible, commandant un séjour au lit de plusieurs jours et ne cédant à aucun traitement symptomatique.

On avait signalé parfois au cours de ces épisodes maladifs l'existence d'une hypotension à 11 ou même à 9/7. Mais ce symptôme avait en commun avec tous les autres troubles les caractères d'inconstance et de variabilité. Et l'on avait d'autant plus

tendance à considérer cette maladie comme une fonctionnelle, que tous les examens humoraux, radiologiques et électrocardiographiques avaient constamment été négatifs.

Aussi fûmes-nous surpris au mois de Mai 1951, lorsque l'examen révéla pour la première fois une albuminurie à 0.03 sans hématurie et cylindrurie avec une urémie à 0.46.

L'examen radiologique ne montra pas de modifications rénales. L'élimination de la P.S.P. fut de 55% seulement et l'épreuve de la dilution et de concentration des urines fut légèrement perturbée. Les éliminations étaient les suivantes:

Après la première heure	370 cm ³	Densité 1001
2 ^{ème} à la 4 ^{ème} heure	355 cm ³	Densité 1003
3 ^{ème} à la 4 ^{ème} heure	120 cm ³	Densité 1004
4 ^{ème} à la 5 ^{ème} heure	135 cm ³	Densité 1006

Nous ne trouvions pas de cause précise à cette perturbation rénale: une infection dentaire latente fut incriminée et la malade fut mise au repos et à la pénicilline.

Cependant l'état alla très rapidement en s'aggravant. L'asthénie devint importante, tout à fait disproportionnée avec cette atteinte fruste du fonctionnement rénal, des précordialgies violentes s'installèrent, qui, par leur intensité et leur irradiation, par la coexistence d'une hypotension avec tachycardie pouvaient donner le change pendant quelques jours avec un syndrome coronarien, mais l'électrocardiogramme montra seulement un aplatissement de l'onde T dans toutes les dérivations et un allongement de QT à 0.50. Rapidement d'ailleurs ces troubles allaient se noyer dans une symptomatologie plus riche et plus complexe et lorsque nous vîmes la malade trois semaines après le début de ces signes rénaux, elle était en plein coma urémique.

C'était un coma incomplet où dominaient des manifestations digestives et vasculaires. La malade réagissait aux excitations: parfois elle était fort inquiète au sujet de son sort, mais à d'autres moments elle était dans un état d'obnubilation, entrecoupé de phases de confusion avec délire et agitation. Les vomissements étaient fréquents, l'intolérance gastrique absolue et une diarrhée intermittente venait encore aggraver son état de déshydratation.

À l'examen on était frappé par l'importance du syndrome cardio-vasculaire. La maxima oscillait entre 5 et 7, la différentielle atteignit à peine 2 degrés, le pouls était mince, rapide et mal frappé, au coeur on croyait entendre un rythme à trois temps difficile à préciser en raison de l'assourdissement marqué des bruits. Il n'y avait pas de frottement. La respiration était irrégulière sans prendre le rythme de Cheyne-Stokes, il n'y avait pas de signes de stase pulmonaire. Un myosis serré empêcha l'examen du fond d'oeil, les réflexes tendineux étaient abolis, il n'y avait pas de Babinski, pas de signes de réaction méningée. La température était basse, la diurèse faible, d'environ 300 cm³ et les

urines avaient une réaction acide, une densité de 1010; elles contenaient des traces d'albumine, peu de cylindres granuleux, pas de globules rouges. L'urée urinaire était de 8 grammes. L'examen du sang montra 4.572.000 globules rouges, 4.800 globules blancs, une hémoglobine de 85%, une formule de 11 neutro non segmentés, 61 segmentés, 2 éosinophiles, 5 monocytes, 21 lymphocytes. La sédimentation était de 44/80. Et surtout l'urée sanguine grimpa rapidement de 0,95 à 1,90 et mêmes à 2,10 grammes.

Bref, de toute évidence il s'agissait d'une urémie à évolution rapide et l'on redouta une échéance fatale. Et pourtant, on avait de la peine à accepter ce diagnostic qui ne cadrait nullement avec l'histoire de la malade. Une urémie si grave ne pouvait survenir que dans deux circonstances: ou bien comme l'aboutissement terminal d'une néphrite chronique ou bien comme la complication précoce d'une urémie aiguë.

Or on ne pouvait guère admettre qu'il s'agissait d'une urémie chronique terminale chez cette femme que nous connaissions de longue date, chez laquelle le premier symptôme, bien discret, d'atteinte rénale avait apparu quatre semaines auparavant seulement et qui n'avait jamais présenté d'hypertension. On ne pouvait guère admettre davantage l'hypothèse d'une urémie par néphrite aiguë chez notre malade. Certes il existait une oligurie, mais on trouva à peine quelques traces d'albumine, peu de cylindres et surtout il n'existait aucun globule rouge dans ses urines relativement bien concentrées. D'autre part, même dans les néphrites aiguës, il est presque constant de noter des hypertension, fussent-elles transitoires, et chez notre malade l'hypotension massive, évoquant une hypotension de shock, domina le tableau clinique.

De quoi pouvait-il donc s'agir? L'analyse symptomatique négative fit naître, très timidement au début, l'hypothèse d'une origine extra-rénale. Et puis, essayant d'interpréter d'un point de vue différent toute la longue histoire clinique de cette malade, histoire clinique où domina cette asthénie, si obstinément mystérieuse et cette hypotension si fréquemment rencontrée et jamais interprétée, nous évoquions la possibilité d'une origine surrénalienne. Nous ne pouvions pas avoir de preuves scientifiques. Il nous sembla dangereux d'attendre une confirmation biologique. Néanmoins nous décidâmes, le docteur Dennewald et nous-même, de tenter une épreuve thérapeutique qui ne risquait guère d'être dangereuse, mais pouvait être efficace. La malade fut soumise à une rechloruration massive et à l'administration intensive d'extrait surrénalien. (Docca 50 mgrs).

L'après-midi le laboratoire nous apporta la notion d'une hypochlorémie globulaire et plasmatique (129 et 305 mgrs) le lendemain la Clinique justifia le bien fondé de cette hypothèse: la diurèse grimpa de 300 à 2.100 cm³ avec une densité de 1010, niveau, auquel elle alla se maintenir pendant un temps prolongé.

Le coma s'estompa, les vomissements cessèrent, la tension artérielle se releva. L'urée sanguine fit un crochet à 2,30 grs pour tomber ensuite, au bout de 6 jours, à 1,06 grs, au bout de 15 jours à 0,53 grs. Les urines devinrent normales sans albuminurie et cylindrurie, et la malade, alimentée normalement, quitta la clinique trois semaines après son entrée.

Dans la suite on précisa par tâtonnement la dose quotidienne d'extrait surrénalien. La malade fut équilibrée avec une dose quotidienne de 2 cm³ de Docca, alternant avec 2 cm³ d'extrait surrénalien total d'Upjon. Cinq mois plus tard on pratiqua une implantation de 500 mgr de Syncortyl, mais, déjà au bout de trois mois, il fallut compléter cette médication par des injections de 0,5 cm³ de Docca. Pendant plus de deux ans la malade continua l'administration quotidienne de 1,5 cm³ de Docca ou d'extrait surrénalien et ce n'est que récemment, à la fin de 1953, qu'elle a pu sans inconvénient baisser cette dose à 0,5 cm³ par jour.

Malgré ce long traitement nous n'avons observé aucun incident sérieux. Au début de l'implantation il s'est produit des oedèmes et des variations de poids importantes, facilement contrôlés par un régime déchloruré transitoire.

Pourtant nous avons pu observer quelques rechutes. La première survint à peu près huit mois après l'implantation. La malade, lassée des injections, les avait interrompues pendant quelques jours; elle présenta des douleurs dorsales bilatérales à irradiation antérieure, des vomissements avec anorexie complète, une baisse tensionnelle à 8/5; l'urée grimpa à un gr, mais les chlorures plasmatiques restèrent à 360 et le chlore globulaire à 234. Cette rechute était rapidement jugulée par une augmentation de la dose d'extrait surrénalien. Deux autres accidents de moindre importance survinrent, l'un dû à une grippe où il suffit d'augmenter les doses habituelles, l'autre après une administration insuffisante de médicament.

Dans tous ces cas le diagnostic clinique était aisé: il était annoncé par des douleurs lombaires, caractérisé par les troubles digestifs, objectivé par l'hypotension et signé par l'urémie débutante.

Actuellement près de trois ans après le coma urémique cette femme va parfaitement bien. Elle mène une vie normale et elle a vu disparaître non seulement tous ses troubles urinaires, mais aussi toute la symptomatologie bariolée et aberrante des années suivant sa ménopause. Sa tension artérielle oscille entre 12 et 13/8, les urines sont normales, l'urée est à 0,31. Elle n'accuse aucun trouble cardiaque et les modifications électrocardiographiques précomateuses ont complètement disparu depuis longtemps.

Telle est l'histoire étonnante et réconfortante de cette urémie surrénalienne. Faut-il y voir un cas exceptionnel? Nous ne le

croyons pas, car instruit par cet exemple nous avons recherché dans les urémies que nous avons rencontrées, la possibilité d'une insuffisance surrénalienne. Et dans une pratique de pathologie surtout digestive nous avons trouvé deux autres exemples; dans les deux cas l'hypotension massive suggéra la nature extra-rénale de l'urémie et le traitement hormonal donna un résultat tout aussi spectaculaire et tout aussi efficace.

Cette urémie grave, qui guérit si rapidement, a donc une individualité, dont nous allons essayer de préciser certains caractères cliniques et quelques notions pathogéniques.

Au point de vue clinique, elle entre dans le cadre des urémies extra-rénales ou des néphrites fonctionnelles appelées plus récemment néphropathies fonctionnelles, avec son azotémie élevée, sa diminution modérée des urines qui ne contiennent pas de globules rouges, avec son absence d'œdème et d'hypertension. Lemierre a soutenu que dans ces cas d'urémie la production d'azote n'intervenait que pour rendre plus appréciable une lésion rénale pré-existante. Réubi, par l'étude des clearances, a démontré l'existence d'un trouble circulatoire rénal persistant quelques semaines après la guérison clinique d'une urémie addisonienne. Mais dans notre cas le fait de ne constater aucun signe d'altération rénale apparent deux ans après une urémie grave, semble indiquer qu'il n'y avait guère de lésion rénale pré-existante ou de lésion secondaire au drame urémique et il apparaît bien que le rôle majeur dans la détermination de cette urémie revient, dans notre cas, à l'insuffisance surrénalienne.

Peut-on aller plus loin et expliquer le mécanisme de cette urémie surrénalienne?

Certains auteurs l'ont essayé:

a) On a soutenu que cette insuffisance agissait par déshydratation et exsiccose cellulaire. On peut concevoir ce mécanisme en cas de vomissements et de diarrhée. Il est bien difficile de l'admettre en dehors des phases de perte hydrique et chez notre malade l'urémie précéda les troubles digestifs.

b) Certains ont voulu rapprocher l'urémie surrénalienne de l'urémie par hypochlorémie; elle rentrerait dans le cadre si magistralement établi par Blum, Rathery et Rudolf.

Récemment Mack de Genève s'est fait le défenseur de cette hypothèse dans l'urémie qui nous occupe; et pourtant, si l'hypochlorémie globulaire accompagnait la crise de coma urémique, elle faisait défaut dans la rechute où pourtant l'urée avait monté à un gramme. On doit donc conclure que le trouble globulaire ne précède pas l'urémie.

Certes on peut objecter que le chlore globulaire n'est pas à l'image du chlore tissulaire, et que ce sont les lésions tissulaires qui expliqueraient cette urémie.

c) Hamburger a montré l'importance des lésions cellulaires diffuses dans les lésions rénales. Il se peut que, dans l'urémie fonctionnelle, ce soit la physiologie cellulaire qui soit perturbée, que se soit le catabolisme exagéré de la cellule sous l'influence de la déficience hormonale qui soit la cause de cette hyperproduction d'urée. Et les modifications électrolytiques ne seraient que les témoins ou la conséquence de la perturbation du métabolisme cellulaire.

Quant à la cause de cette déficience hormonale, nous ne pouvons la préciser. Toutefois, il convient de noter la survenue de cette insuffisance surrénale au cours de la ménopause et l'on a envie de la mettre sur le compte de la perturbation glandulaire qui accompagne cette étape de la vie génitale féminine. De même qu'il existe des diabètes et des hyperthyroïdies ménopausiques, de même on pourrait admettre la survenue de déficiences surrénaliennes au cours de la ménopause.

L'exemple que nous avons rapporté pourrait en être une manifestation brutale. Peut-être serait-il utile, par des tests appropriés, d'en rechercher les formes frustes pour expliquer certains troubles de la ménopause.

Quoi qu'il en soit, nous voudrions simplement dégager quelques notions pratiques, l'une d'ordre clinique: la nécessité de penser à une insuffisance surrénalienne dans toute urémie progressive ou brutale qui s'accompagne d'une hypotension importante, l'autre d'ordre thérapeutique: à savoir l'efficacité remarquable de l'hormonothérapie, qui permet, dans un tableau grave et menaçant, non seulement une amélioration spectaculaire, mais encore une guérison complète.

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-duodénal.

Ongaline

Onguent cicatrisant à l'aluminium non gras

Quidinal

Association quinidine-barbiturique. - Sédatif cardiaque.

Manganocholine

Simple et forte

Acétylcholine-retard, active per os.

Dermavipp

Pommade à la vitamine PP non grasse.



Représentant Général pour le G.-D. de Luxembourg :

PROPHAC, 54, rue Baudouin, LUXEMBOURG Tél. 230-73

CURASMA IBSA

Phenazon. 470 mg. - Phenacetin. 400 mg.
Coffein. 100 mg. -
Ephedrin. hydrochlorid. laevogy. 30 mg. -
Lobelin. hydrochlorid. 0,1 mg. - Pro pulvere uno

ASTHME SOUS TOUTES SES FORMES.
BRONCHITES CHRONIQUES
A EXPECTORATION DIFFICILE.
INSUFFISANCES CARDIAQUES D'ORIGINE PULMONAIRE.
DYSPNÉE DES TUBERCULEUX.
EMPHYSÈME.

EFFICACITÉ CERTAINE
ACTION RAPIDE
INNOCUITÉ ABSOLUE

AGENTS GÉNÉRAUX POUR BENELUX ET CONGO BELGE :

ETABLISSEMENTS IRVE

45, Rue Henri Wafelaerts - St. GILLES-BRUXELLES - Tél. 37.67.34

La maladie de Sturge-Weber

par M. Demoullin

Comme l'a proposé Crouzon, on groupe sous la désignation d'angiomatose encéphalo-trigéminée, ou maladie de Sturge-Weber, une affection caractérisée, au point de vue clinique et anatomique, par la coexistence des symptômes suivants:

D'une part, d'un naevus vasculaire plan, occupant tout ou partie de la moitié de la face (dans le territoire d'une, de deux ou, plus rarement, de trois branches d'un trijumeau);

D'autre part, de malformations intracrâniennes calcifiées, mises en évidence par la radiographie, considérées comme un angiome, localisé du même côté que le naevus facial, et se traduisant:

- au point de vue neuro-psychiatrique, par des crises d'épilepsie souvent jacksoniennes, par des troubles psychiques, par une hémiplégie ou hémiparésie du côté opposé au naevus, (et éventuellement, par d'autres signes locaux);
- au point de vue radiologique, par des opacités frontales, pariétales et occipitales du côté du naevus.

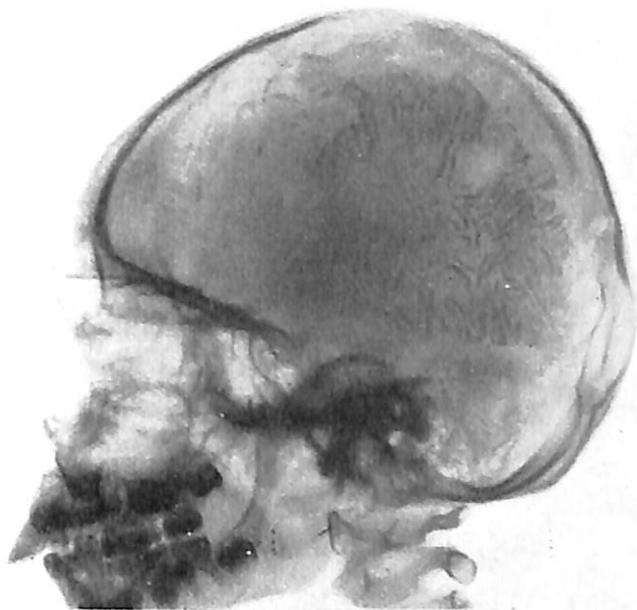
Cette maladie étant très rare, je tiens à en faire connaître un cas.

Il s'agit d'un garçon de huit ans. Accouchement normal. Parents, frères et soeurs bien portants. Un cousin porte un naevus, large comme une paume de main, dans la région cervicale. L'enfant était porteur, à la naissance, d'un angiome de l'hémiface gauche. Dans les premiers mois, son développement a été parfaitement normal. A quatre mois, la mère remarqua un jour, en l'allaitant, un léger tremblement de la main droite, qui alla en s'accroissant au cours de la journée, et qui, le soir, avait gagné le bras. Le lendemain, ces troubles s'étendaient à la face. L'enfant ne pouvait plus boire comme d'habitude, et avalait souvent de travers. Le surlendemain, la jambe droite, elle aussi, fut atteinte. Des paralysies s'installèrent quelques jours plus tard dans ces territoires, sous forme de contracture spasmodique de

la jambe et du bras droit. Le sommeil était mauvais. Pendant les moments de repos, la tête avait toujours tendance à s'incliner vers la droite. A trois ans, l'enfant apprend à marcher et à parler à quatre ans. Depuis l'âge de trois ans surviennent des crises bien particulières: pris subitement de vertiges, le jeune malade a un besoin irrésistible de parler et de s'exprimer vite, en riant: le regard est trouble, fixe; puis l'enfant s'écroule, mais, d'après la mère, il n'y a pas de phase tonique à proprement parler. Ces vertiges peuvent aussi apparaître quand l'enfant est au lit. Pendant l'été, ces crises sont plus fréquentes qu'en hiver. Récemment, en même temps que ces accès, est apparue fréquemment de la tachycardie paroxystique. Le caractère de cet enfant est modifié: très capricieux et entêté, il manifeste un affaiblissement progressif de la mémoire et semble peu à peu s'abêtir. Son langage est aussi plus hébété.

L'état général est satisfaisant. Sur le côté gauche du front existe un «naevus flammeus» qui s'étend sur les régions temporales et pariétales gauches, dans le cuir chevelu, et couvre la paupière supérieure de l'œil gauche, s'étendant en forme de langue sur la joue gauche et sur l'aile gauche du nez. Ce naevus est strictement limité à la ligne médiane du visage. On constate également, au niveau de la moitié gauche du palais, un naevus de même aspect. Un autre naevus se trouve sur la fesse gauche. Le cœur et les poumons sont normaux. Il existe une parésie spasmodique du bras et de la jambe du côté droit. Le coude reste fléchi à angle droit. La main est repliée, en demi-flexion, et les doigts légèrement fléchis, de telle sorte que la préhension ferme est impossible. La musculature de la jambe et de la cuisse droites est peu atrophiée. Les réflexes ne sont pas abolis: le réflexe patellaire est nettement exagéré et polycinétique, avec extension de la zone réflexogène. Il n'y a pas de clonus. On note un signe de Babinski à droite. En ce qui concerne les nerfs crâniens, il n'y a rien d'anormal à signaler. Les fonds d'œil sont normaux. La parole est très lente, indistincte et hésitante. La formule sanguine est normale. Les urines aussi.

Sur le cliché radiographique du crâne, on remarque que du côté gauche, sur le pourtour des circonvolutions cérébrales, il existe des traînées calcaires sinueuses, flexueuses, entrelacées, vermiculaires, et même parallèles, au voisinage desquelles se trouvent des nodules calcifiés de la grosseur d'une tête d'épingle. Les calcifications du cortex pénètrent dans les sillons et circonvolutions cérébrales. Si les circonvolutions se trouvent traversées perpendiculairement par les rayons, il apparaît un double contour, tandis que leur partie supérieure, traversée obliquement, apparaît aplanie et ne présente que des traces de calcifications plus ou moins prononcées. Ces altérations sont strictement limitées à l'hémisphère gauche et siègent surtout dans les lobes pariétal et occipital, et sont beaucoup moins prononcées dans les lobes temporal et frontal. Les calcifications sont aussi très nettes



à la partie supérieure de la scissure de Rolando. Sur les radiographies pratiquées à l'âge de deux ans, on n'aurait pas encore remarqué de calcifications cérébrales. Il s'agirait donc d'un processus lent et progressif.

En résumé, dans notre cas, il s'agit de la forme habituelle de l'angiomatose encéphalo-trigémينية simple, sans complications oculaires, se traduisant par l'existence d'un naevus flammeus facial, localisé au territoire du nerf ophtalmique de Willis et du nerf maxillaire supérieur, du côté gauche.

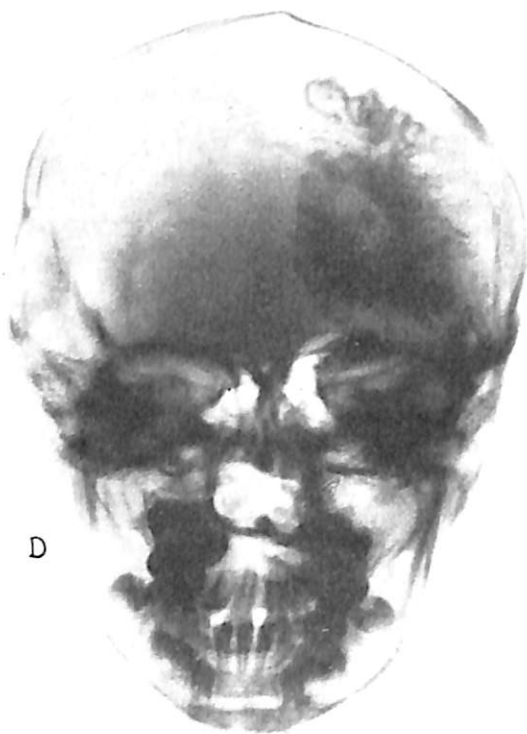
Le syndrome neuro-psychiatrique comprend lui-même trois éléments différents, à savoir:

- des crises comitiales;
- des troubles psychiques (arriération mentale)
- et des hémiparésies siégeant du côté droit.

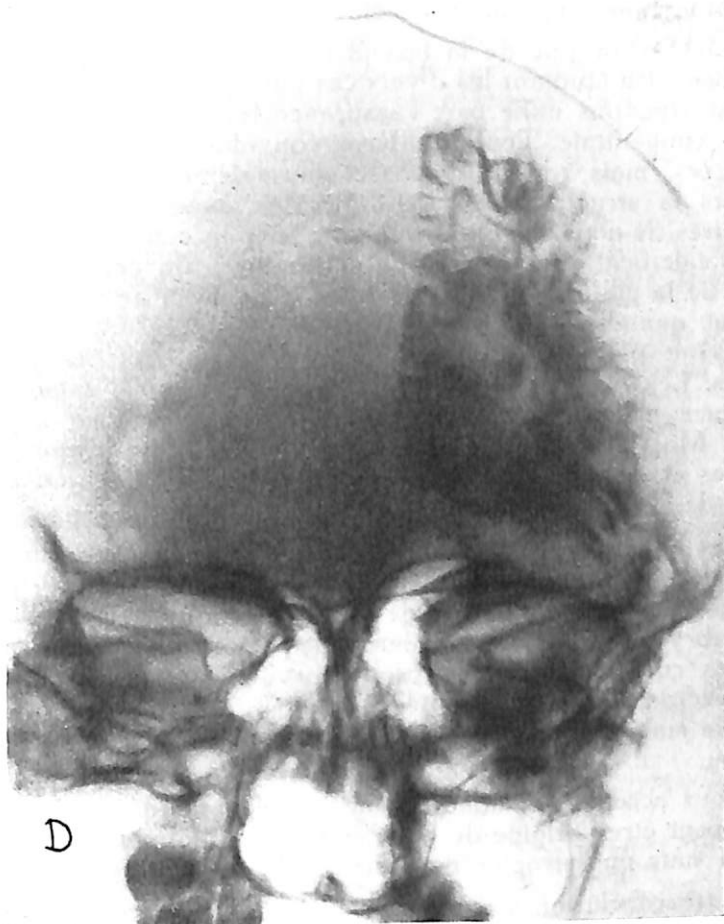
Radiologiquement, calcification intracrânienne spéciale siégeant du même côté que le naevus et du côté opposé à l'hémi-parésie.

Cet ensemble symptomatique typique permet de faire le diagnostic d'une angiomatose encéphalo-trigémينية, ou maladie de Sturge-Weber, comme elle est plus volontiers appelée dans les pays étrangers.

En ce qui concerne la présence de dépôts calcifiés dans le cerveau, Bergstrand, fondant sa théorie sur ses recherches histologiques, dit: «Au début, ces dépôts seraient dus à la calcification des capillaires et péricapillaires.» Peters souligne aussi



l'étroite propension des calcifications aux parois des vaisseaux. Il met particulièrement en valeur le grand rôle que celle-ci joue dans les vaisseaux et, là encore principalement dans les capillaires et précapillaires. Mais, à l'examen détaillé des coupes microscopiques, on ne peut pas affirmer que la provenance de ces dépôts est due uniquement à la calcification des vaisseaux. Il faut aussi songer que ces dépôts peuvent se produire naturellement dans le tissu même, altéré par la mauvaise circulation due à la calcification des vaisseaux. Nous devons reconnaître que si cette calcification débute dans l'appareil circulatoire, elle gagne ensuite le tissu cérébral lui-même et, faisant obstacle partiellement à ses moyens de nutrition, favorise la destruction de sa structure, et des cellules ganglionnaires du tissu malade. Il s'agit là d'une calcification due à une dystrophie.



Les premiers auteurs avaient admis l'existence de lésions angiomeuses calcifiées, déterminant une compression et une atrophie du tissu cérébral.

Knud Krabbe et Kalischer ne croient pas que les calcifications se trouvent dans les parois vasculaires, mais dans le tissu cérébral lui-même.

Les observations plus récentes, surtout celles de Bergstrand et de Weber, ont montré que les calcifications sont bien intracorticales, mais qu'il y a aussi des dépôts calcaires dans les parois capillaires.

Des artério-phlébographies ont montré que la circulation artérielle et veineuse est nettement plus lente dans l'angiome ou dans la région de la pie-mère voisine.

Et Diejo Furtade de conclure:

«La calcification intracrânienne est bien en rapport avec la circulation tant artérielle que veineuse.»

Quant à l'origine de la lésion, les données sont encore très imprécises. En étudiant les divers cas publiés jusqu'à maintenant, nous ne trouvons nulle part l'assurance formelle d'une véritable origine congénitale. Toujours, les circonvolutions cérébrales sont atrophiées, mais restent disposées normalement. On reconnaît toujours la structure normale du cortex avec ses six couches cellulaires. Il nous semble devoir attribuer la cause de l'atrophie et des calcifications des régions déterminées du cerveau à l'angiome de la pie-mère qui les recouvre. Comme il ne s'agit le plus souvent que d'altérations superficielles, la pression mécanique ne devrait pas causer de grands dommages aux tissus sous-jacents. Les troubles circulatoires déterminés par l'existence de l'angiome nous semblent avoir une réelle importance pour ces tissus. Mais l'atrophie et la calcification du cortex sont encore activées et accentuées par la calcification des plus petits vaisseaux de l'écorce cérébrale.

Les symptômes majeurs, angiome cutané et angiome pie-mérien, relèvent vraisemblablement d'une même cause qui permet d'attribuer la maladie de Sturge-Weber à une dysplasie du feuillet embryonnaire neuro-ectodermique. C'est pourquoi certains auteurs comme Beaudouin proposent de la classer parmi les neuro-ectodermoses à côté de la sclérose tubéreuse de Bourneville, la maladie de Recklinghausen et la maladie de von Hippel Lindau.

Nous accepterons donc qu'une lésion congénitale de la pie-mère peut être l'origine de cette maladie, à laquelle se surajoute par la suite une atrophie du cortex sous-jacent.

Cette conclusion s'appuie sur la localisation correspondante des altérations de la pie-mère et du cerveau. De cette façon, les observations cliniques peuvent être d'autant mieux expliquées. Dans les premiers mois, l'enfant se développe normalement, et c'est seulement par la suite qu'apparaissent les premiers symptômes caractéristiques de la maladie. Ceci serait inexplicable si l'on prenait pour base une lésion purement congénitale. Dans des cas analogues, on trouve parfois des angiomes de la choroïde, et un glaucome, mais il n'en existait pas dans le cas que j'ai observé.

Il serait encore important de savoir comment traiter les malades. Dans le cas qui nous occupe, je ne pense pas que l'on puisse avoir une influence sur des lésions aussi accentuées. Erbsen rapporte un cas semblable où la curiethérapie fit diminuer les crises qui n'apparurent plus qu'à plusieurs mois d'intervalle, les parésies s'améliorèrent. Néanmoins, on n'a pas agi sur l'extension de la calcification du cortex. La même remarque s'applique aux barbituriques.

La rareté de la maladie, l'insuffisance des examens anatomiques pratiqués jusqu'à présent, ainsi que la variabilité de ses manifestations ne permettent pas encore de préciser le mécanisme pathogénique. D'où la nécessité de savoir la reconnaître et de pouvoir l'étudier à fond si des circonstances favorables le permettent.

BIBLIOGRAPHIE

- Bailey*: Die Hirngeschwülste. Enke 1936.
Bergstrand - Olivecrona - Tönnis: Gefäßgeschwülste - Georg Thieme 1936.
Erbsen: Deutsche Röntgen. Ges. 1938.
Hädlík: Rev. neurol. (Fr) 32. 203, 230, 253 (1935).
Köhler: Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbild. - 8. Auflage.
Krabbe: Ref. Zbl. Radiol. 19, 353.
Krabbe und Wising: Acta Radiol. 10 (1929): 523.
Lundblom: The vascular channels of the skull. Stockholm 1936.
Morsier und Franceschetti: Schweiz. med. Wschr. 14 (1937): 285.
Müller: Röntgenpraxis: 16 (1944): 137.
Williams: Brit. Journal of Radiol. 81, 564.
Peters: Z. Neurol. 164 (1939): 365.
Rohann Williams: Brit. Journal of Radiol. 81, 564.
Scherer: Z. Neurol. 154 (1935).
Schinz-Baensch Friedel: Lehrbuch der Röntgen-Diagn. - 4. Aufl.
Sommer et Demoullin: Paris médical 49 (1947): 560.
Tebelis und Peters: Z. Neurol. 157 (1937).
Touraine, Solente et Gauthier: Bull. soc. franç. dermat. 42. 1775.

3

produits d'usage courant
pendant la mauvaise saison :

PERTHYMINE

(Bromures, Thym, Droséra, Lobélie)

SIROP PECTORAL POUR ENFANTS ET ADULTES

PERTUSTOL

(Éthylmorphine, Bromoforme, Dessessartz, Tolu, Aconit)

SIROP PECTORAL POUR ADULTES

THERMOFLUIDE

(Camphre, Capsicum, Salicylate de méthyle, Térébenthine,
Oléinate d'ammonium, Huile d'olives)

Liniment analgésique local contre :
Rhumatismes, Névralgies, Névrites, Lumbagos,
Torticolis, Sciatiques, Pleurodynie, Luxations,
Contusions, Foulures, Séquelles de blessures,
Déchirures musculaires, Traumatismes des sportifs
etc.

3

produits luxembourgeois
produits **PROPHARMA**
produits de qualité

3

ADMIS PAR LES CAISSES !

Méthodes personnelles de plastique laryngée par greffes de Thiersch appliquées aux laryngectomies partielles et aux pharyngo-laryngectomies

par Aloyse WILLEMS

Les complications locales et surtout les complications broncho-pulmonaires ont depuis toujours grevé la chirurgie laryngée d'une forte mortalité. Avant l'ère antibiotique les risques opératoires avaient été tels que beaucoup de chirurgiens abandonnèrent complètement le traitement chirurgical pour la radium- et la radiothérapie et c'est chez le Prof. Portmann de Bordeaux que personnellement nous avons pu suivre de près les premiers résultats postopératoires vraiment impressionnants. Le Pr Portmann avait à cette époque mis au point sa méthode de laryngectomie totale avec ses trois orifices, un vaste orifice de pharyngo-stomie par laquelle la salive était drainée vers l'extérieur, ainsi que les orifices de trachéostomie et de trachéotomie. Les résultats postopératoires quod vitam de cette méthode étaient vraiment impressionnants. Si les antibiotiques ont complètement changé le pronostic et on peut dire la technique des interventions sur le larynx, il est cependant très instructif d'analyser les causes de cette mortalité redoutable qui pesait sur les méthodes avec fermeture per primam. Comme le prouvent les résultats de ces deux techniques opposées, c'est uniquement la salive qui est à considérer comme le grand responsable de ces accidents. Son contact avec la surface cruentée de l'ectomie y apporte l'infection et, à sa suite, les granulations et formations polypeuses infectées, causes de fistules locales et de complications broncho-pulmonaires. Pour empêcher le contact de la salive avec la surface cruentée nous avons l'idée de recouvrir cette dernière d'un épithélium réfractaire grâce à l'implantation de lambeaux de Thiersch. Nous avons appliqué ce même principe

aux laryngectomies partielles dans leurs différents degrés, dans lesquelles nous réalisons cette implantation intralaryngée au moyen d'un tamponnement au Mikulicz, ainsi qu'aux laryngectomies totales et aux pharyngo-laryngectomies. Dans ce dernier cas nous faisons une implantation sous-cutanée de lambeaux de Thiersch en vue de la formation d'un véritable couvercle cutané préalaryngé, autonomisé, avec Thiersch préformé.

Pour une thyrotomie élargie type St. Clair Thompson ou pour une hémilaryngectomie nous commençons par une trachéotomie préliminaire. D'un côté le malade s'accoutume à ce régime nouveau que présente pour lui la respiration par la canule, d'un

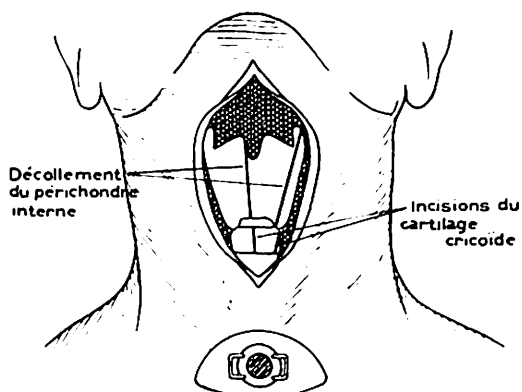


Fig. 1 - Hémilaryngectomie: Lignes d'incision du cartilage.

d'un autre côté surtout nous aurons ainsi la possibilité de comparer les réactions différentes que font d'un côté la trachéotomie et de l'autre la laryngectomie partielle avec implantation endolaryngée de lambeaux de Thiersch. Nous pouvons con-

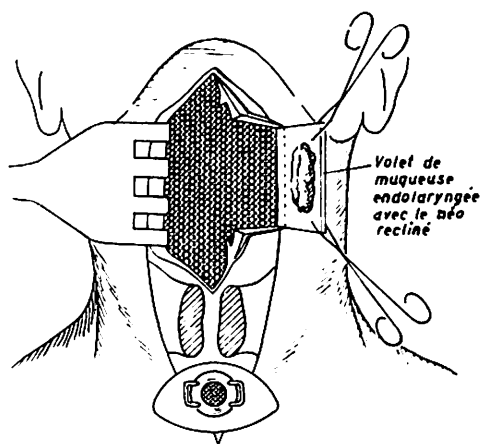


Fig. 2 - Après l'excision du cartilage thyroïde, l'excision du néo est facile.

stater chaque fois que la trachéotomie, opération à réputation bénigne cependant, provoquait une réaction beaucoup plus forte que la laryngectomie partielle avec implantation intralaryngée de lambeaux de Thiersch faite 7-8 jours après. Après incision médiane des téguments nous décollons les parties molles pré-laryngées du côté malade pour dénuder le cartilage. Incision du cartilage, décollement des périchondres externe et interne. La partie cartilagineuse sous-jacente à la tumeur est enlevée, la tumeur est extirpée largement en muqueuse saine. Dans l'ancienne méthode on faisait un tamponnement au Mikulicz qu'on laissait durant quelques jours en place pour éviter le saignement en nappe de la surface cruentée, qu'on enlevait ensuite, et le malade restait aux prises avec sa salive, avec ses formations polypeuses infectées, avec ses sécrétions purulentes, qui prolongeaient un état infectieux dangereux pour ses complications locales et pulmonaires. Nous évitons ces complications par l'implantation intralaryngée de lambeaux de Thiersch. Disons tout de suite que la prise du Thiersch exige trois conditions essentielles: une bonne hémostase, un contact sûr et élastique avec la surface cruentée durant 8-9 jours et finalement un milieu relativement aseptique. Comment pourrions-nous réaliser ces conditions dans un larynx sujet aux déplacements lors des mouvements de déglutition? L'hémostase est faite avec soin, de plus durant le temps que nous mettons à la taille et à la préparation du Thiersch nous laissons une compresse imbibée de thrombase agir sur la surface cruentée. Le Thiersch est pris de la cuisse, étalé sur un linge stérile qui lui donne corps et, grâce à son linge porteur, il est fixé dans l'endolarynx par quelques points de suture à la peau de la laryngo-fissure. Le contact sûr et élastique avec la surface cruentée durant 7-8 jours est réalisé par un tamponnement au Mikulicz qui, soigneusement tassé, forme un véritable moulage de l'endolarynx et évite tout déplacement du Thiersch lors des mouvements de déglutition. Il est facile de changer le 4^e ou 5^e jour le tamponnement interne du Mikulicz

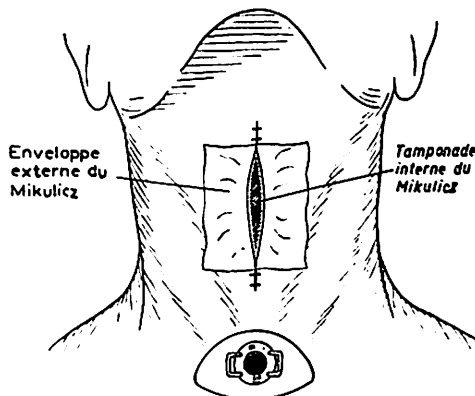


Fig. 3 - Le tamponnement au Mikulicz est en place.

sans déplacer l'enveloppe externe. A travers l'orifice légèrement béant de la laryngofissure, le Mikulicz joue en outre le rôle d'aspirateur mécanique de toute sécrétion endolaryngée qui pourrait se produire. Quant au milieu stérile nous le réalisons par l'ouverture tardive de l'endolarynx. De plus le pouvoir antiseptique que possède le lambeau de Thiersch et qui est utilisé depuis longtemps en chirurgie osseuse, nous vient en aide et facilite considérablement sa prise. Le 8^e ou 9^e jour, nous enlevons en totalité le Mikulicz ainsi que le linge porteur du Thiersch et nous nous trouvons en présence d'une cavité endolaryngée propre, tapissée d'un épithélium blanc nacré qui forme un revêtement continu. Nous fermons soit par quelques points de suture, soit par un simple pansement au sparadrap. La canule trachéale est enlevée et le malade est en état de quitter l'hôpital 2-3 semaines après l'intervention. Nous avons pu suivre au miroir laryngé l'évolution de ce Thiersch endolaryngé qui présentait toujours une surface propre, sans réaction aucune. La paroi laryngée étoffée du Thiersch est résistante et ne se déprime pas, le malade ne présente pas de gêne respiratoire. Comme avantages de cette méthode nous pouvons donc citer, outre ses soins postopératoires minimes, sa rapidité de cicatrisation, l'absence de complications locales ou pulmonaires, sa réalisation facile, sa réaction presque nulle. Elle contraste avantageusement avec les méthodes de plastique qui utilisent la peau totale. Pour assurer la prise de lambeaux à peau totale, on est obligé de faire une autonomisation trois semaines avant l'intervention. Dans la pratique, quand un cancer du larynx se présente à nous, avant de faire une exérèse, nous sommes obligés d'avoir en mains le résultat de la biopsie. Nous serions donc forcés d'attendre un mois avant de pouvoir entreprendre une thérapeutique active. De plus toute biopsie donne un coup de fouet au néo en évolution. Nous avons donc tout avantage à faire vite et le malade bénéficie grandement de cette plastique-opération en un temps.

Dans le domaine de la laryngectomie totale et surtout de la pharyngo-oesophago-laryngectomie la reconstruction de l'oesophage présente certaines difficultés. La première méthode en date est celle connue sous le nom de méthode de Wookey. Après la pharyngo-oesophago-laryngectomie, un lambeau large à base unilatérale est appliqué sur l'aponévrose prévertébrale et suturé en haut au bord de la muqueuse pharyngée sectionnée laissant un vaste orifice de pharyngostomie, en bas au bord postérieur de la bouche oesophagienne laissant un orifice d'oesophagostomie par lequel passe le tube gastrique permettant l'alimentation du malade. Après 3-4 semaines, la reconstruction de l'oesophage se fait par retournement de deux lambeaux sectionnés latéralement. Le tube cutané ainsi formé est recouvert de la peau latérale du cou qui doit être décollée sur une assez grande étendue pour éviter une traction trop forte. La surface

cruentée résiduelle est couverte de lambeaux de Thiersch. Une modification de la méthode de Wookey, tout en empruntant la même technique de reconstruction de l'oesophage, est celle qui part d'une incision médiane en I pour décoller deux lambeaux à base latérale. Pour éviter les sutures circulaires occasionnant des rétrécissements des bouches supérieure et inférieure de l'oesophage néoformé, Moore découpe les deux lambeaux en deux étages. La reconstruction de l'oesophage est faite comme pour le procédé de Wookey par retournement de deux lambeaux.

La méthode de V. Negus, présentée en 1953 en film au Congrès International d'Amsterdam par G. Livingstone, consiste dans l'implantation d'un tube Portex recouvert de lambeaux de

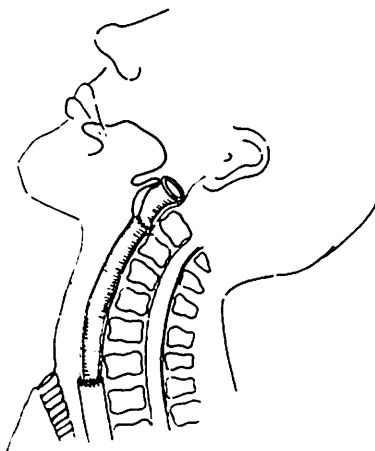


Fig. 4 - Méthode de V. Negus: Un tube Portex recouvert de greffes de Thiersch est suturé aux bouches pharyngée et oesophagienne.

Thiersch. L'incision cutanée en I est paramédiane et comme précédemment deux lambeaux à base latérale sont décollés. Après la pharyngo-oesophago-laryngectomie un tube de Portex recouvert de lambeaux de Thiersch est suturé aux bouches oesophagienne et pharyngée. Il reste en place durant six mois.

On reproche à la méthode de Wookey la longue durée du traitement chirurgical en deux temps s'étendant sur 1 à 1½ mois, qui retarde d'autant le traitement radiothérapique. En outre la peau du cou suffit rarement à la reconstruction de l'oesophage, d'autant plus que des rétrécissements exigent des plastiques supplémentaires. Les désavantages de la méthode au tube Portex avec Thiersch ne sont cependant pas moindres. En effet l'implantation de lambeaux de Thiersch dans le milieu pharyngé infecté est difficilement réalisable et conduit presque inévitablement aux rétrécissements sitôt que le tube Portex est enlevé. Des plastiques multiples sont nécessaires et on peut même assister à une rétraction en masse sur toute la longueur de

l'oesophage reconstruit. Par les retouches et plastiques qu'exigent ces rétrécissements successifs, le bénéfice de l'opération en un temps est fortement diminué.

Nous évitons le milieu infecté que présente le pharynx en faisant une implantation sous-cutanée préliminaire de lambeaux de Thiersch en terrain absolument stérile. Dans la même séance que nous pratiquons la trachéotomie préliminaire, nous découpons un lambeau pré-laryngé à base supérieure, dont les bords latéraux longent les M. sterno-cléido-mastoldiens pour attendre

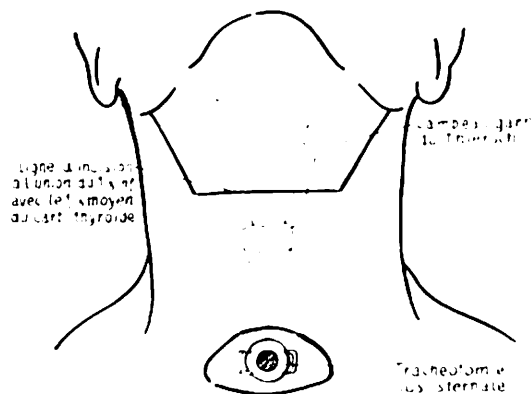


Fig. 5 Laryngectomie totale: lambeau pré-laryngé à garnir du Thiersch.

une incision horizontale dont la hauteur varie avec l'étendue de la pharyngo-oesophago-laryngectomie. Pour une laryngectomie totale sans pharyngotomie, cette incision horizontale croise le cartilage thyroïde vers le milieu de sa hauteur. Dans le cas d'une pharyngo-oesophago-laryngectomie où la partie supérieure de

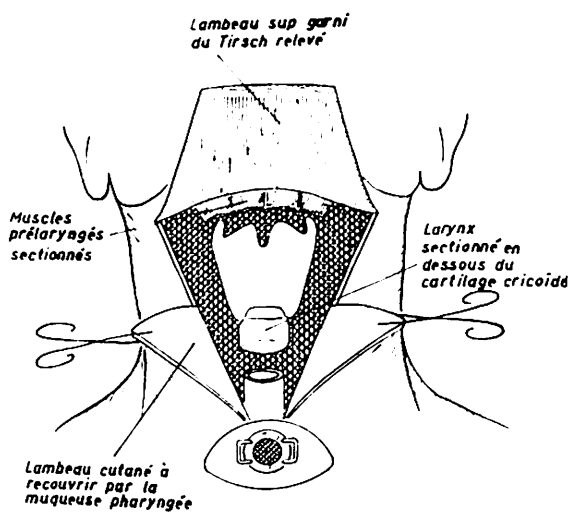


Fig. 6 - Le larynx est dégagé

l'oesophage doit être reconstruite, ce lambeau est découpé largement en hauteur et en largeur pour compenser la rétraction normale. Il est garni à sa face profonde de lambeaux de Thiersch étalés sur un linge stérile qui lui sert de support. Après drainage aux deux coins déclives, il est suturé en place et un simple bandage autour du cou exerce une compression légère. Dans huit jours quand nous procédons à la pharyngo-laryngectomie, nous avons atteint un double but. D'un côté le lambeau est autonome, il résistera admirablement à l'infection et sa couleur restera

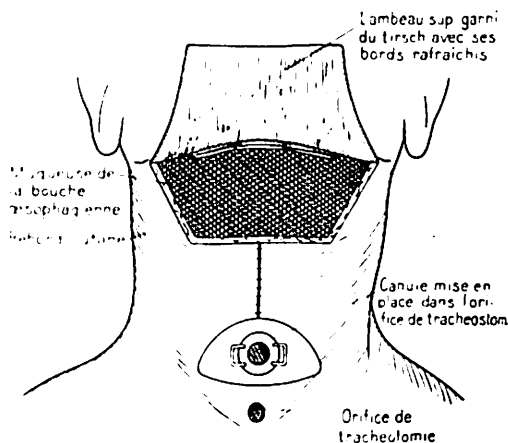


Fig. 7.

blanche durant toute la durée du traitement postopératoire. D'un autre côté sa face profonde est garnie d'un épithélium blanc nacré qui repousse la salive et il forme à lui seul toute la paroi pharyngée antérieure sans qu'une plastique supplémentaire soit nécessaire. Si une partie de la muqueuse pharyngo-oesopha-

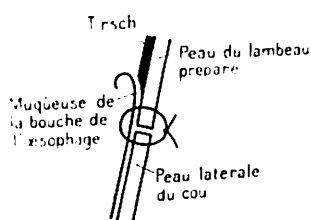


Fig. 8 - Manière de suturer la muqueuse à la peau.

gienne a pu être conservée, celle-ci est suturée de manière qu'elle recouvre intérieurement la ligne de suture cutanée. On évite ainsi une fistulisation éventuelle. Dans le cas d'une pharyngo-oesophagotomie étendue, où une grande partie de la muqueuse a dû être sacrifiée, le lambeau préaryngé, plus épais, comprend également le Muscle peaucier dont la face profonde est alors garnie du Thiersch. Le lambeau préparé se compose donc de deux plans, un plan profond formé par le Muscle peaucier garni du Thiersch qui remplace la muqueuse extirpée, et un

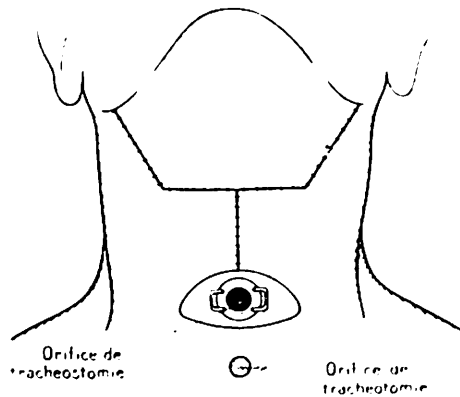


Fig. 9 - La suture cutanée est terminée.

plan superficiel formé par la peau. Les bords décollés et rafraîchis sont suturés à l'aponévrose prévertébrale. On forme ainsi une gouttière pharyngée qui est suturée en bas à l'oesophage sectionné. Ce lambeau préaryngé, autonomisé, avec Thiersch

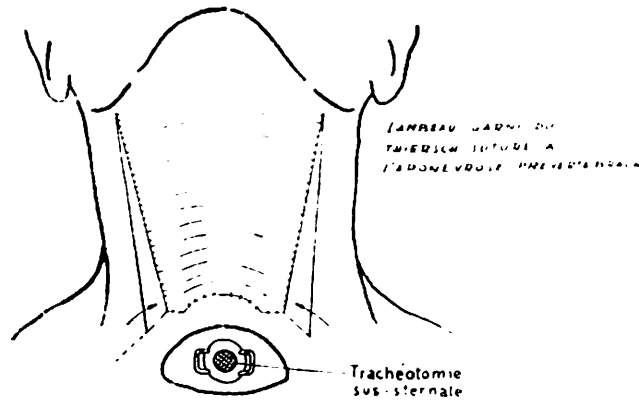


Fig. 10 - Laryngo-pharyngo-oesophagotomie: le lambeau est suturé à l'aponévrose prévertébrale.

préformé est d'une application simple, il est facile de proportionner sa grandeur à l'étendue de la reconstruction à faire. L'alimentation du malade par les voies naturelles est possible dans 2-3 semaines. A condition de tailler le lambeau bien large-

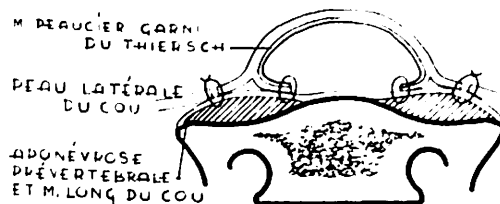


Fig. 11 - Manière de suturer le M. Peaucier garni du Thiersch à l'aponévrose prévertébrale.

ment pour compenser la rétraction normale, il n'y aura pas de rétrécissement et le trauma psychologique des plastiques successives est épargné au malade. Le traitement radiothérapique peut être institué dans le plus bref délai possible.

D'après nos expériences personnelles, qui sont confirmées dans une large mesure par des chirurgiens étrangers, nous sommes convaincus que ces deux méthodes d'utilisation de greffes du Thiersch aussi bien dans les laryngectomies partielles que dans les pharyngo-laryngectomies, présentent un avantage réel tant par la simplification que par l'amélioration du pronostic qu'elles apportent à la chirurgie du larynx.

Bibliographie et communications:

- 1) Plastique laryngée: Société des Sciences Médicales à Luxembourg. 15. 3. 53.
- 2) Revue Médicale de Nancy, France, 16. 3. 53.
- 3) Presse Médicale, France, 28. 3. 53.
- 4) Congrès International d'ORL à Amsterdam, Pays-Bas, 11. 6. 53.
- 5) Société d'ORL de Lyon, le 13. 12. 53.
- 6) Acta Oto-Laryngologica Stockholm, Suède, Vol. 44, Fasc. 1, 1954.
- 7) Plastic Sugery, EAST-Grinstead, Londres, Angleterre, 12. 4. 54.
- 8) Practica oto-rhino-laryngologica, Bâle, Suisse, Vol. 16 No. 3, 1954.
- 9) Vereinigung der Südwestdeutschen H. N. O. Ärzte, Nauheim, Allemagne, 3. 10. 54.
- 10) Congrès d'ORL, Paris, 1954.
- 11) Archives of Otolaryngology, Philadelphia, Amérique, 1954.

une thérapeutique moderne
un corps nouveau :

Le BAUME ALGIPAN
AU NICOTATE DE MÉTHYLE



LABORATOIRES MIDY, 46-48, AV. JEAN JAURÈS - BRUXELLES III

Impregnation salicylée, vasodilatation capillaire, analgésie

Réaction toxique à la Chloromycétine

par Jules Shammas et Jeanny Shammas-Knaff

Claudine, âgée de 4 ans, après un traitement à la chloromycétine, présente: de l'urticaire diffus du type érythème polymorphe; de l'oedème de Quincke très sévère de la face, des yeux et du cuir chevelu; de la cyanose marquée des extrémités et des lèvres; des poussées fébriles coïncidant avec les poussées d'urticaire. Elle se plaint de malaise et d'arthralgie.

L'histoire de notre petite malade est la suivante:

- Le 21 avril 1954: la malade fait une poussée fébrile à 40 avec vomissement. Un médecin consulté lui injecte de la pénicilline et lui prescrit de la chloromycétine par voie buccale.
- Le 22 avril: température normale.
- Le 23 avril: fièvre à 40; chloromycétine.
- Le 24 avril: température normale.
- Le 25 avril: fièvre à 39; deuxième piqûre de pénicilline; chloromycétine.
- Le 26 et le 27 avril: pas de fièvre; on continue la chloromycétine.
- Le 28 avril: fièvre à 40; chloromycétine. L'enfant vomit l'après-midi et la température tombe immédiatement à 37. Un frottis de sang pris au cours de la fièvre se montre négatif pour la malaria et présente une légère leucocytose. L'examen des urines et des selles est normal.
- Le 29 avril: température normale; l'enfant continue à prendre sa chloromycétine.
- Le 30 avril: éruption généralisée sur tout le corps et sur les membres: plaques d'urticaire alternant avec des zones d'érythème polymorphe, le tout extrêmement prurigineux. Une injection d'antihistaminique avec vitamine C et une lotion calmante diminuent l'élévation des plaques urticariennes et atténuent l'érythème durant 3 à 4 heures seulement.

Le 1^{er} mai: nouvelle piqûre d'antihistaminique: sans effet. Les extrémités de l'enfant sont cyanosées et froides. On arrête tout médicament: on donne une petite dose de Limonade Roger, un calmant pour la peau et un bain de son. Le soir, une petite dose d'adrénaline n'a aucun effet.

Le 2 mai: l'urticaire gagne d'extension; l'œdème envahit le cuir chevelu, le visage et les yeux, défigurant la petite malade: une poussée fébrile coïncide avec chaque poussée d'urticaire. Une deuxième injection d'adrénaline reste sans effet.

Le 3 mai: un dermatologue consulté prescrit la cortisone. La première injection de 50 mg de cortisone est faite à 19 heures. Le résultat est dramatique. A 23 heures le prurit s'atténue, l'œdème et les plaques d'érythème disparaissent et la température revient à la normale. L'enfant, pour la première fois depuis plusieurs jours, passe une nuit très calme.

Le 4 mai: au matin, la peau de l'enfant reprend son aspect normal sauf quelques points d'érythème très pâles au ventre et aux cuisses. Elle reçoit deux injections de cortisone à 50 mg. Le soir toute trace d'érythème a disparu.

Le 5, 6 et 7 mai: la cortisone est continuée à doses réduites. Depuis, l'enfant se porte bien, a bon appétit, dort bien et a repris ses couleurs normales.

Les antécédents montrent, qu'un an auparavant, l'enfant avait subi un traitement avec de la chloromycétine pendant trois semaines pour une fièvre intermittente inexpliquée. Elle avait présenté des troubles intestinaux à la suite de ce traitement.

Le cas de Claudine rappelle un cas publié en Amérique par Thomas G. Johnston et Alan G. Gazort de l'Université d'Arkansas, et intitulé: «Severe serum sickness reaction with cyanosis following terramycine». Ces auteurs décrivent un tableau clinique analogue au nôtre, consécutif à un traitement avec la terramycine par voie buccale. Leur malade, une fillette de 10 ans, avait été soignée un an auparavant avec une pommade de terramycine pour une infection de l'oreille. La réaction allergique dans ce cas fut traitée avec de la pyribenzamine et de l'épinéphrine, qui amenèrent la guérison en quelques jours.

Remarquons que dans notre cas la cortisone eut un résultat spectaculaire dans l'espace de quelques heures.

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:

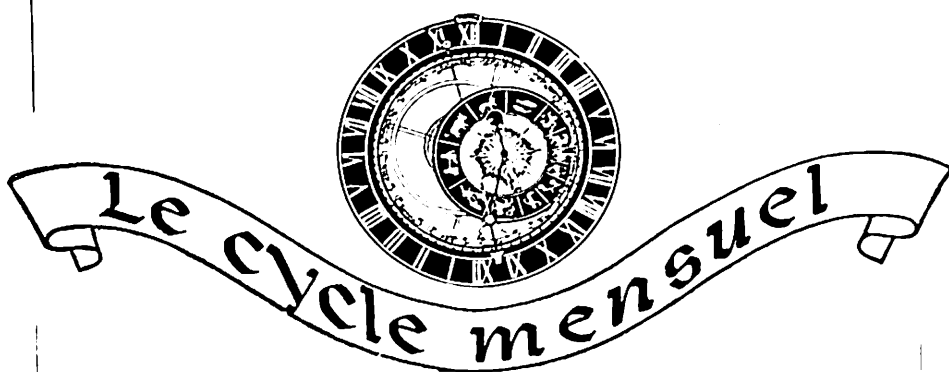
0,5 g
de DIAZIL

100.000 U. I.
de pénicilline-G-procaïne



CILAG, Société Anonyme Schaffhouse

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg:
PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 230-73



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 trai-
tement symptomatique de la dysménorrhée.

agpharm s. a. - LUCERNE (SUISSE)

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :
PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 230-73

Polynévrite sélectant la branche ophtalmique du Trijumeau

par Jules Shammas et Jeanny Shammas-Knaff

J. D., âgé de 36 ans, vient consulter en annonçant lui-même son diagnostic: «J'ai une névralgie du trijumeau à droite.» Le malade décrit «une douleur épouvantable, partant du sourcil droit en demi-cercle et gagnant le maxillaire supérieur vers le nez.» La douleur est accompagnée d'une sensation de gonflement des paupières à droite et de l'impression que le globe oculaire droit sort de son orbite. Il y a des irradiations douloureuses vers le cuir chevelu jusqu'à la nuque. C'est une douleur intolérable, qui dure à peu près deux heures, disparaît brusquement et reparait d'habitude vers le soir pour une nouvelle période de deux heures.

L'histoire du malade montre, que de 1941 à 1945 il a été en captivité chez les Japonais. Là-bas, en 1944—45, il est atteint de béribéri et traité de façon appropriée.

En décembre 1948 à Jérusalem, alors que sévit un froid très intense, notre malade a pour la première fois sa crise douloureuse à l'hémiface droite. Il a l'impression que la douleur est déclenchée par le fait de boire de l'alcool, du thé ou du café. Remarquons qu'il est un gros fumeur, mais ne boit de l'alcool qu'à certaines occasions. Un médecin consulté pose le diagnostic de névralgie du trijumeau et institue successivement une série de traitements. L'application d'ondes courtes reste sans effet. L'alcoolisation de la branche ophtalmique du trijumeau ne donne aucun résultat. La novocaïnisation du ganglion de Gasser ne calme la douleur que pendant une demie heure, au dire du malade. Finalement le médecin décide un essai avec de la vitamine B¹ forte par voie intra-veineuse, et après 25 jours de traitement la douleur disparaît.

En septembre 1951, alors au Caire, le malade a un rhume de cerveau très violent, suivi après 15 jours de la réapparition de la douleur. Un médecin consulté lui prescrit de l'acide nicotinique qui reste sans effet.

C'est le premier novembre 1951 que le malade vient nous consulter. L'examen du S. N. se montre négatif. Cependant ce qui attire l'attention, c'est que la pression des mollets est très douloureuse. Quoique les réflexes tendineux soient normaux et égaux des deux côtés, le diagnostic de polynévrite s'impose, d'autant plus que les antécédants du malade sont fort suggestifs. En outre, deux points nous font rejeter le diagnostic de névralgie du trijumeau. 1) La douleur de notre malade dure deux heures chaque fois, alors que celle de la névralgie faciale survient par brefs paroxysmes de une à deux minutes. 2) L'absence chez lui de stimuli déclenchant la crise.

Pour calmer la douleur, Heptalgin (Glaxo) et Optalidon (Sandoz) sont prescrits. Bénerva (Roche) est administré par voie intraveineuse à raison de 200 mg par jour en une fois.

Au cours du traitement, l'examen radiologique révèle une sinusite frontale des deux côtés. L'infection est combattue par des injections de 800 000 unités de procaine-pénicilline pendant cinq jours, sans que la douleur en soit influencée.

Bénerva est continué jusqu'à un total de 26 injections, après quoi la douleur disparaît complètement.

Deux ans et demi se sont écoulés depuis ce traitement. J. D. se porte bien, sa douleur n'a pas reparu. Cependant, nous lui conseillons de se soumettre de temps en temps à une série d'injections de vitamine B¹, pour éviter une rechute à l'occasion d'une maladie intercurrente quelconque.

PEDIAZINE

EMULSION A BASE DE
SULFADIAZINE ET DE SUL-
FAMÉRAZINE A L'ÉTAT
MICROCRISTALLIN

PROPRIÉTÉS DE LA PÉDIAZINE :

- Grande activité et toxicité réduite,
- Facilité d'administration de l'émulsion,
- Résorption rapide de la Sulfamérazine,
- Taux sanguin maintenu par la Sulfadiazine,
- Augmentation de vitesse de résorption, par l'état microcristallin de ses constituants,
- Goût agréable.

DOSAGE :

Tout traitement débutera par une cure d'attaque afin d'éviter la sulfamido-résistance, souvent causée par l'administration continue de doses trop faibles.

Une cuillerée à café (5 cm³) contient en suspension microscopique :

- 0,25 gr. de Sulfadiazine.
- 0,25 gr. de Sulfamérazine.

POSOLOGIE :

Pour adultes : Une première dose de 3 à 6 gr. de substance active, soit 2 à 4 cuillerées à soupe, suivie de la dose d'entretien de 1 gr. de matière active, soit 2 cuillères à café toutes les 4 à 6 heures.

Pour enfants : Une première dose unique de 0,10 gr. par kg. du poids du corps suivie toutes les 4 à 6 heures d'un quart de cette dose.

EXEMPLE : Pour un enfant de 10 kg. on donne comme 1^{ère} dose, 1 gr. à 1,5 gr. de matière active, soit 2 à 3 cuillères à café, suivie toutes les 4 à 6 heures de 0,25 à 40 gr. soit une demi-cuillère à café ou un peu plus.

PRÉSENTATION :

La Pédiazine est présentée en flacon de 100 gr.

En catégorie «B» du F.N.A.M.I.	
Intervention F. N. A. M. I.	30,-
à payer par l'assuré social :	30,-
Prix Public	60,-

S. I. D. s. a. PHARBIL Bruxelles (Tél. 15.48.80
5 lignes)

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. doses à 125 mg

Boîte de 10 suppos. doses à 250 mg

Boîte de 5 suppos. doses à 500 mg

SYNTHOMYCETINE POMMADE

Tube de 5 g de pommade à 5%

SYNTHOMYCETINE SIROP

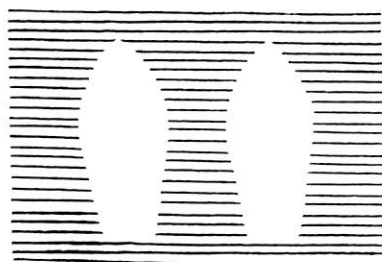
Flacon de 50 g contenant 5% de
palmitate de chloramphénicol

SYNTHOMYCETINE OTOLOGIQUE

Flacon de 10 cc contenant 1% de chlor-
amphénicol lévogyre spécialement prépa-
rée pour installations intra-auriculaires.

Pour la thérapie rapide des angines

Bismocétine LEPETIT



Camphocarbone
de BISMUTH 0,110

SYNTHOMYCETINE

lévogyre 0,200

par suppositoire

Potentialisation des actions
spécifiques 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. 230-73

XIV^e Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires

Luxembourg, 7—13 novembre 1954

Sous la présidence d'honneur et en présence de LL. AA. RR. Madame la Grande-Duchesse et Monseigneur le Prince de Luxembourg, la séance inaugurale du XIV^{ème} Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires s'est tenue dans la capitale du Grand-Duché de Luxembourg.

Le Congrès était présidé par le Major Médecin *Felten*; le secrétariat général en était assuré par le Major Médecin *Bisdorff*.

Trente sept pays avaient envoyé d'importantes délégations: Argentine, Belgique, Canada, Corée du Sud, Chine, Colombie, Danemark, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Irlande, Israël, Italie, Mexique, Monaco, Norvège, Nouvelle Zélande, Ordre Souverain de Malte, Pakistan, Paraguay, Pays-Bas, Pologne, République Dominicaine, Saint-Marin, Saint Siège, Suède, Suisse, Syrie, Thaïlande, Turquie, Uruguay, Vénézuéla, Yougoslavie.

L'Allemagne et le Japon avaient envoyé des observateurs.

D'autre part, les organismes suivants avaient également envoyé des observateurs: Comité International de la Croix-Rouge, Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, l'Association Médicale Mondiale, l'International Law Association, le Comité Interallié des Officiers Médecins de Réserve, l'International College of Surgeons, la Fédération Dentaire Internationale, la Fédération Internationale Pharmaceutique, le Supreme Headquarters Allied Powers Europe (SHAPE), l'Académie Nationale de Médecine de Paris, l'Association of Military Surgeons of the United States, le Royal College of Surgeons of England, la Royal Society of Medicine of Great-Britain, le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins de Belgique, l'Union Nationale des Officiers Médecins de Réserve de Belgique, l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve de France, la Fédération Française des Pharmaciens de Réserve, la Réunion Amicale des Officiers d'Administra-

tion de Réserve de France, la Fédération Française des Amicales de Pharmaciens de Réserve, the Pharmaceutical Society of Great Britain.

L'impression générale qui s'est dégagée de la séance inaugurale reflétait la gratitude de tous les orateurs envers l'initiative prise en 1938 par le Prince de Luxembourg; il organisa, à cette époque, un groupe d'études qui le premier lança dans le monde l'idée de la nécessité de la protection de la population civile en temps de guerre. Ce n'est que onze ans plus tard en 1949, que fut rédigée, dans cet esprit, la Convention IV de Genève.

Le Président du Congrès, Major Médecin *Felten*, après avoir adressé la bienvenue aux Congressistes, souligna l'importance de ces réunions qui sont parvenues à forger des liens d'amitié entre les membres des différents Services de Santé de toutes les Armées du Monde.

Le Médecin Général Inspecteur *Jame*, président sortant, après avoir souligné les efforts de Luxembourg dans l'oeuvre d'humanisation de la guerre, montra le lent acheminement des efforts vers un oecuménisme médical consacré au bonheur de l'humanité.

Le Secrétaire général du Comité, Général Médecin *Voncken*, fit un bref compte rendu des activités de l'intersession; il adressa un appel aux jeunes générations de médecins qui auront à coeur de remplir le devoir de charité, oeuvre essentielle de la médecine aux armées.

Le Docteur *Loutsch*, président de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, au nom de tous les médecins luxembourgeois, développa la thèse de la nécessité de la coopération étroite des médecins civils et militaires au cours des conflits. Il souligna l'importance des préceptes de déontologie qui doivent être respectés non seulement par les médecins, mais également par les autorités gouvernementales. Mais ce respect ne peut se réaliser qu'à partir du moment où l'impératif de conscience du médecin prend la forme juridique d'un droit reconnu.

Enfin, le Ministre de la Force Armée, M. *Pierre Werner*, a insisté sur l'occasion qui s'offrait actuellement pour établir un plan de coordination du secteur civil et du secteur militaire de la santé.

Nous donnons ci-dessous les conclusions adoptées:
Première question:

La médecine militaire considérée comme une spécialité.

1. — La Médecine Militaire est une *spécialité*; elle groupe des problèmes spécifiques et particuliers aux Forces Armées, qui se rapportent à différentes disciplines médicales et lui confèrent une individualité propre.

2. — La guerre totale imposant aux médecins civils une charge comparable à celle des médecins militaires, il est important que l'enseignement universitaire comprenne dans les différents cours un chapitre complémentaire donnant à tous les médecins les notions nécessaires pour faire face aux problèmes médicaux en cas de pertes massives, civiles ou militaires.

Aux médecins qui se destinent à la carrière militaire, un enseignement et une formation spécialisés seront donnés dans les Ecoles de la Santé Militaire.

Deuxième question:

Organisation médicale nationale en temps de guerre.

Coordination des services civils et militaires.

Préparation en temps de paix.

1. — Le caractère de guerre totale pris par la guerre moderne comporte des risques qui sont encourus par la population civile aussi bien que par les forces armées.

C'est pourquoi on ne saurait dissocier la protection sanitaire des populations civiles et celle des troupes combattantes.

Il est donc de toute nécessité qu'une coordination étroite s'établisse en temps de guerre et même en temps de paix entre les services de santé militaires et les organismes civils responsables de la protection sanitaire de la population.

2. — Cette coordination impliquera un inventaire précis des ressources en personnel, matériel sanitaire et médicaments, établissements et installations hospitaliers et plus généralement de tous les moyens de protection. Ces différentes ressources devront être réparties harmonieusement entre les armées et la population civile de façon qu'elles puissent être utilisées au maximum.

S'il est indiscutable que le service de santé du corps de bataille doive conserver son autonomie, il apparaît par contre que sur le territoire les ressources des différents services doivent être mises en «pool» aussi bien pour ce qui est du personnel que pour ce qui est du matériel et des installations hospitalières.

Il est bien évident que pour que cette coordination devienne opérante elle devrait être assurée par une haute autorité ayant pouvoir de décision.

Ce n'est qu'à ce prix que les services de santé civils et militaires pourront se montrer efficaces vis-à-vis des agressions multiples et généralisées de la guerre totale.

Il serait souhaitable que la coopération envisagée sur le plan national puisse être étendue sur le plan international et que le secours des pays richement équipés puisse être apporté à ceux qui souffrent d'une insuffisance de ressources.

Cette collaboration sur le plan international devrait être établie dans l'esprit des Conventions Internationales de Genève.

Troisième Question:

Fonctionnement du service de santé dans la guerre en haute montagne.

1. — Les auteurs définissent comme *haute montagne* toute région dans laquelle la progression, l'occupation du terrain, le ravitaillement, l'évacuation ne peuvent se faire qu'à pied, c'est-à-dire, par l'homme lui-même. L'utilisation de mulets ou d'engins motorisés est impossible, pourtant le ravitaillement par parachutage et l'évacuation par hélicoptères et autres avions représentent un gain de temps notable et méritent une application à grande échelle. Pour que le Service de Santé soit apte à accomplir sa mission, les médecins et le personnel sanitaire devront être parfaitement habitués à la vie en haute montagne. Il faut aussi que chaque combattant soit capable de donner les premiers soins urgents à un camarade blessé près de lui, ou éventuellement de se soigner lui-même.

2. — *La vie en haute montagne.*

Le soldat alpiniste, avant de pouvoir combattre, doit être entraîné à vivre et à subsister en montagne en toute saison et en dépit de toutes les intempéries. Il devra vaincre tous les problèmes que posent l'armement, l'équipement, le ravitaillement, le terrain, la progression en ski ou dans les régions rocailleuses et avant tout il devra pouvoir résister au froid.

La lutte contre le froid se résume à l'entretien de la chaleur animale, par la protection du corps par les vêtements, l'abri et l'alimentation.

3. — *L'organisation du Service de Santé dans le combat.*

Tout traitement convenable est illusoire à plus de 3000 mètres. Les blessés et malades seront évacués au camp de base et de là aux établissements sanitaires avancés. A 3000 mètres ils seront mis à l'abri où on leur dispensera les premiers soins. La protection contre le froid est fondamentale.

Le poste de secours est installé à la limite inférieure de la région de haute montagne, c'est-à-dire dans le camp de base. Ici les premiers soins chirurgicaux peuvent être réalisés avec quelque chance réelle de succès. On disposera de chauffage, on pourra stériliser les instruments et la protection contre le feu ennemi et les intempéries sera suffisante. L'igloo est en haute montagne un excellent moyen de bivouac, le meilleur dont nous disposons, mais pour les blessés et les malades il est seulement un refuge temporaire mettant à l'abri de la tempête, permettant un ravitaillement en vivres, un contrôle des pansements, une injection de tonicardiaque ou de morphine, éventuellement l'hémostase d'une plaie, c'est tout et c'est déjà beaucoup. En ce qui concerne l'évacuation en hiver et en été il y a des caractéristiques spéciales.

4. — Il est essentiel d'aimer la montagne pour faire corps avec elle. Faire vivre et entraîner la troupe en montagne et surtout en haute montagne, c'est lui infuser le sens du dévouement et de l'entr'aide soutenue.

Quatrième question:

Conception moderne du traitement à l'avant des brûlés et des blessés.

Les notions les plus importantes qui résultent de l'exposé des rapporteurs et des différentes interventions sont les suivantes:

1. — *La nécessité absolue d'une standardisation des méthodes thérapeutiques.*

A l'opposé de la chirurgie du temps de paix, conduite par un seul chirurgien, le blessé, en temps de guerre et en particulier à l'avant doit passer à chaque échelon, entre les mains de plusieurs médecins et chirurgiens, souvent de nationalités différentes. Une directive thérapeutique pré-établie doit être donnée et appliquée à chaque échelon de la chaîne des évacuations, en fonction de cette unité de vues. Cette nécessité de la standardisation met le Service de Santé militaire dans l'obligation, tout d'abord d'élaborer une doctrine, et secondairement d'en assurer la diffusion dans tous les milieux médicaux chirurgicaux civils et militaires chargés de l'appliquer dès le début d'un conflit.

2. — *L'apport de nouvelles thérapeutiques n'a pas modifié le dogme de la nécessité de l'intervention la plus précoce possible.*

- a) La perfection du déchoquage préopératoire par une collaboration médico-chirurgicale est une nécessité pour pallier aux dangers de la chirurgie d'urgence, surtout en temps de guerre, les différentes méthodes de réanimation ont été envisagées (réanimation classique par perfusion de liquides de remplacement, oxygénothérapie, etc.), ainsi que l'appoint que l'on peut attendre de l'hibernation artificielle, à réserver actuellement aux seules formations médico-chirurgicales stables.
- b) L'apport des anti-biotiques assure une sécurité accrue de l'intervention chirurgicale, mais ne la remplace en aucune façon et ne permet pas de la retarder.
Par conséquent, il est indispensable de perfectionner sans cesse l'efficacité et la rapidité des moyens d'évacuation.
- c) La thérapeutique des brûlures a été envisagée sous toutes ses formes (traitement biologique contre le choc et les désordres liquidiens; traitement local ouvert ou fermé). Ces thérapeutiques ont été également envisagées en fonction d'un traitement rationnel lorsque le nombre des brûlés est en rapport avec les moyens du service de santé. Un traitement de secours en cas de désastre thermonucléaire a été proposé.

Section Pharmaceutique:

Organisation et attribution des corps pharmaceutiques militaires et instruction du personnel de la réserve.

La Section de Pharmacie remercie les deux rapporteurs argentin et brésilien pour leurs intéressants rapports sur le fonctionnement des services pharmaceutiques dans leurs pays respectifs.

La Section de Pharmacie regrette de n'avoir pu disposer de la traduction intégrale en anglais et en français de ces deux rapports.

Ceux-ci reflètent uniquement les organisations et les activités nationales considérées. Pour formuler une appréciation parfaitement pertinente à leur sujet, il serait nécessaire de disposer des résultats d'une enquête étendue à tous les pays membres du Congrès International.

Il paraît donc indispensable de remettre à l'étude du prochain Congrès le thème suivant:

«Les attributions et les emplois des pharmaciens militaires en temps de paix et en temps de guerre dans toutes les Forces Armées», étant entendu que les éléments d'information nécessaires seront fournis par le Comité aux rapporteurs désignés.

Section Odonto-stomatologique:

Établissement d'une fiche dentaire d'un modèle standard permettant de suivre la santé buccale de l'individu durant le service militaire et pouvant permettre éventuellement son identification.

1^{re} L'identification par les dents et la région buccale s'est révélée indispensable dans de nombreux cas de reconnaissance de cadavres inconnus.

2^{re} Il est essentiel d'avoir des moyens pour classer les données utiles pour l'identification, *indépendamment* des indications utilisées pour le diagnostic et le traitement.

3^{re} Il apparaît qu'un système de fiches en double exemplaire doit être établi. L'une de ces fiches devra être conservée par un service spécialement organisé, qui en assurera le classement pour permettre des recherches ultérieures.

4^{re} Les renseignements recueillis devront être complets, comprendre un examen clinique approfondi, un examen radiologique s'il est nécessaire et pourront être complétés par des photographies de la cavité buccale qui sont susceptibles de donner des indications très exactes.

5^{re} Il semble nécessaire, pour obtenir une normalisation de ces fiches sur le plan international, d'adopter des symboles et une nomenclature normalisés.

6^{re} Les symboles utilisés dans ces fiches doivent être assez nombreux pour donner des indications représentant de manière précise l'état des dents, des maxillaires et des régions annexes, ceci dans le but d'obtenir des fiches dentaires correctes pour l'identification.

7^{re} La Section Odonto-Stomatologique du CIMPM émet le vœu que, dans le but d'arriver à une normalisation des fiches et des symboles, ce problème très complexe, qui intéresse non seulement les militaires de tous les pays, mais aussi les populations civiles, soit soumis à l'étude du Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires, qui lui, pourra le proposer à l'étude de l'O.M.S. ou d'autres organismes susceptibles d'apporter une aide à cette réalisation.



A côté de ces séances de travail, nous devons signaler l'audience spéciale accordée aux Chefs de délégations et aux membres du Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires, par LL. AA. RR. Madame la Grande-Duchesse et Monseigneur le Prince de Luxembourg, qui se sont particulièrement intéressés aux projets tendant à obtenir une humanisation de la guerre et une protection des victimes civiles.

Par ailleurs, à l'occasion du 11 novembre, fête de l'Armistice, au cours d'un service religieux célébré à la Cathédrale de Luxembourg, le R. P. Weisgerber, de l'Abbaye de Clervaux prononça une éloquente allocution: il y souligna le rôle pacifique et charitable du médecin militaire et évoqua les perspectives pleines d'espérance du Droit International Médical: celui-ci pourrait être «un lien de paix indéfectible entre les peuples».

De nombreuses et brillantes réceptions ont concouru à donner à ce Congrès une atmosphère de cordialité et de sympathie. Citons notamment celle du Gouvernement Grand-Ducal, de la Communauté Européenne Charbon-Acier, de la Ville et de Radio-Luxembourg, etc...

Un Comité des Dames très actif avait organisé une série d'excursions et de réceptions, qui furent très appréciées par les participantes du Congrès.



A la séance de clôture, le délégué argentin annonça que son Gouvernement maintenait son invitation pour le XV^{ème} Congrès et le fixait à l'année 1956.

Les sujets suivants ont été mis à l'étude:

1^{re} Organisation du Service de Santé dans les opérations des troupes motorisées et blindées.

Pays rapporteurs: Etats-Unis d'Amérique, Nouvelle Zélande.

2^{re} La lutte contre le bruit dans les Forces Armées.

Pays rapporteurs: Italie, Suède.

3^{re} La défense contre les radiations en médecine militaire.

Pays rapporteurs: France, Argentine.

4^{re} Relations entre le commandement de troupes et la médecine militaire.

Pays rapporteurs: Grande-Bretagne, Turquie.

Section Pharmaceutique:

a) Organisation et attribution des corps pharmaceutiques militaires et instruction des personnels de réserve (continuation de l'étude faite au XIV^{ème} Congrès).

Pays rapporteurs: Brésil, Argentine.

b) Etude de l'internationalisation de la nomenclature des médicaments employés par les forces armées, ainsi que d'un formulaire pharmaceutique militaire international.

Pays rapporteurs: Espagne, Pakistan.

Section d'Odonto-Stomatologie:

Nécessité du bon état de la denture pour l'aptitude au service militaire. Organisation des soins dentaires pour les recrues avant et après l'incorporation.

Pays rapporteurs: Israël, Luxembourg, Pologne.

LABORATOIRES WILSON
DIVISION DE WILSON & Co INC.
CHICAGO U.S.A.

Corticotropine

WILSON

Solution stable d'A.C.T.H. pour intramusculaire et intraveineux

Fiole de 1 cc. contenant 25 unités U. S. P.

Fiole de 5 cc. contenant 200 unités U. S. P.

Corticotropine- GEL

Purifiée Wilson

A. C. T. H. retard à grande activité
pour administration intramusculaire

Fiole de 5 cc. dont chaque cc. est l'équivalent clinique
de 40 unités

Fiole de 5 cc. dont chaque cc. est l'équivalent clinique
de 80 unités

Cephalin- Cholesterol

(Test hépatique)

Tube contenant 100 mg de céphaline partiellement oxydée
et 300 mg de cholestérol

Agents Généraux exclusifs :

S. I. D. s. a. PHARBIL, Bruxelles - Tél. 15.48.80 (5 lignes)

G. D. SEARLE & CO - CHICAGO

Recherches au service de la Médecine

Bromure de
PRO-BANTHINE
anticholinergique

Efficacité supérieure (2 à 5 fois plus active que la Banthine.)

Action élective sur le tractus gastro-intestinal, les voies biliaires et urinaires.

Pas de réactions secondaires.

INDICATIONS :

Ulcère gastrique et duodéal, gastrite chronique hypertrophique, certaines formes moins spécifiques de gastrite, spasme du pylore, vomissements de la grossesse, dyscinésie biliaire, pancréatite aiguë et chronique, hypermotilité de l'intestin grêle sans lésion organique iléostomie, spasme du côlon (colite muqueuse, intestin irritable), diverticulite, spasme de l'uretère et de la vessie, hyperhydrose ; empêche la transpiration normale qui aggrave certaines dermatoses et contrôle la salivation.

PRÉSENTATION :

Flacons de 40 & 100

Agents Généraux exclusifs :

S.I.D. s. a. PHARBIL, Bruxelles - Tél. 15.48.80 (5 lignes)

XVII^e Session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire

Luxembourg-Vianden, 12—13 novembre 1954

A l'issue du XIV^{ème} Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires, le Comité International a tenu sa session annuelle de conférences prévue par les statuts. Cette session, la XVII^{ème} depuis la fondation de l'organisme international de médecine militaire s'est tenue les 12 et 13 novembre 1954 à Luxembourg et à Vianden, sous la présidence du Major Médecin *P. Felten*, Directeur du Service de Santé de l'Armée luxembourgeoise.

Une très importante communication de la délégation yougoslave, présentée par le Général Médecin *Radmilo Jovanovic*, avait trait à la *protection des Services de Santé pendant la guerre*. On sait combien et avec quelle attention cette question est étudiée dans nombre d'organismes internationaux, à l'heure actuelle, et combien a été soulignée l'importance de cette protection pour permettre l'efficacité des secours.

Le Général *Jovanovic* étudie surtout le rôle confié par les Conventions de Genève à la Puissance protectrice: il estime qu'il y a des raisons graves qui indiquent qu'à l'avenir il sera proprement impossible qu'un Etat assure les tâches qui échoient à la Puissance protectrice.

Il conclut qu'il faudrait reprendre la suggestion française de 1949: former un Haut Comité International auquel serait confiée la charge du contrôle et de l'application des Conventions. Grâce à cette création, on obtiendrait qu'aux intérêts de chaque partie au conflit, se substitue l'intérêt général de toute l'humanité. Cette proposition rejoignait l'essentiel du Projet de Monaco de 1934 qui avait imaginé la création d'un organisme superétatique de ce genre. Insistant sur l'urgence de la solution de ce problème, la délégation yougoslave fit appel au Comité International de la Croix-Rouge pour que l'étude en soit entreprise le plus tôt possible.

Dans une note additionnelle, le même rapport montre qu'il est de plus en plus difficile de faire une démarcation nette entre le Service de Santé militaire et le Service de Santé civil et qu'il faut établir des règles uniques, valables pour l'un et l'autre et cela de façon générale et complète. Il considère que ce sont là des arguments qui prouvent la nécessité d'un effort plus intense en faveur du développement du Droit International Médical. Il présente une motion soulignant la nécessité d'une réglementation plus complète du statut des Services de Santé militaires et civils en cas de conflit.

En outre, insistant sur l'importance du rôle des neutres et des non-belligérants au cours d'un conflit, le professeur *Charles Richet* et le Général Médecin *Voncken* attirèrent l'attention sur la motion qu'ils avaient déjà déposée au Congrès International des Déportés à Paris, à la FILDIR (Fédération Internationale Libre des Déportés et Internés de la Résistance) à Bonn, et à l'Académie de Médecine de Paris, et qui trouve dans ces différents exposés de puissants arguments en faveur de son adoption.

Cette motion prévoyait le concours indispensable des services de santé neutres dans l'organisation de secours dans les camps de prisonniers militaires et civils, dans les zones occupées par l'ennemi, dans la surveillance du ravitaillement, etc...

Vu l'importance de la question, il fut décidé de faire étudier le rapport yougoslave par les différents membres du Comité, d'en faire l'objet d'une enquête internationale étendue et d'en présenter un compte-rendu, qui pourra être constructif, à la prochaine session de l'Office, à Istanbul, en août 1955.

Cette enquête sera établie sur les trois questions suivantes:

- 1° l'activité des Puissances protectrices dans le domaine médical,
- 2° l'assistance sanitaire des neutres et des non-belligérants au cours d'un conflit,
- 3° le statut du service de santé dans un conflit armé ne présentant pas un caractère international.

D'autre part, la *protection des formations sanitaires au cours des hostilités* a été étudiée par le Médecin Général des *Cilleuls* (France). L'auteur pose la question: cette mission de protection armée incombe-t-elle bien au service de santé ou ne relève-t-elle pas de la compétence du commandement?

Le Général Médecin *Somer* (Finlande) expose les études récentes faites aux Laboratoires de l'Institut Sérologique Gouvernemental et de l'Université d'Helsinki, ainsi qu'aux Services de la Direction du Service de Santé de l'Armée sur les *vaccinations avec le virus formolé ourlien dans les forces armées finlandaises*.

Le Major Médecin *Belvaux* (Belgique) souligne l'importance de l'*enseignement* qui doit être donné aux *futurs médecins des armées*, en ce qui concerne les principes de Genève, les éléments du droit international médical et l'oeuvre humanitaire réalisée par le Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires.

Une Commission est instituée et chargée de rédiger un projet de programme qui serait proposé à tous les pays.

Enfin, la *crise du recrutement des médecins des armées* a été évoquée au cours de ces débats. Pour en préciser les facteurs, il est nécessaire de connaître la situation dans les différents pays. Les résultats d'une enquête internationale feront l'objet d'un débat à la prochaine session de l'Office à Istanbul.

La dernière question traitée fut l'*opportunité de la saignée chez les asphyxiés*. Le Médecin Lt. Colonel *Lartigue* (France) montra que la saignée immédiate, rapide et abondante, donc par phlébotomie, constituée avec la respiration artificielle, le «tandem thérapeutique de base» de tous les asphyxiés.



La XVIII^{ème} session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire se tiendra du 28 août au 1^{er} septembre 1955 à Istanbul, à l'invitation du Gouvernement de la République Turque.

DISPERSA

POMMADES OPHTALMIQUES EN TUBES

VESIPAN

(NOVÉSINE «WANDER», CALC PANTOTHENIC, NOVIFORME HEYDEN)

L'anesthésique de cette nouvelle **pommade DISPERSA contre les corps étrangers** est la Novésine «Wander» qui se distingue aussi bien en produisant une anesthésie superficielle rapide qu'en étant extraordinairement bien tolérée par les tissus. L'adjonction de Noviforme «Heyden» lui confère une légère action désinfectante, tandis que le panthothénate de calcium favorise la régénération de l'épithélium de la cornée et de la conjonctive.

Indications : Après extraction de corps étrangers de la cornée ou de la conjonctive, en cas d'érosion de la cornée, de brûlures thermiques et chimiques, de kératite électrique et nivéale.

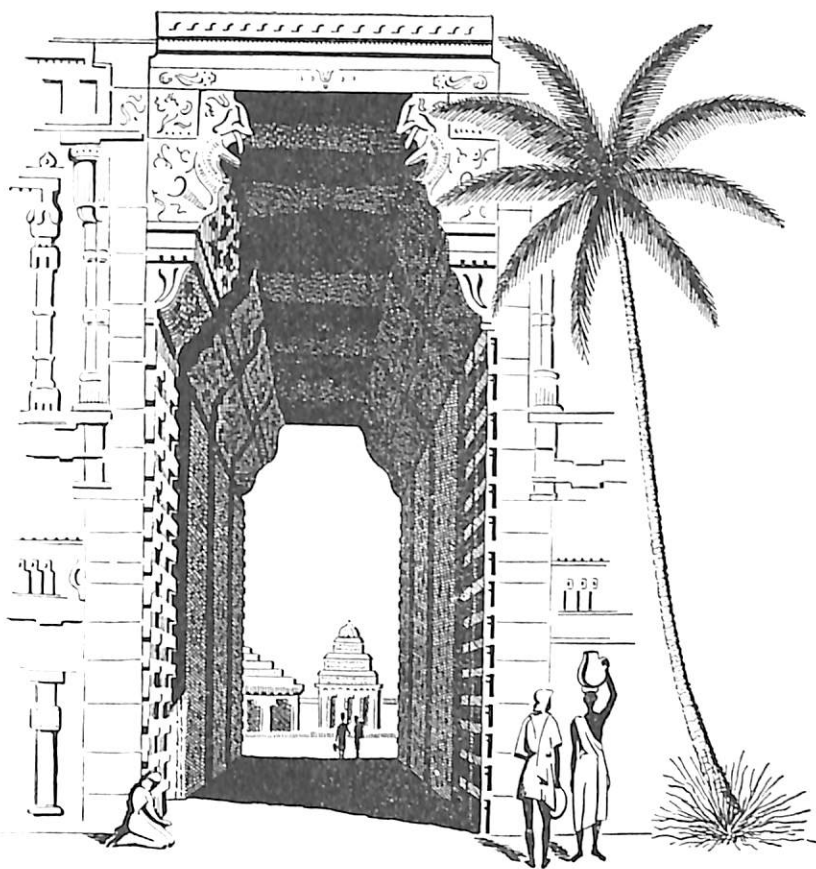
Dans **l'assortiment DISPERSA** vous trouvez toutes les pommades ophtalmiques employées dans la pratique dont l'efficacité éprouvée est garantie grâce à l'excipient DISPERSA spécialement étudié, onctueux et absolument non-irritant ainsi qu'à la grande finesse de dispersion des médicaments incorporés.

Auréomycine
Calc. pantothenic. 5%
Chloramphénicol 1%
Cortisone
Cortisone-Chloramphénicol
Hydrocortisone
Naftalan-Pasta

Noviforme «Heyden»
Pantobenzyl 5%
Pénicilline
Strepto-Pénicilline
Sulfa-Pénicilline
Sulfanilamide
Vitamine A 10'000 U g

Laboratoires DISPERSA Dr. E. Baeschlin, pharm. Winterthur (Suisse)

Représentation Générale pour le Grand-Duché de Luxembourg:
PROPHAC, 54, rue Baudouin Luxembourg - Tél. 230 73



Präparate aus der indischen Rauwolfia-Wurzel:

RAUPINA

Sympathicolytisch-hypotensiv wirkende Alkaloide mit dem unterstützenden Basis-Sedativum Reserpin **für die neuzeitliche Hochdrucktherapie**
20 Dragées à 2 mg - 10 ccm Liquidum - 30 Raupinetten à 1 mg

*Seda***raupin**

Reserpin «Boehringer»
Vegetatives Sedativum
20 Tabletten à 0,2 mg



Generalvertreter für Luxemburg:

PROPHAC, Baudouinstrasse 54 - Tel. 230 73



**Lorsque l'infection des voies respiratoires
atteint son point culminant,**

R appelez-vous...

...que la

'SULPHAMEZATHINE'

Marque déposée

constituera le meilleur moyen d'attaque

Non seulement essentielle pour combattre les pneumonies et les infections des voies respiratoires, la « Sulphamezathine » sera de grande valeur dans le traitement des infections bactériennes secondaires associées aux gripes et rhumes.

COMPRIMÉS
POUDRE



ÉMULSION
POUR ENFANTS

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES (BELGIUM) S. A.

S. à r. l. PROPHAC-ZIRNHELD & Co

54, rue Baudouin

Luxembourg

Ph. 341

" LES 5 VITAMINES
de la combativité "

V itamine B₁
15 mg

V itamine B₂
10 mg

V itamine B₃ ou PP
50 mg

V itamine B₅
25 mg

PENTAVIT itamine B₆
10 mg
B **FORT**

1 à 3 comprimés par jour



LABORATOIRES MIDY, 46, Avenue Jean Jaurès, BRUXELLES 3



MÉDICAMENT DE L'HYPERTENSION

- ☐ Le **PACYL**, dérivé chimique de la Choline, agit de façon physiologique sur le système parasymphatique 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 ambulairement. 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

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 JAURÈS - BRUXELLES 3

PRÉPARATION NOUVELLE

TREVIDAL

l'anti-acide
protecteur

- Action très rapide et de longue durée: **pas d'hypersécrétion par réaction**
- Formation en moins de 95 secondes d'une masse visqueuse qui sert de couche protectrice et conserve sa viscosité même en milieu acide.
- Combinaison harmonieuse dans

TREVIDAL

de quatre anti-acides
éprouvés dont les ef-
fets secondaires se
tiennent mutuellement en échec
et sont ainsi supprimés.

C O M P O S I T I O N

Hydroxyde d'aluminium	90 mg
Carbonate de calcium	105 mg
Trisilicate de magnésium	150 mg
Carbonate de magnésium	60 mg
Régéonol*	100 mg
Egraine**	45 mg

* Gomme de *Cyamopsis tetragoloba*

** Substance protéique obtenue à partir d'avoine

P R E S E N T A T I O N

50 comprimés, par séries de 10 sous feuil-
le d'aluminium

ORGANON BELGE S.A.

29, AVENUE DES COURSES - BRUXELLES - TÉL. 48 74 04 ET 47 96 79



Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :
PROPAHC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, TPI. 230-73

NEUROPLÉGIQUE

4560 R.P.

LARGACTIL

Chlorhydrate de chloro-3 (diméthylamino-3'propyl)-10 phénothiazine

POTENTIALISATEUR

des

ANESTHÉSQUES GÉNÉRAUX, HYPNOTIQUES, ANALGÉSQUES

CHIRURGIE

Préparation à l'anesthésie
Anesthésie potentialisée
Hibernation artificielle
Hyperthermie post-opératoire
Prévention et traitement du choc
Hypotension contrôlée

PSYCHIATRIE

Excitation maniaque
Etats confusionnels
Etats anxieux - Insomnies
Psychoses obsessionnelles
Cures de sommeil

OBSTÉTRIQUE

Eclampsie
Vomissements de la grossesse
Analgésie obstétricale.

SYMPATHICOLYTIQUE
SPASMOLYTIQUE
VAGOLYTIQUE

ANTIÉMÉTIQUE
HYPNOTIQUE
SÉDATIF

COMPRIMÉS

dosés à 25 mg

(FLACONS DE 50)

3 à 6 comprimés par 24 heures

— Ampoules de 2 cm³ dosées à 50 mg pour perfusions intraveineuses (boîtes de 5).
— Ampoules de 5 cm³ dosées à 25 mg pour injections intramusculaires (boîtes de 10).

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE



RHÔNE PARIS POUILLEY

INFORMATION MÉDICALE

38, RUE DE L'AUTOMNE

BRUXELLES

Tel. 48 12 30

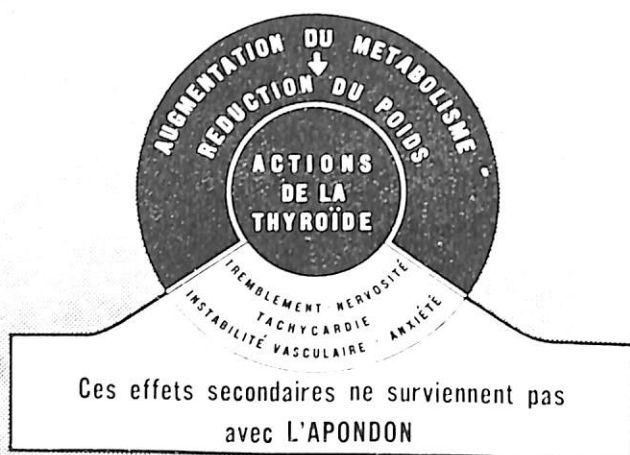
ODETTE
2 EAU

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

APONDON

THYROÏDE DETOXIQUEE

PHARMACOLOGIQUEMENT
POUR LE TRAITEMENT DE
L'OBESITE
du **MYXŒDEME**
ET DES
DYSFONCTIONS ENDOCRINIENNES
APPARENTEES



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

2 nouveaux corps de synthèse
2 nouveaux corps balsamiques

NICOTATE DE GAÏACYLE INODORE }
NICOTATE DE PHÉNYLE } ESSENCE DE CITRON DÉTERPÉNÉE
MÉTHOXYTHYMOL

le CITHYMÈNE

rajeunit
la thérapeutique broncho-pulmonaire,
facilite les prescriptions.

*Bronchites - Broncho-pneumonies
Rhumes - Grippe*

3 formes {
★ AMPOULES
★ SUPPOSITOIRES
★ FRICTIONS THORACIQUES



LABORATOIRES MIDY, 46, AV. JEAN JAURES, BRUXELLES III

Traitement local du rhumatisme et autres maladies semblables avec

Transvasin

Soulagement rapide des douleurs.

Thérapeutique à l'acide salicylique ménageant le cœur et l'estomac.

Important dilatateur des vaisseaux - Meilleure circulation sanguine.

INDICATIONS : Rhumatismes musculaires (myalgies, lumbago, etc.),
névralgies, névrites (sciatique), arthrites rhumatismales, torticols rhumatismaux, synovites aiguës, inflammations des nerfs, etc.

Dans les expériences cliniques on a obtenu de remarquables résultats thérapeutiques avec Transvasine.

HAMOL S. A. SECTION PHARMACEUTIQUE - ZÜRICH

Documentation et échantillons à disposition :

PROPHAC, 54, rue Baudouin, Luxembourg, Tél. 230-73

SULFONOVINE IBSA

Sel sodique de l'acide

Phényldiméthylpyrazolonméthylaminométhansulfonique.

Le meilleur analgésique et antipyrétique connu non toxique.

Remplace avantageusement la morphine.

Rhumatismes - Polyarthrites - Lumbagos

Grippes - Sinusites - Otites - Zona

Névralgies - Coliques Hépatiques

5 amp. 2 cc. à 50%

5 amp. 5 cc. à 50%

10 comprimés à 500 mg.

5 suppositoires à 500 mg.

Pour injections intramusculaires et intraveineuses.

Voie intraveineuse. Analgésie rapide.

Voie intramusculaire. Analgésie durable.

DEPOT: ETABLISSEMENTS IRVE

45, RUE HENRI WAFELAERTS - BRUXELLES

Admis au remboursement par les caisses de mutuelles du G.-D. de Luxembourg

Mondorf-les-Bains

(GRAND - DUCHÉ DE LUXEMBOURG)

FOIE ET NUTRITION

OUVERT DU PREMIER MARS AU PREMIER NOVEMBRE

RENSEIGNEMENTS: ETABLISSEMENT THERMAL
OU SYNDICAT D'INITIATIVE A MONDORF-LES-BAINS