

# BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ DES  
SCIENCES MÉDICALES  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

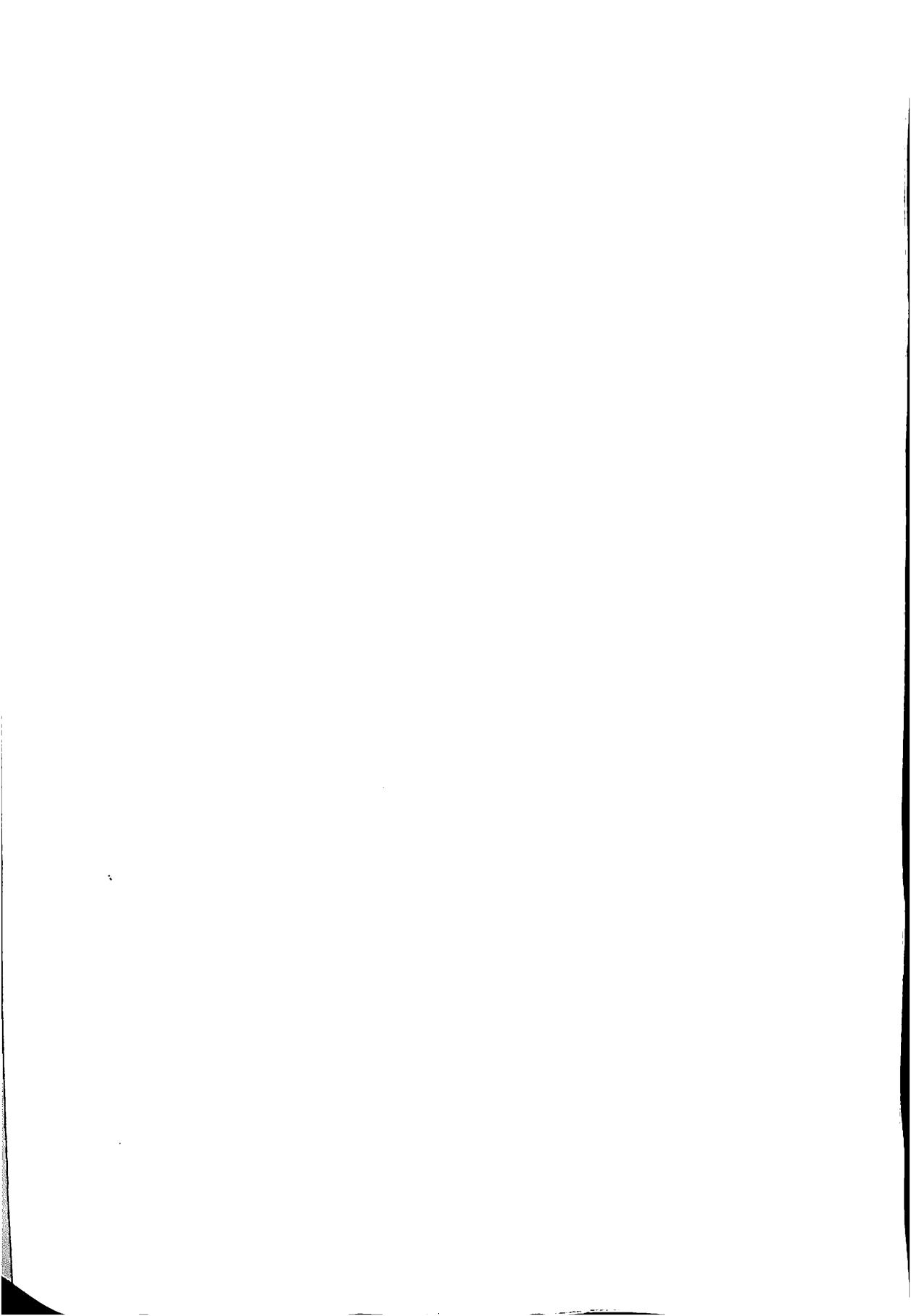
FONDÉ EN 1864

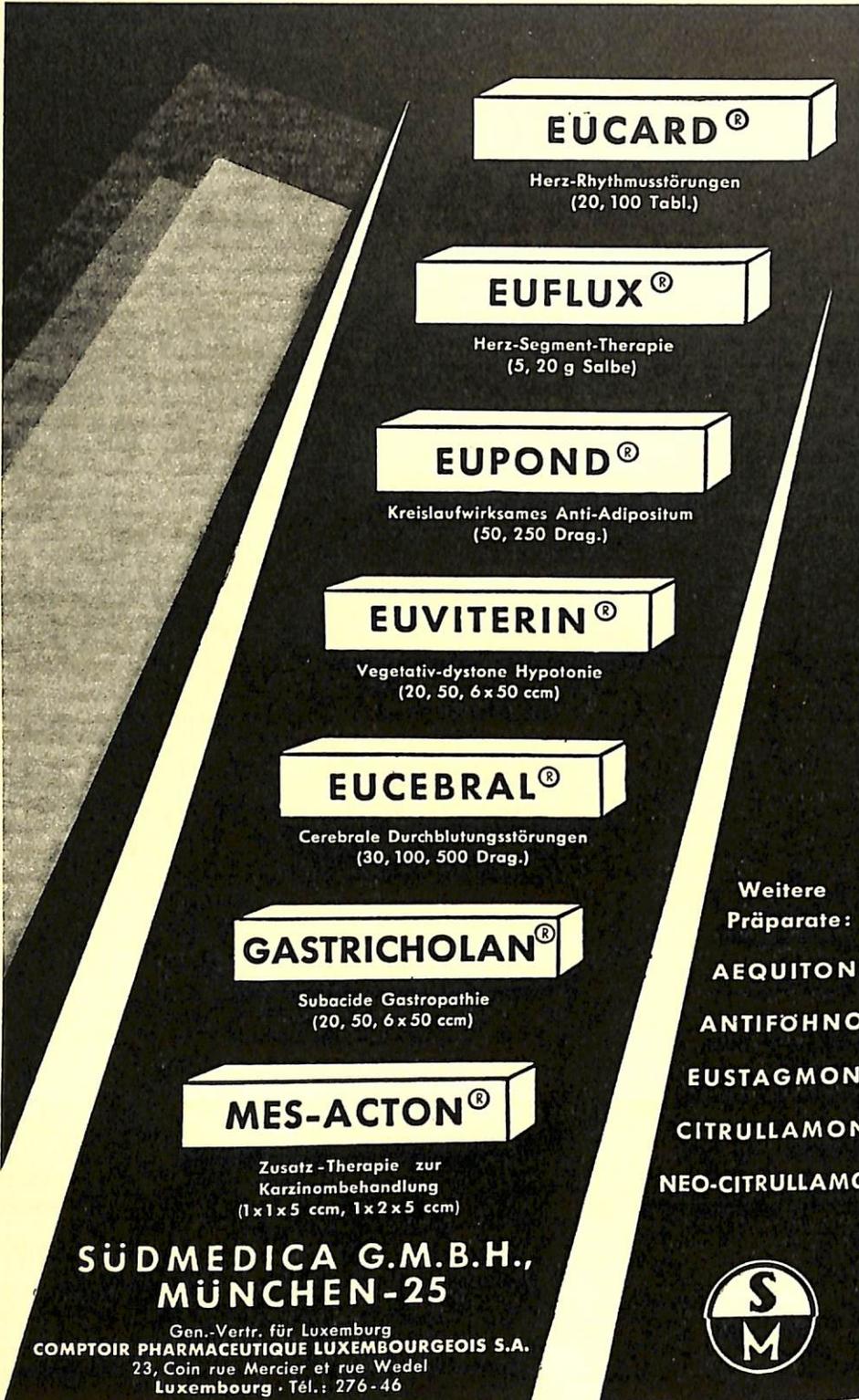
97<sup>e</sup> ANNÉE

---

JUIN 1960 - N° 2

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER - LUXEMBOURG





**EUCARD<sup>®</sup>**

Herz-Rhythmusstörungen  
(20, 100 Tabl.)

**EUFLUX<sup>®</sup>**

Herz-Segment-Therapie  
(5, 20 g Salbe)

**EUPOND<sup>®</sup>**

Kreislaufwirksames Anti-Adiposium  
(50, 250 Drag.)

**EUVITERIN<sup>®</sup>**

Vegetativ-dystone Hypotonie  
(20, 50, 6 x 50 ccm)

**EUCEBRAL<sup>®</sup>**

Cerebrale Durchblutungsstörungen  
(30, 100, 500 Drag.)

**GASTRICHOLAN<sup>®</sup>**

Subacide Gastropathie  
(20, 50, 6 x 50 ccm)

**MES-ACTON<sup>®</sup>**

Zusatz-Therapie zur  
Karzinombehandlung  
(1 x 1 x 5 ccm, 1 x 2 x 5 ccm)

Weitere  
Präparate:

**AQUITON**

**ANTIFÖHNON**

**EUSTAGMON**

**CITRULLAMON**

**NEO-CITRULLAMON**

**SÜDMEDICA G.M.B.H.,  
MÜNCHEN-25**

Gen.-Vertr. für Luxemburg  
**COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.**  
23, Coin rue Mercier et rue Wedel  
Luxembourg · Tél.: 276-46



# **BULLETIN**

## **DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG**

FONDÉ EN 1864

97<sup>e</sup> ANNÉE

---

JUIN 1960 - N<sup>o</sup> 2

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER - LUXEMBOURG

# BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

---

## ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Secrétaire général :

D<sup>r</sup> JEAN NEUEN

2a, Boulevard Grande-Duchesse Charlotte

## RÉDACTION

Rédacteur en chef :

D<sup>r</sup> RAYMOND SCHAUS

20, place Guillaume  
Luxembourg

Comité de rédaction :

D<sup>r</sup> PIERRE FELTEN  
D<sup>r</sup> CHARLES JONES  
D<sup>r</sup> LOUIS KLEES  
D<sup>r</sup> MARCEL LEMMER

D<sup>r</sup> HENRI LOUTSCH  
D<sup>r</sup> GEORGES MULLER  
D<sup>r</sup> J. PAUL PUNDEL  
D<sup>r</sup> FERNAND SCHWACHTGEN

D<sup>r</sup> ANDRÉ THIBEAU

---

Le *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg* paraît deux à trois fois par an et publie des articles en langue française, allemande et anglaise.

MM. les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne, au rédacteur en chef.

Pour tous les articles, les références bibliographiques doivent comporter, dans l'ordre: a) le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms; b) le titre exact, et dans la langue originale, du travail; c) le nom du journal; d) le tome; e) la première page de l'article; f) l'année de parution.

Ces références sont classées par ordre alphabétique.

Toutes les citations de noms d'auteurs doivent être accompagnées du numéro de la référence bibliographique.

Pour les abréviations des noms de journaux, la rédaction se conformera au catalogue publié par l'UNESCO et l'OMS (1953).

Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera, dans l'ordre, outre les noms d'auteurs et le titre du livre: a) la ville; b) l'année de parution; c) le nom de la maison d'édition.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la *Société des Sciences Médicales*.

Copyright 1960 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*.

# SOMMAIRE

La lutte actuelle contre le cancer bronchique est-elle sans espoir ? . . . . .	153
ARSÈNE HOSTERT	
L'utilisation de l'iode radioactif dans les maladies de la thyroïde. I. Diagnostic . . . . .	161
CAMILLE KIOES	
Les allergies en dermatologie . . . . .	167
ALFRED EICHHORN	
Le rétrécissement mitral. III. Les souffles diastoliques chez les mitraux . . . . .	185
RAYMOND SCHAUS	
L'importance des facteurs exogènes dans le sport juvénile	193
CHARLES JONES	
Les livres et les revues . . . . .	205
Organisation Mondiale de la Santé . . . . .	211
Congrès et réunions scientifiques . . . . .	217
La médecine dans le monde . . . . .	223
La médecine en Luxembourg . . . . .	229

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES  
ayant annoncé dans le présent numéro

Laboratoires Abbott  
Asta-Werke  
Produits Bios, S. A.  
Établissements A. de Bournonville & Fils, S. A.  
A. Christiaens, S. A.  
Continental Pharma  
Coles, S. A.  
Établissements Couvreur  
Comptoir Pharmaceutique, Luxembourg :  
Iatreia, Mack, Therica, Südmedica  
Destrée  
Evian  
Guigoz  
Houde  
Integral, S. A., Luxembourg :  
Diva, Blend a med Forschung, Madaus, Uni-Chemie, S. A.  
Établissements G. Kottenhoff  
Labaz, S. A.  
Lederle Belge, S. A.  
Loterie Nationale, Luxembourg  
Laboratoires A. Menarini  
Nestlé  
Laboratoires Optima, S. A.  
Omikron-Gagliardi  
Laboratoires Propharma, Erpeldange  
Pfizer, S. A.  
Philips, S. A.  
Promedy, S. A.  
Mathis Prost, Luxembourg :  
Sandoz  
Prophac, S. A., Luxembourg :  
Lepetit, Boehringer, Organon  
Ancienne Maison Louis Sanders  
Sabpha  
Spécia  
Socothera  
Etablissement Thermal, Mondorf  
Produits Wander  
Zyma-Galen, S. A.

**Action par la combinaison  
de deux mécanismes différents**

# **Avafortan<sup>®</sup>**



L'excellente vertu  
antispasmodique de l'AVACAN  
est associée à la propriété  
analgésique centrale de la  
pyrazolone; ainsi l'efficacité  
des deux composants est  
augmentée par potentialisation  
véritable.

**Indications:** Coliques des voies biliaires et urinaires,  
en général toutes les manifestations spasmodiques  
douloureuses de l'abdomen; Angine de poitrine,  
Migraines, Ténésme, Rigidité du col utérin, Hoquets.

Présentation: 2 Ampoules  
5 Ampoules  
6 Suppositoires  
20 Dragées



**ASTA-WERKE AG**

**CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE (WESTF.) ALLEMAGNE**

**FATIGUE**

physique et cérébrale

**ANOREXIE**

**STRESS**

**VITAMINE**



**potentialisée**

par : *l'hématoporphyrine*

*le glyocolle*

*l'extrait aminé de levure*

*l'extrait concentré de foie*

**ACTIVAROL**

**VITAMINE C**

**500 mg**

8 ampoules de 10 ml  
24 ampoules de 10 ml

**2 à 3 AMPOULES PAR JOUR**

*Pour éviter toute confusion avec l'ACTIVAROL formule normale, qui reste en vente  
veuillez bien préciser dans vos ordonnances : ACTIVAROL Vit. C 500 mg*

**LABORATOIRE DE L'HÉPATROL - 4, RUE PLATON - PARIS XV<sup>e</sup>**

Belgique, Congo Belge et G.-D. de Luxembourg :

**Ets Georges KOTTENHOFF - 54, rue des Alliés, Bruxelles 19**

# LA LUTTE ACTUELLE CONTRE LE CANCER BRONCHIQUE EST-ELLE SANS ESPOIR?

par Arsène HOSTERT \*

Il y a quelques mois, le *D<sup>r</sup> R. Koltz*, président de la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose, m'avait demandé de prendre la parole au cours de l'assemblée générale d'aujourd'hui. Il m'avait laissé le choix du sujet – ce qui n'a pas été sans me causer quelque souci. En effet, lorsqu'on s'adresse à des gens s'occupant de lutte antituberculeuse, il est habituel qu'on traite un problème de leur spécialité. J'ai néanmoins pris la liberté de m'écarter de cette coutume, parce que la tuberculose pulmonaire est en train de perdre dans notre pays son caractère de fléau social. Ceci ne veut pas dire que nous devons relâcher nos efforts pour la prévention et le traitement de cette maladie, car nous avons encore à faire à un nombre considérable de cas chroniques pour lesquels le problème reste entier tant en ce qui concerne le malade lui-même que son entourage. L'importance de la Ligue contre la Tuberculose reste donc intacte.

D'une part donc, une maladie telle que la tuberculose est en voie de disparaître ou du moins de prendre des proportions notablement diminuées. D'autre part, cependant, nous assistons à une augmentation du nombre de certaines autres affections telles que les maladies allergiques et les maladies cancéreuses, pour ne citer que celles-ci, évolution qui n'est pas nouvelle dans l'histoire de la médecine. Ainsi dans nos régions, nous ne connaissons le choléra ou la peste que par les chroniques anciennes. Parmi les maladies actuellement devenues rares, citons la diphtérie et, dans le cadre de celles qui nous intéressent plus particulièrement, la pneumonie dite lobaire franche aiguë.

Aussi me suis-je proposé de vous parler ici de ce qu'on appelle communément le cancer du poumon, en me basant sur mon expérience personnelle.

---

\* Conférence faite au cours de l'Assemblée Générale de la Ligue Luxembourgeoise contre la Tuberculose, le 24. 10. 1959 à Echternach.

Soulignons de prime abord que le cancer du poumon est en fait un cancer des bronches, parce qu'il se développe aux dépens de l'épithélium bronchique. Quand il est situé périphériquement comme dans environ 1/5 des cas, on parle de cancer bronchiolaire ou distal; par contre, quand il se déclare centralement, c'est-à-dire dans les grosses bronches, il est appelé cancer bronchique tout court ou cancer hilair.

Pour ce qui est de l'incidence de la maladie cancéreuse en général, nous devons nous attendre au Grand-Duché à environ 500 à 600 cas annuels nouveaux. A peu près 150 cas sont des cancers bronchiques primitifs. Ces chiffres sont basés sur des statistiques, établies dans d'autres régions occidentales, ramenées au nombre de la population de notre pays.

Nous voyons donc annuellement presque autant de cas nouveaux de cancer du poumon que de tuberculose pulmonaire. Cette évaluation semble corroborée par les cas que j'ai explorés moi-même (117 en 1958). Il faut ajouter que je suis loin de traiter les malades de l'ensemble de notre territoire, abstraction faite en outre des cas qui aboutissent à la mort sous une étiquette erronée.

L'augmentation de l'incidence du cancer bronchique est à la fois apparente et réelle. Apparente, à cause de nos méthodes d'investigation affinées et de la spécialisation médicale. Il y a du vrai dans la boutade: c'est le spécialiste qui crée les maladies.

Mais l'augmentation de l'incidence est aussi réelle. Elle s'explique en partie par le vieillissement de notre population. En d'autres termes, grâce aux progrès de la médecine préventive et de la thérapeutique, les gens vivent en moyenne plus vieux, et atteignent ainsi l'âge dit cancérogène qui commence à 40 ans et atteint son maximum vers 55 à 66 ans, du moins pour le cancer bronchique.

D'autres facteurs encore sont rendus responsables. Je m'abstiendrai de les énumérer, parce que les opinions sur la cause véritable diffèrent trop. Un plaisantin a affirmé qu'il y a 20 ans nous ignorions la cause du cancer, qu'il y a 5 ans nous croyions la connaître (allusion aux statistiques incriminant la consommation de cigarettes), et qu'aujourd'hui nous savons de nouveau que nous ne savons rien. «La science est un cimetière de théories». A mon avis, ceux qui admettent une étiologie multiple sont le plus près de la vérité.

A cette occasion il est à remarquer que le cancer constitue un problème non pas statistique, mais biologique. La statistique joue, certes, un rôle auxiliaire, mais comme arbitre de questions biologique elle conduit inévitablement à un désastre scientifique.

Combattre une maladie dont la cause reste mystérieuse est une entreprise malaisée où les perspectives de succès sont forcément réduites.

Si nous ne faisons rien ou si nous ne pouvons plus rien faire, parce que le processus est trop étendu, le malade a une survie moyenne d'environ cinq mois et demi à partir du jour où le cancer a été diagnostiqué.

Selon ma propre expérience, les moyens médicamenteux comme les médications antimétaboliques ou hormonales n'augmentent pas sensiblement la survie. Les malades les refusent d'ailleurs souvent à cause des effets secondaires désagréables. Je préconise pour cette raison plutôt un traitement purement symptomatique, ne fût-ce que dans le but de soutenir le malade moralement.

Pour ce qui est de la radiothérapie, elle m'a fait faire les constatations suivantes. Lorsqu'elle est appliquée à l'exclusion de tout autre médicament ou acte opératoire, elle peut entraîner une amélioration locale, sans pour autant empêcher les métastases. Dans quelques cas isolés, nous avons pu obtenir des résultats plus durables, mais à la longue les perspectives sont décevantes. Aussi n'avons-nous eu recours à la radiothérapie que pour soulager le malade provisoirement, par exemple dans des tableaux de compression, ou encore comme traitement préopératoire. Nous avons espéré de cette façon isoler la région opératoire et agir sur des adénites cancéreuses de voisinage. Nous avons donc toujours évité d'appliquer la radiothérapie en guise d'extrême onction dans les cas désespérés.

Venons-en à la chirurgie du cancer bronchique (20 pour cent des cas). Je ne dispose pas d'un recul suffisant, c'est-à-dire d'au moins 5 ans, pour parler de guérisons définitives. Nos indications étaient prudentes, pour ne pas discréditer la méthode opératoire, car les mauvaises indications donnent aussi de mauvais résultats. Dans des cas isolés, le recul est maintenant de 3 à 4 ans. Nous avons cependant perdu la plupart de nos opérés entre la première et la deuxième année, par récurrence du processus malin. La mortalité opératoire fut d'environ 20 pour cent, y compris la période de la mise au point de la méthode opératoire. Sur nos derniers 25 cas nous enregistrons seulement deux pertes opératoires. On peut estimer que sur 100 opérés, 10 à 20 malades, selon la sélection pratiquée, seront encore en vie après 5 ans.

Voici donc un relevé certainement décevant, mais il correspond aux résultats obtenus pour d'autres cancers (estomac, sein etc.). N'est-il pas tragique que sur 100 nouveaux cancers du poumon non sélectionnés et traités par les moyens actuellement disponibles, 2 ou tout au plus 3 malades sont encore vivants après 5 ans? Nous n'avons jamais vu pareil désastre dans la tuberculose, même à l'époque la plus sombre de son histoire.

On en arrive vraiment à se poser la question: la lutte actuelle contre le cancer du poumon est-elle sans espoir?

Nous répondrons par l'affirmative. La raison de cette faillite tient au fait que nous ne connaissons pas encore l'adversaire et que la lutte actuelle n'est pas organisée.

De nos confrères qui travaillent avec acharnement dans la recherche scientifique, nous nous attendons en conséquence à ce qu'ils démasquent l'«ennemi public», qu'ils mettent au point une réaction sérologique de dépistage précoce, et enfin qu'ils nous fournissent une arme chimique révolutionnaire. Jusqu'à la réalisation de ces vœux, le traitement chirurgical reste la seule arme et cela seulement au stade de début du processus cancéreux.

Notre devoir exige que nous organisions la lutte, car lorsque je parcours mes 400 cas, je constate avec regrets que 4/5 étaient de prime abord inopérables pour des raisons diverses, le plus souvent attribuables au cancer lui-même.

La raison principale en est le *retard* avec lequel on s'attaque à la maladie.

En effet, les symptômes sont banaux, surtout au début. Le malade se contente le plus souvent d'attribuer la toux aux cigarettes, et le médecin parle de bronchite chronique. Les deux ont provisoirement raison, pendant un certain temps, et ainsi s'écoulent en règle générale environ 6 mois. Entre-temps le cancer évolue à bas bruit, car c'est au fond une maladie chronique.

Dans d'autres cas la radiologie attire l'attention sur des anomalies à propos desquelles un diagnostic précis ne peut pas être affirmé. Ce qui arrive alors le plus souvent, c'est que l'on demande au malade de revenir dans trois semaines pour un cliché de contrôle. On perd donc de nouveau au moins trois semaines. Souvent le malade ne revient que beaucoup plus tard ou même pas du tout, car il n'a pas constaté de modification ni d'aggravation de son état subjectif et juge inutiles des examens répétés.

Si le malade finit quand-même par se présenter dans le cabinet du bronchologue, on doit s'attendre à ce que le cancer ne puisse pas être prouvé avec certitude par la biopsie ou le cytodagnostic (80 pour cent de diagnostics positifs pour les néos centraux, 30 pour cent pour les néos périphériques). Un examen bronchologique négatif n'est donc pas un passeport pour un avenir broncho-pulmonaire normal. Et que de fois il est difficile, tant pour le médecin traitant que pour le spécialiste, de conseiller un acte chirurgical, sans parler du malade, qui n'est que partiellement renseigné sur ce qui se passe! Et cependant, je dois préciser que pour une période de 7 ans je n'ai poussé que deux fois à l'intervention dans des cas où le diagnostic s'est révélé erroné pendant ou après l'opération. Je n'ai pas eu à regretter ces interventions, car dans le premier cas il s'agissait d'un abcès chronique et dans le second cas d'une pneumonie

chronique, donc d'affections qui de toute façon appelaient un acte chirurgical.

C'est contre cet attentisme qu'il faut réagir par l'information du public et du corps médical. Il ne suffit pas de mettre vaguement une fois par an, lors des réunions publiques de la Croix Rouge, le doigt sur cette plaie. On doit s'adresser de manière répétée à la population toute entière, par des allocutions radio-diffusées et télévisées, par des tracts etc. Le spécialiste doit faire comprendre aux praticiens que pour porter un diagnostic de maladie cancéreuse on doit d'abord y penser, surtout lorsqu'il s'agit d'un homme âgé de plus de 40 ans.

D'autre part, nous pouvons influencer favorablement sur nos résultats en nous organisant mieux pour porter un diagnostic précoce. L'Américain Overholt a à son actif 40 pour cent de survie après 5 ans dans des cas diagnostiqués précocement, et c'est là un résultat remarquable. Cette organisation devrait être créée de toutes pièces, par exemple dans le cadre des dispensaires, qui recevraient tous les moyens de diagnostic nécessaires. Ainsi les malades qui y ont recours éviteraient d'être rapidement classés comme cancéreux. En effet, s'il est un mot tabou dans notre langage, c'est bien celui de cancer. Je préconise ici – exceptionnellement, et cela parce qu'il s'agit d'une maladie à portée sociale – la médecine de groupe par opposition à la médecine individuelle. Le travail effectué dans les dispensaires n'a-t-il pas aussi fourni la base des conceptions modernes en matière de tuberculose pulmonaire? Le même résultat pourrait éventuellement être obtenu dans le domaine du cancer. Ne faisons que mentionner ici la déclaration obligatoire et l'établissement de statistiques, le rôle de l'assistante sociale dans la lutte anticancéreuse (problèmes d'organisation, problèmes professionnels, problèmes financiers, problèmes sociaux préexistants etc...)

Un autre point à incriminer dans nos résultats défavorables est l'absence actuelle de certains appareils devant servir dans les périodes pré-, per- et postopératoire. La mortalité de 20 pour cent est le plus souvent à mettre sur le compte de l'hypercapnie par insuffisance respiratoire. Dans d'autres circonstances, l'absence des appareils auxquels il a été fait allusion force le chirurgien à s'abstenir, sans que le cancer lui-même y soit pour quelque chose. Je cite par exemple la nécessité de disposer d'un appareil d'Engström chez les emphysémateux.

Des considérations budgétaires interviennent donc aussi. Cet équipement devrait être réuni dans des centres à créer, par analogie avec les sanatoriums. Car c'est un fait que le succès de la lutte antituberculeuse a été axé sur la cure sanatoriale bien organisée et de longue haleine. Pourquoi n'agirait-on pas de même pour le cancer du poumon? Nous autres médecins, nous ne serions plus alors nécessairement obligés de cacher le diag-

nostic aux malades, surtout si les résultats thérapeutiques s'améliorent considérablement, de même que nous ne faisons plus au tuberculeux pulmonaire la nature de sa maladie.

J'ai essayé de vous broser un tableau de l'état actuel de notre lutte contre le cancer des bronches. Ce tableau n'est pas rassurant, hélas! mais dans les autres pays il en est de même.

J'ai osé faire quelques timides suggestions pour la réorganisation de la lutte actuelle contre le cancer. Je sais que la situation, que j'ai esquissée, est désastreuse; mais les résultats insuffisants doivent également être publiés, afin que nous en tirions un stimulant pour activer notre combat, trop longtemps inégal.

*Toutes les indications des Citrates et de la Choline*

**CITROCHOLINE**

2 FORMES  
Granulé effervescent  
Ampoules buvables

**Goût agréable**

LABORATOIRES THÉRICA-NEUILLY, PARIS

Représentation pour le Grand-Duché:

**Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S. A.**  
23, Coin rue Mercier et rue Wedel - LUXEMBOURG - Téléphone 276 46

Deux complexes idéaux pour la  
**GERIATRIE** et toutes  
polycarences dues au  
déséquilibre nutritionnel

## **GEVRAL**

25 éléments vitaminiques et  
minéraux en proportions  
judicieusement équilibrées

## **GEVRINE**

complexe vitamino-minéral avec  
apport d'œstrogènes et  
d'androgènes

---

**POSOLOGIE:**  
une seule capsule par jour

Présentation: **GEVRAL**: flacon de 30 et 100 capsules  
**GEVRINE**: flacon de 30 capsules

---

**LEDERLE BELGE** Place de Luxembourg - BRUXELLES 4  
S.A. Téléphones: 12.23.38 - 12.23.53 - 12.23.85

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

*American Cyanamid Company*

30, Rockefeller Plaza - New York 20 (N.Y.)

# PRODUITS MACK

---

## **Forapin**

l'antirhumatismal à teneur standardisée en  
venin d'abeilles Pommade I  
Pommade II  
Liniment

## **Apifortyl**

Produit à base de gelée royale dont les  
principes actifs ont été relevés au 10000ième  
de leur valeur normale. A recommander dans  
les états de fatigue et d'épuisement de genèses  
différentes, la senescence et les renconvalescences

Boîte à 30 capsules

Boîte à 150 capsules

## **Miramel**

Calmant pour enfants nerveux sous forme de  
miel et produit par les abeilles à partir d'extraits  
spéciaux de plantes à action sédante, renforcé  
par du méthylparafynol.

Verre à 100 gr.

## **Colpan**

Combinaison optimale pour le traitement du  
flour vaginal bactériel ou essentiel, flour à  
à trichomonas, traitement pré- et postopératoire  
en cas de flour.

---

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS:

**Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois**

S. A.

23, Coin rue Mercier et rue Wedel

# L'UTILISATION DE L'IODE RADIOACTIF DANS LES MALADIES DE LA THYROÏDE

## I. DIAGNOSTIC

par Camille KIOES

Les isotopes radioactifs se sont montrés d'une grande utilité pour élucider certains problèmes de physiologie normale et pathologique. On sait que la fonction de la thyroïde est intimement liée au métabolisme de l'iode et que l'iode stable peut être remplacé par son isotope émetteur de rayons.

Il n'est donc pas étonnant que depuis 20 ans l'investigation de la fonction thyroïdienne à l'aide de l'iode 131 soit entrée dans la pratique courante des laboratoires spécialisés et que cet examen puisse actuellement être caractérisé comme «le plus typique et le plus parfait de ceux qui peuvent être effectués».

La vue d'ensemble, que je me propose de présenter ici, reflétera les méthodes désormais classiques, telles qu'elles se profilent dans les publications de ces dernières années. Y seront mêlées également certaines notions que m'a permis d'acquérir un stage suivi dans le laboratoire des radioisotopes de la Faculté de médecine de Nancy.

Le diagnostic des affections thyroïdiennes fournit des renseignements de deux ordres: fonctionnels et morphologiques.

### EXAMEN FONCTIONNEL

#### 1) *La courbe de fixation.*

On obtient une courbe de fixation en faisant boire au malade une quantité bien déterminée d'iode radioactif (50 microcuries). Avant l'administration on mesure l'activité de cette dose sous des conditions qui se rapprochent le plus possible de celles utilisées pour les mesures ultérieures. Ensuite, à des intervalles que la plupart des auteurs ont fixés à 1, 2, 6, 24 et 72 h. après l'ingestion, l'activité est mesurée au-dessus de la glande. Il en résulte la courbe de la figure 1.

Elle se caractérise par trois régions:

A. La montée, d'une inclinaison déterminée, correspondant à la vitesse avec laquelle l'iode est progressivement retiré de la circulation sanguine et fixé au niveau de la thyroïde en vue de la synthèse hormonale.

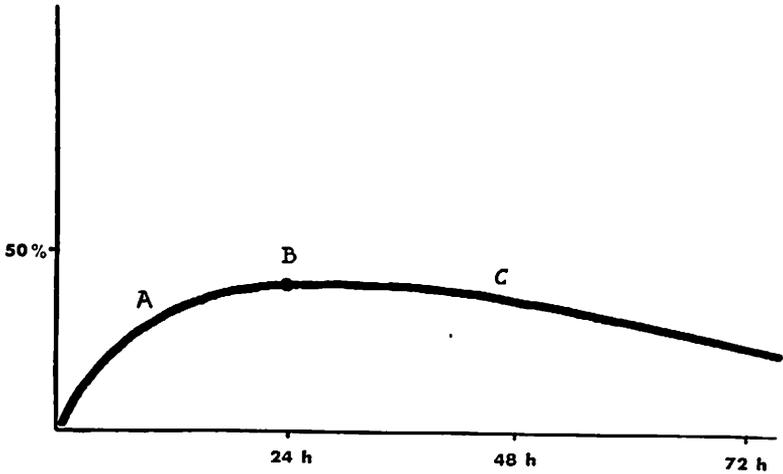


Fig. 1

B. Le maximum.

C. La décroissance progressive, correspondant à la mise en circulation de l'hormone thyroïdienne.

(Remarque: pour établir une courbe pareille il faut naturellement y apporter les corrections qu'implique la décroissance physique de l'iode.)

A titre d'exemple, la figure 2 montre quelques courbes typiques. Elles se distinguent par l'inclinaison plus ou moins prononcée de la partie initiale, par la situation du maximum (horaire et pourcentage), par la persistance plus ou moins prolongée d'une activité notable au niveau de la thyroïde.

1. Courbe normale: le maximum est situé entre 15 et 40 pour cent. Il est atteint après 24 heures.

2. Hyperthyroïdie: montée très raide au début de la courbe. Maximum entre 50 et 90 pour cent atteint en général après 6 heures.

3. Goitre simple avide d'iode: il se caractérise par un maximum nettement plus élevé que la normale mais obtenu avec un léger retard, la courbe ne retombe que très lentement, indiquant par là que l'hormone n'est pas libérée en quantité trop importante.

4. Hypothyroïdie: ici le maximum de fixation est inférieur à 10 pour cent.

5. Il existe une courbe se rapprochant de très près de celle notée dans l'hyperthyroïdie mais à laquelle correspond un métabolisme basal anormalement bas. L'hormone semble être produite en quantité très élevée mais son utilisation périphérique est défectueuse (myxoedème périphérique).

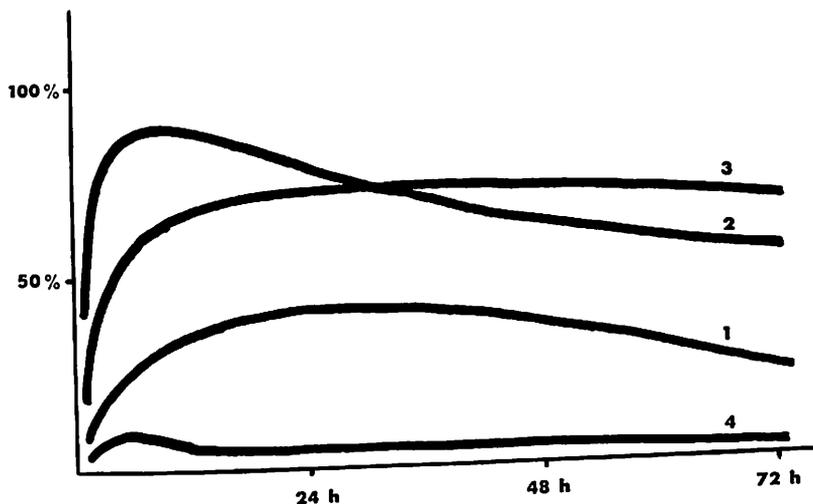


Fig. 2

## II. Le rapport de conversion.

Si l'on veut reconsidérer les courbes obtenues par exemple en cas d'hyperthyroïdie et de goitre simple, on note qu'en beaucoup de points elles sont très rapprochées. En pratique le diagnostic différentiel est malaisé dans un certain nombre de cas et ici un examen complémentaire nous viendra en aide.

Il est en effet possible de doser les valeurs respectives de l'iode 131 inorganique et de l'iode 131 lié aux protéines (PBI = protein bound iodine = iode hormonal) à n'importe quel endroit de la courbe. Pour ce faire, choisissons la 24<sup>me</sup> heure après l'administration de la dose traçante. Une petite quantité de sang est prélevée et centrifugée.

Le sérum total est mesuré quant à sa radioactivité, ensuite on le fait passer par un filtre composé de résines qui fixent l'iode minéral. La mesure du filtrat donne la valeur de l'iode hormonal.

Il va sans dire qu'un faible pourcentage d'iode hormonal plaide en faveur d'un goitre simple même si la courbe de fixation correspondante est très élevée.

Par contre «une valeur du PBI supérieure à 35 pour cent à la 24<sup>me</sup> heure est une indication quasi certaine de thyrotoxicose».

### III. Test à la thyrostimuline.

Il sert à déceler l'origine hypophysaire d'une hypothyroïdie. Si une fixation anormalement, basse est sensiblement augmentée après administration de TSH la preuve d'une déficience hypophysaire est faite.

## EXAMEN MORPHOLOGIQUE

Ici nous poursuivons un double but: d'un côté nous voulons obtenir des renseignements sur la structure de la thyroïde et notamment sur la présence éventuelle de zones hyper- ou hypo-actives guidant vers le diagnostic de nodules toxiques, de kystes ou de noyaux néoplasiques; d'un autre côté nous cherchons des bases d'appréciation du volume thyroïdien, renseignement nécessaire à la détermination de la dose thérapeutique.

Deux méthodes, légèrement différentes, y conduisent.

### I. Le scanning ou photoscanning.

C'est un moyen élégant, rapide, mais très coûteux.

### II. La cartographie.

Pour obtenir une carte de la thyroïde il faut balayer l'aire, thyroïdienne par un compteur spécialement collimé et relever point par point, l'activité de la région.

Le compteur est fixé à un pantographe qui reporte les différentes valeurs sur un quadrillage préétabli. Les mesures terminées, on relie les points isodoses par un trait circulaire. La ligne isodose 30 pour cent correspond à la limite anatomique de la thyroïde et donne par conséquent sa projection de surface. Partant de cette valeur il est possible de calculer le volume avec une marge d'erreur tolérable.

D'un autre côté la méthode permet de mettre très clairement en évidence des zones d'activité différente (fig. 3 et fig. 4).

## PRÉCAUTIONS ET DOSES

Les renseignements que fournit la fixation iodée ne sont valables que si l'on observe certaines *précautions* concernant l'absorption antérieure de médicaments iodés ou thyrospécifiques.

En cas de thérapeutique iodée (Lugol, Enterovioforme, etc.) l'examen fonctionnel ne peut être effectué qu'un mois après cessation du traitement. Il en est de même après thyroxine, cortisone, ACTH, PAS.

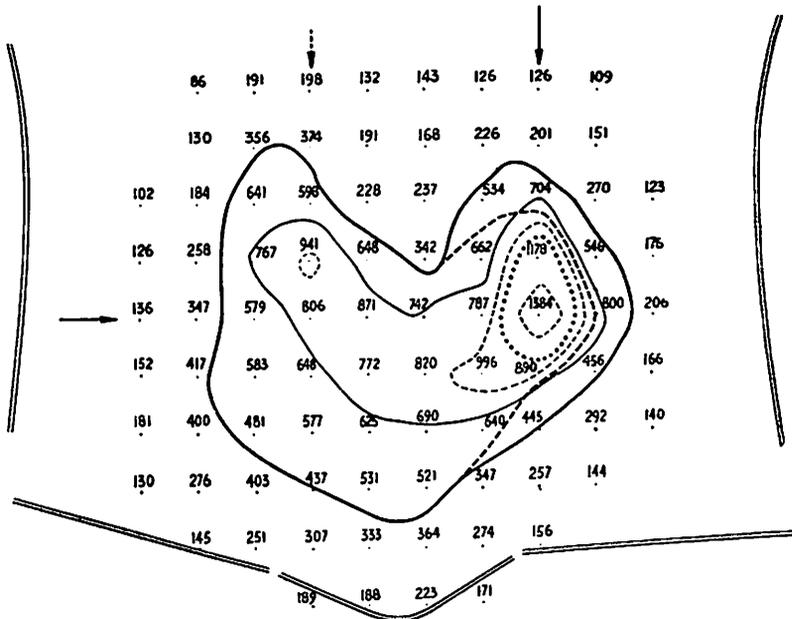


Fig. 3.

Lobe toxique à gauche (d'après: J. Martin, *La cartographie thyroïdienne*, thèse Nancy 1958, p. 162).

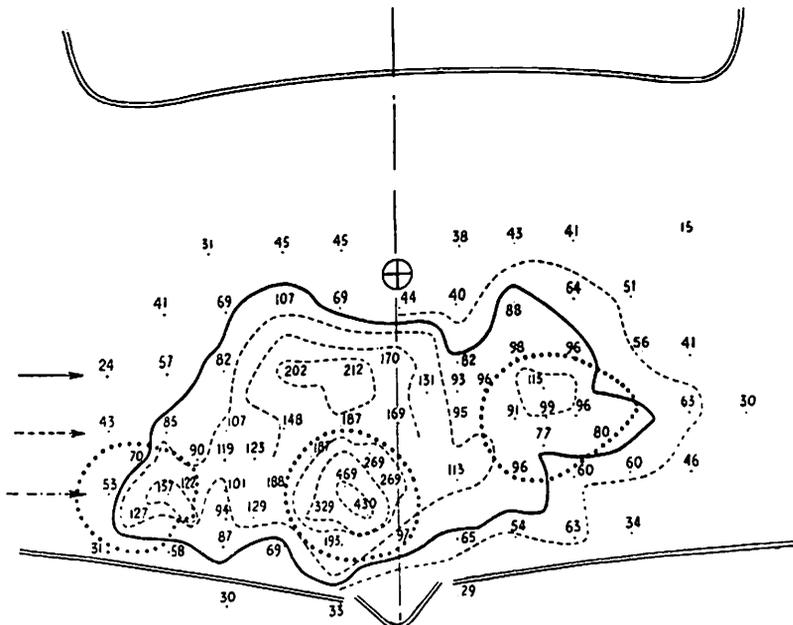


Fig. 4.

Thyroïde multinodulaire très remaniée (d'après: J. Martin, *La cartographie thyroïdienne*, thèse Nancy 1958, p. 179).

Les antithyroïdiens de synthèse exigent un délai d'au moins 15 jours.

Certains contrastes iodés utilisés p. ex. pour la cholécysto- ou l'urographie peuvent exiger un délai de deux mois. Le lipiodol perturbe les réactions pendant plus d'une année.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le *métabolisme basal* n'est pas devenu inutile du fait de ces investigations plus précises. Il fournit en effet un complément de renseignements souvent indispensables, puisque lui seul donne une idée de l'utilisation périphérique de l'hormone.

Pour terminer il ne sera pas inutile de dire un mot sur les *doses de radioactivité* que nous utilisons.

Il est plus que jamais indispensable que chaque médecin ait des notions très claires à ce sujet puisque n'importe qui a le droit d'avancer et de publier des idées alarmistes de pure fantaisie, et que certains malades ont des préjugés qu'un devoir d'honnêteté intellectuelle nous conseille de leur faire abandonner.

L'iode 131 a une période de 8 jours, c'est-à-dire qu'en 8 jours 50 pour cent de la quantité initiale sont détruits par suite du rayonnement.

La dose diagnostique habituelle est de 50 microcuries = 0,05 millicuries.

Bercy a trouvé pour 10 millicuries d'iode 131 une dose au niveau des ovaires de 1,64 r (r = Roentgen).

Nos 50 microcuries correspondent donc à 0,008 r.

Or, voici d'après le récent «rapport du Comité scientifique des N.U. pour l'étude des effets des radiations» les doses ovariennes pour certains examens courants:

graphie du bassin	1,2 r
urographie	2,1 r
hystérographie	1,7 r

Ces examens, dont la parfaite innocuité est amplement prouvée, apportent donc une dose de rayons à peu près 200 fois supérieure à celle de l'iode 131.

Notons en outre que le taux de concentration de l'iode dans le sang par rapport à celui dans la thyroïde est en moyenne de 1 à 10.000 et que l'iode 131 ne peut avoir aucun effet clinique ou pharmacodynamique puisque les 50 microcuries sont fournis par 0,00002 milligrammes d'iode.

## BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie détaillée sera publiée à la fin de la deuxième partie de ce travail.



---

Sédatif d'éclat jouissant d'une action heureuse et complète. Produit moderne et rationnel dans le traitement des syndromes névropathiques.

**P a s s i f l o r e  
B r o m u r e s  
P h é n y l é t h y l m a l o n y l u r é e  
E u p e p t i q u e s d i g e s t i f s**

Produit présente d'après un critérium médical. Aucune allusion à l'emploi de bromures. Aucune expression non convenable aux profanes.

**I N S O M N I E S  
I N Q U I E T U D E  
A N X I E T É  
I R R I T A B I L I T É  
É M O T I V I T É  
S P A S M E S , C H O R É E  
T R O U B L E S N E R V E U X  
D E L A M E N O P A U S E , e t c .**

# SEDORINA OMIKRON

Parfaite réalisation de la synergie médicamenteuse la plus complète et rationnelle. Action certaine. Maximun de tolérance.

Littérature et échantillons :

Agent: Ste OMIKRON-GAGLIARDI - 9, rue de la Grosse Tour - Tél. 12.82.43 - BRUXELLES

---

*Variköser Symptomenkomplex*

**Periphere Zirkulationsstörungen**

**Varizen**

**Thrombose**

**Thrombophlebitis**

**Varef-99**

Linolsäure + Extr. Hippocast. (Vit. P) + Synergisten

*O. P. zu 20 Kapseln O. P. zu 50 g Salbe*

«Die ausgezeichnete Wirkung des VAREF-99 beruht auf dem vorliegenden Synergismus der verschiedenen biologischen Substanzen.» (P. Janson: Hippokrates, Heft 13, 1958.)

*Literatur und Muster auf Wunsch*

**Diva Laboratorien AG, Zürich 37, Schweiz**

**Vertretung für Luxemburg:**

**Integral S.A., 61 Rue de Strasbourg,**

**Luxembourg, Tél. 235 26**

# LES ALLERGIES EN DERMATOLOGIE

par Alfred EICHHORN \*

Vouloir épuiser le sujet des allergies en dermatologie en une seule conférence, est évidemment chose impossible. Je m'efforcerai d'en brosser les grandes lignes, de citer les faits acquis à l'heure actuelle, et d'insister avant tout sur les applications pratiques. Je ne m'arrêterai pas à tout un groupe de dermatoses rares que les auteurs classent encore actuellement parmi les allergies, faute de mieux.

Schématiquement<sup>2</sup>, nous pouvons dire que l'aspect clinique d'une dermatose allergique varie selon la couche du tégument où la réaction a lieu.

Si l'*épiderme* est en cause, le malade réagit en faisant un eczéma (évidemment avec ses multiples variantes).

Lorsque les réactions allergiques se passent dans les vaisseaux du *derme* ou de l'*hypoderme*, il se développe une urticaire ou des nodules.

Les différentes couches de la peau peuvent réagir ensemble, ce qui nous donnera des images cliniques plus complexes. L'organe de choc peut aussi être le sang circulant, nous trouverons alors, à la suite des phénomènes allergiques, une chute des thrombocytes qui se déclarera éventuellement comme purpura. Ou bien, il se développe une agglutination des leucocytes qui peut mener à une agranulocytose.

Les tests servant à découvrir l'agent causal, doivent être adaptés à la maladie particulière.

## QU'EST-CE QUE L'ALLERGIE?

On admet que l'allergie est une réaction de défense de l'organisme contre des substances diverses, animales, végétales ou minérales. Ces manifestations sont sans rapport avec la toxicité de ces substances et la réaction individuelle du malade doit être incriminée.

Si quelqu'un se brûle les doigts par la feu ou par un corrosif, il sait d'où provient son mal puisque les lésions cutanées suivent

---

\* Conférence faite à l'Hôpital d'Esch, le 29 mai 1959.

immédiatement le contact morbide. Ici, nous ne pouvons pas parler d'une allergie. Mais il existe des poisons lents pour les téguments. Ainsi par exemple, un peintre en bâtiment ou un boulanger de 45 à 55 ans voit apparaître une éruption cutanée après avoir travaillé de longues années dans sa profession. Ici, nous pouvons soupçonner une allergie.

Le problème des dermatoses professionnelles avec l'obligation du changement de profession serait moins grave si l'apprenti en était atteint dès le début de son activité, il pourrait alors plus facilement changer de métier. Malheureusement, il s'agit ici de substances qui font réagir la peau seulement à la longue, et qui usent la résistance individuelle seulement au bout d'un temps plus ou moins long. A ce moment le *seuil de sensibilisation* sera dépassé.

Depuis Hippocrate on connaît le phénomène de l'*idiosyncrasie*. Celle-ci constitue une sensibilité innée, congénitale, contre différentes substances. L'allergie, telle que nous la concevons, n'est, au fond, qu'une idiosyncrasie acquise.

Nous admettons<sup>4</sup> donc que les dermatoses allergiques sont des phénomènes de sensibilisation et de défense de l'organisme.

Les *postulats de von Pirquet* de 1906 n'ont, aujourd'hui, pas encore perdu de leur valeur. Les voici:

- 1) Un premier contact ou un contact répété, parfois pendant de longues années avec un antigène;
- 2) Une période d'incubation de durée variable;
- 3) Un contact déchaînant.

La réaction résulte de la fixation d'un antigène sur un anticorps. Le siège de cette réaction antigène-anticorps est *intracellulaire*. Jusqu'à ces dernières années, on admettait que les anticorps restaient fixés dans les cellules malpighiennes et dans les cellules du derme. De nombreuses expériences ont montré que la sensibilisation ne peut pas se faire de proche en proche, à partir du lieu de contact sur le reste des téguments. De récentes études ont montré que pour qu'il y ait sensibilisation, il faut qu'une certaine quantité de substances allergiques arrive par les voies lymphatiques aux ganglions lymphatiques. Le système nerveux végétatif ne semble pas jouer de rôle primordial.

Les expériences sur des cobayes sensibilisés ont montré que les anticorps sont charriés par les lymphocytes et par les monocytes, et fixés par la suite dans le système réticulo-endothélial et dans les cellules malpighiennes. Chez l'homme, la démonstration des anticorps n'a pu être faite que tout récemment. La preuve a pu être fournie par le test de sensibilisation passive de Prausnitz-Kustner. Pour réaliser ce test, on fait une injection intradermique de 0,1 à 0,2 ml de liquide bulleux ou de sérum sanguin d'un sujet sensibilisé à une personne non sensibilisée.

On attend 24 heures. Ceci sert à la fixation des anticorps dans les téguments du receveur. Puis, on fait au même endroit, une intradermo avec l'antigène. Quinze à trente minutes après cette injection, on constate une papule urticarienne, si la réaction est positive. Toutefois, ce test n'est applicable que s'il s'agit de *protéines* allergisantes. Les autres substances ne donnent pas de réaction.

### COMMENT POUVONS-NOUS CONCEVOIR LE PHENOMÈNE DE SENSIBILISATION?

L'antigène est donc d'ordinaire une substance étrangère à l'organisme, et appartient au milieu extérieur. En contact avec les tissus, il pénètre dans les cellules et provoque la formation d'un composé tissulaire, d'un anticorps susceptible de se combiner spécifiquement c'est-à-dire chimiquement avec lui. L'élaboration intracellulaire de l'anticorps exige un certain temps, c'est l'incubation. Lors d'une prochaine introduction de l'antigène, celui-ci se fixe à l'intérieur de la cellule sur l'anticorps. Cette fixation, d'après Delarray, se produit « sous la dépendance d'attractions électriques, aboutissant à une décharge et à la perte de stabilité des corps en présence ». Ceci est à la base des modifications physico-chimiques du cytoplasme (cytoclasié de Widal). Ainsi sont provoqués les troubles du métabolisme protoplasmique qui aboutissent à la nécrose, et qui se traduisent par des altérations structurales de l'édifice cellulaire. Ces modifications physico-chimiques du cytoplasme, de certaines protéines et des nucléoprotéines, issues de la cellule cytoclasiée, déclenchent alors l'exocytose, l'exosérose et l'infiltrat cellulaire.

Cette réaction est *épidermique* dans les lésions type eczéma ou *dermique* avec formation de nodules ou de tubercules dans les lésions type prurigo. La boule d'oedème dermique de la papule urticarienne est d'origine purement histaminique et semble se former en dehors de tout choc cellulaire. Il y a bien de l'exosérose mais pas d'infiltrat cellulaire, sauf une éosinophilie plus ou moins marquée.

Le phénomène de cytoclasié que je viens de décrire, provoque au sein même des tissus, la libération d'une certaine quantité d'histamine ou d'une substance histaminoïde, c'est-à-dire une base aminée. Cette base est capable, par voie axone réflexe, de déclencher le prurit et de la même façon déclenche une vasodilatation artério-capillaire, c'est-à-dire l'érythème. Desaux<sup>4</sup> pense que l'histamine, corps basique, est produit généralement en excès et sert à combattre l'acidose tissulaire due à la cytoclasié. Cet excès de base déclenche ainsi une partie des symptômes cliniques.

Récemment, différents auteurs, (d'après les observations cliniques) pensent que la réaction antigène-anticorps se produit

seulement en présence d'un haptène ou catalyseur. Ce catalyseur peut être d'origine physique (rayons, chaleur, froid, pression) ou d'origine chimique, apporté à l'organisme ou produit par celui-ci. La nature en reste toutefois inconnue. Cette théorie expliquerait les réactions morbides inconstantes, et d'un autre côté, les tests souvent négatifs.

### QUELLES SONT LES SUBSTANCES POUVANT DÉCLENCHER UNE ALLERGIE?

Il y a d'abord les *antigènes types* comme le bacille de Koch et ses toxines qui déclenchent l'allergie chez tout individu dont la réactivité cutanée est normale. Puis, il y a les *antigènes conditionnels*. A l'occasion, nombre de substances étrangères à l'organisme sont susceptibles d'exercer une fonction antigénique. Elles provoquent l'état, puis la dermatose allergique, à condition d'être introduites dans une peau prédisposée. En pratique, toute substance, quelle qu'en soit la nature et même la plus anodine, peut être soupçonnée d'avoir joué un rôle antigénique.

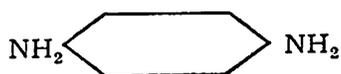
L'importance de la réaction allergique dépend:

- a) de l'intensité de l'exposition à l'allergène;
- b) du degré de la sensibilité existante;
- c) de la durée;
- d) de la fréquence de l'exposition;
- e) de l'endroit particulier du tégument exposé.

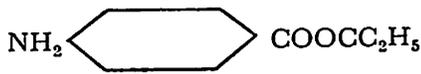
La condition chimique<sup>1</sup> des antigènes est une question particulièrement complexe qui a attiré, ces dernières années, l'attention de divers chercheurs. La spécificité de l'antigène semble due à un ou plusieurs groupements chimiques contenus dans la molécule, la répartition des charges électriques dans la molécule jouant un rôle de premier plan.

Autrefois, on admettait que, ayant pu incriminer une certaine substance comme allergogène, le malade n'avait qu'à éviter le contact pour être soulagé. Mais, récemment, on a découvert que, très souvent, lors d'une sensibilisation à une certaine substance, le sujet peut s'être sensibilisé à toute une série d'autres substances chimiquement apparentées. C'est la «cross sensitization» des Anglo-Saxons. A titre d'exemple, lorsqu'on compare les substances suivantes: paraphénylènediamine, benzocaïne, procaïne et sulfanilamide, leur caractéristique est la position en «para» du groupement amine (NH<sub>2</sub>) vis-à-vis des autres radicaux attachés au noyau benzolique. (Fig. 1).

Donc, la dame qui s'est sensibilisée chez son coiffeur, lors d'une permanente à la «para-» risque des accidents lors d'une anesthésie locale (à la benzocaïne ou à un dérivé de cette sub-



paraphénylènediamine



benzocaïne



procaïne



sulfanilamide

Fig. 1

stance), ne supporte plus la pénicilline à la procaïne et s'expose à des ennuis en usant de sulfamides, sous toutes les formes.

Sidi<sup>8</sup> est d'avis qu'il n'existe pas de substances chimiques minérales, végétales ou animales, qui ne puissent à l'occasion déclencher une allergie. Nous serions donc plongés dans un véritable bain d'allergogènes, et il est étonnant que nous n'y soyons pas tous noyés.

Même si n'importe quoi peut à l'occasion déclencher une allergie, il y a cependant des substances plus particulièrement aptes à la provoquer. En outre, heureusement nombre d'individus échappent à la sensibilisation.

En clientèle, pour déceler les causes d'une allergie, il faut parfois jouer au détective, et même un interrogatoire serré n'arrive pas toujours à un résultat.

Quant aux ingesta, nous arrivons encore assez facilement à nous repérer. Nous connaissons tous l'action sensibilisatrice de certains aliments (poissons, crustacés, conserves, fraises, champignons etc.), de certains médicaments (arsenic, iode, mercure or, soufre, antipyrine et ses dérivés, les hypnotiques et surtout les vaccins, les sérums et les antibiotiques).

Comment nous retrouver parmi les innombrables substances pouvant déterminer une allergie par contact cutané?

Cet homme est sensibilisé à la substance plastique du volant de sa voiture, au cornet de son téléphone, à la monture de ses lunettes, au cuir de son chapeau ou de son bracelet-montre. Cet autre est sensibilisé à la teinture des cheveux ou au rouge à lèvres de sa femme. Cette femme présente un eczéma des paupières dû au vernis de ses ongles. Cette autre vient consulter pour un placard d'eczéma éminemment récidivant de la nuque. Finalement, on découvre que cet eczéma est dû à une teinture de moustache! Je pourrais ainsi multiplier les exemples.

#### QUELLES SONT LES VOIES PAR LESQUELLES UN ORGANISME PEUT DEVENIR ALLERGIQUE? 4

- 1) Les contacts répétés de la *peau* ou des *muqueuses* avec l'antigène;
- 2) Les *ingesta*: aliments ou médicaments pouvant déclencher une allergie par voie digestive;
- 3) L'*inhalation* de substances nocives (selon l'adage: «le nez sent, la peau réagit»);
- 4) L'introduction *parentérale* par injection médicamenteuse.

Ce qui nous intéresse surtout ici, c'est de savoir comment un antigène mis en contact avec les téguments arrive à y pénétrer. Il doit en effet passer au travers des couches cornées, «cloison inerte et morte». L'épiderme est imprégné et recouvert de sueur et de matières grasses, ce qui constitue le fameux «*manteau hydro-graisseux acide du corps*», de Marchionini. Le pH en est acide et varie entre 5,3 et 5,5.

Tantôt c'est ce manteau hydro-graisseux acide épidermique lui-même qui apporte les produits et crée le pH nécessaire à la transformation en dérivés antigéniques de la substance chimique apposée sur la peau, ou qui facilite la pénétration d'un antigène. Quelques épidermites ne se produisent que sur la peau en sudation. Certaines substances ne sont absorbées que par les peaux grasses. Tantôt la pénétration de l'antigène est réalisée grâce aux altérations physiques ou chimiques du manteau hydro-graisseux acide. L'insuffisance des sécrétions cutanées, la sécheresse de la peau (ichtyose), le décapage par des substances dégraissantes souvent se joignent aux traumatismes (brossage savonneux du chirurgien) à la macération (séjour prolongé dans l'eau des mains des blanchisseuses), au froid, à la chaleur etc. Enfin l'absence des soins de propreté chez la plupart des ouvriers pendant leur travail, permet le contact prolongé de la substance nocive et favorise la pénétration de l'antigène. Très souvent la substance nocive pénètre dans les collets folliculaires. On constate alors la prédominance de lésions péri-folliculaires.

## COMMENT SE PRÉSENTE LA MÉTHODE DES TESTS?

Il faut adapter le test à l'aspect clinique de la maladie. Voici un tableau du Professeur Burkhardt<sup>2</sup> de Zurich:

<i>Maladie</i>	<i>Localisation</i>	<i>Test</i>	<i>Anticorps</i>	<i>Désensibilisation</i>
eczéma de contact	épiderme	épicutané (patch)	pas possible	difficile sinon impossible
urticaire	derme	scarific. ou intraderm.	possible (P.K.)	possible
prurigo infantilis névrodermites	derme	scarific. ou intraderm.	possible (P.K.)	parfois possible
purpura thrombocytopén.	sang + capillaires	thrombocytopénie	?	pas possible
exanthèmes médicamenteux	derme + hypoderme + sang & capillaires	intradermo + thrombocytopénie provoquée	possible	pas possible

Pour pratiquer un test *épicutané*, l'antigène ne doit pas être caustique. Un acide ou une base concentrée provoquerait une brûlure et non un phénomène de sensibilisation. Il est préférable d'employer, si possible, les substances suspectes que le malade apportera, par exemple, de son lieu de travail. On les appliquera dans la concentration et le plus possible dans les conditions où le malade les utilise ou entre en contact avec elles.

Les *scratch-tests* et les *intradermoréactions* se font par scarifications très superficielles, ou par injections strictement intradermiques, (évidemment avec des substances préparées et stériles en raison du danger d'infection).

Pour parfaire le test de la *thrombocytopénie provoquée* on fera, avant l'expérience, une numération des thrombocytes. Puis on donne au sujet, en ingestion ou en injection, l'antigène présumé. Après 30, 60 et 90 minutes on fait une nouvelle numération des thrombocytes. Si le test est positif, on constatera à la fin de l'expérience une chute des thrombocytes d'au moins 30 pour cent et parfois même plus.

Différentes firmes américaines et anglaises fournissent un assemblage de substances réputées avant tout sensibilisatrices. En Allemagne, la maison Wolf de Düsseldorf fournit un coffret avec de telles substances. Il faut remarquer ici qu'en pratiquant des *tests systématiques* on est parfois étonné de trouver des réactions positives à des substances qu'on ne soupçonnait nullement.

## QUE POUVONS-NOUS ATTENDRE DES TESTS?

Voici un récent tableau de G. Woringer-Frédéric<sup>10</sup> qui pourra servir à nous éclairer.

En 1958 il a testé 231 dermatoses allergiques. Voici ce qu'il a trouvé:

dermites de contact à test positif	134 cas
dermites médicamenteuses	52 ans
dermites professionnelles	73 cas
dermites de contact diverses	9 cas
éruptions probablement de contact ne pouvant être déterminées par tests	59 cas
prurigos	21 cas
urticaires	23 cas

Nous remarquerons que parmi les allergies cutanées les dermites de contact figurent dans ce tableau avec environ 80 pour cent.

Cinquante-deux cas sont dus à l'emploi de médicaments (pommades ou autres) qui, au lieu de guérir une affection, ont déclenché une dermatite allergique.

Soixante-treize cas étaient signés dermatoses professionnelles par des tests positifs.

Cinquante-neuf autres cas, malgré de fortes présomptions quant à leur origine, n'ont pas pu être classés par les tests pourtant soigneusement exécutés.

Voici encore une statistique du service du Dr Tzank de l'Hôpital Saint-Louis de Paris<sup>9</sup>.

Malheureusement elle ne mentionne que des cas à tests positifs. Les chiffres sont tout de même très éloquents.

Sur 313 cas, il y avait:

dermatoses cosmétiques	66 cas
dermatoses vestimentaires et accessoires	18 cas
dermatoses thérapeutiques	103 cas
dermatoses ménagères	20 cas
dermatoses professionnelles	106 cas

Si donc, un test est positif pour *une*, respectivement *plusieurs* substances, tout va bien. Mais, nous avons vu que malgré les présomptions les tests qu'on désirerait voir positifs restent muets. Faut-il en conclure que telle substance n'entre pas en ligne de compte? Non. Peut-être a-t-on fait le test dans une zone cutanée qui n'est pas *sensibilisée*. Le *catalyseur* manque peut-être à cet endroit. Ou bien l'*époque* pour l'exécution du test n'est pas favorable (constipation, règles). Parfois, il s'agit de plusieurs *antigènes devant agir de pair* pour réaliser un test positif. D'autres fois, la *concentration* de l'antigène ne suffit pas

pour déclencher l'action. A d'autres moments, les conditions de *température* (chaud ou froid), les *frictions*, la *pression*, la *transpiration*, les *mouvements* ne sont pas réalisées. La *lumière solaire* peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement d'une éruption allergique.

En tous cas, *la loi* ne prévoit pas l'obligation d'un test positif pour allouer une indemnité lors d'une dermatose professionnelle. De fortes présomptions, comme par exemple trois rechutes, à bref délai, après un arrêt prolongé du travail, chez un ouvrier travaillant avec des substances réputées nocives, peuvent suffire pour être reconnues par les Assurances-Accidents.

Bien entendu, le discernement entre un eczéma constitutionnel et un eczéma allergique acquis lors du travail, est parfois difficile à faire. Surtout que les deux espèces d'eczémas sont souvent intriquées.

Un sujet qui a tendance à faire des eczémas, fait plus facilement une dermite allergique qu'un autre.

Pas toute dermatose, même pas toute dermatose allergique, chez un ouvrier, n'est à considérer comme dermatose professionnelle. Le sujet peut présenter une sensibilisation non professionnelle, médicamenteuse, alimentaire, cosmétique etc. L'antigène peut être une substance qu'il manipule en accomplissant un second travail à l'insu du patron et de son médecin.

Une nouvelle acquisition technique a été annoncée fin 1958 au *Congrès d'Allergologie de Paris*. Nous allons pouvoir diagnostiquer si un malade est allergique à telle ou telle substance. Il nous suffira de faire une prise de sang. Les tests semblent être surclassés par cette méthode. Le D<sup>r</sup> Alec Séhon du Royal Victoria Hospital de Montreal a mis au point en juillet 1958 une méthode utilisée avec succès sur des centaines de personnes. La méthode Séhon est une réaction du sérum sanguin opérée dans des tubes à essais, en mettant le liquide en présence de globules rouges de mouton préparés. Donc, cette méthode ne nécessite plus la présence du malade. On opère à distance et en série, c'est-à-dire que plusieurs dizaines de substances supposées «coupables» sont mises en présence du sérum. La réponse devient facile à obtenir. Le D<sup>r</sup> Halpern de Paris travaille à la mise au point de cette méthode. Toutefois, les auteurs ne précisent pas si on peut aussi faire le diagnostic des allergènes qui ne réagissent que sous des conditions *physiologiques* tout à fait particulières.

#### QUELS SONT LES ANTIGÈNES LES PLUS USUELS? <sup>6</sup>

Citer toutes les conditions et toutes les professions susceptibles d'être sensibilisées serait fastidieux. Je me contenterai d'en citer quelques-unes que nous rencontrons tous les jours en clientèle.

*La femme travaillant dans son ménage* peut réagir à l'eau, à l'eau de Javel, aux savons et surtout aux poudres de savon (Tide, Imi, Ata, Henco, etc.), à la soude, aux pelures de pommes de terre, aux asperges, aux oranges, aux artichauts, aux vêtements teints, à la laine, aux fourrures, au nylon, au caoutchouc synthétique, au nickel des fixe-jarretelles, aux antimites, aux cirages (plancher et chaussures) en raison de la térébenthine qu'ils contiennent, aux plantes (primevères, cactus, géraniums, tilleuls de chambre etc.).

*La femme qui ne fait pas son ménage* est tout un problème... Les produits dits «de beauté» (dentifrices, rouge à lèvres, fonds de teint, crèmes, poudres, démaquilleurs, parfums, eaux de toilette, épilatoires, désodorants, rouge à ongles, savons, fards, produits anti-solaires, brillantines, shampooings, teintures de cheveux, permanentes) peuvent être incriminés. Allons là-dedans trouver le coupable!

Dans différentes professions, de nombreux corps jouent un rôle néfaste.

*Chez les employés de bureau:* les porte-plumes en matière plastique, le cornet du téléphone, les tampons à la couleur d'aniline, les rubans de machine à écrire, le papier carbone, la colle (composée à la formaline), le couvercle du bureau ciré, le savon liquide aux toilettes.

*Chez les boulangers:* la farine, et celle-ci surtout à cause des corrigéants ajoutés (persulfate d'ammonium et de potassium). Ces eczémats sont souvent infectés car la chaleur humide dans ce métier joue un rôle favorisant.

*Chez les pâtisseries:* s'ajoutent encore les chocolats, les sucreries créant un terrain favorable au développement de champignons péruinguéaux.

*Chez les peintres en bâtiment:* la térébenthine et ses succédanés, les vernis, les dissolvants (comme le benzol, le xylol, le toluol), les couleurs de plomb qui sont cependant rarement utilisées aujourd'hui.

*Chez les maçons:* le ciment (par le bichromate qu'il contient), le lait de chaux. Eczéma dû à la neutralisation et l'alcalinisation chronique de la peau détruisant le pH acide normal.

*Chez les coiffeurs:* eau, savon, décapants alcalins pour permanentes, eau et teintures capillaires contenant de la quinine, du mercure ou de la résorcine, produits en «para».

*Chez les photographes:* produits servant au développement et à la fixation des photos.

*Chez les imprimeurs:* encres d'imprimerie, produits de nettoyage dégraissants et décolorants, térébenthine, colle à la formaline.

*Chez les serruriers, les mécaniciens, les tourneurs, les ouvriers d'usine:* eau de fraise, pétrole, goudron, huiles de graissage

(surtout quand celles-ci sont imprégnées de poussières métalliques). Ces eczémas ont tendance à s'infecter et forment dans les follicules pileux les fameux «boutons d'huile».

*Chez les teinturiers, les tailleurs, les couturières, les modistes:* teintures et étoffes teintes, poussières d'atelier.

*Chez les jardiniers:* la terre, les soi-disant mauvaises herbes, différentes plantes, l'engrais artificiel et naturel, les insecticides.

Enfinement *chez les médecins, les pharmaciens et le personnel sanitaire:* les désinfectants (alcools, sublimé, oxycyanure de mercure, lysoforme, sagrotan etc.), la pénicilline, la streptomycine, les anesthésiques (novocaïne, larocaïne, tropocaïne, tuto-caïne, xylocaïne etc.), tous dérivés de l'acide benzoïque, la percaïne, dérivé de l'acide chinoléique, les gants de caoutchouc (la transpiration étant inhibée la peau est macérée et réagit au caoutchouc), la poudre servant au poudrage des gants, par la formoline qu'elle contient.

Chez les pharmaciens, en plus l'ipéca, la quinine, l'iodoforme sont les allergènes les plus fréquents.

#### QUELLE EST LA DURÉE ET QUEL EST DONC LE PRONOSTIC D'UNE ALLERGIE? <sup>7</sup>

En pratique, l'allergie peut se réduire à un accès. D'autres fois, le sujet reste sensibilisé pendant une période variant de quelques mois à quelques années. Les cas les plus mauvais restent sensibilisés pour le reste de leur vie. Chez ceux-ci il s'est formé une véritable «diathèse allergique». La peau est en état de mal allergique. *Tout ceci joue un rôle important pour la Sécurité Sociale.*

Il y a des cas de dermatoses professionnelles, et ils ne sont pas rares, qui font des rechutes et se montrent réfractaires à toute thérapeutique. Certaines dermatoses professionnelles n'arrivent pas à guérir malgré un changement de travail. Les causes en sont d'abord l'infection cutanée par des staphylocoques et les streptocoques ou une mycose. Il s'agit d'une auto-eczématisation de la peau due au microbe. En deuxième lieu, la peau sensibilisée par un antigène peut se sensibiliser d'une façon polyvalente contre d'autres substances, contre la lumière, contre les aliments. Enfin, et ce n'est pas à négliger, l'influence du *psychisme* du malade peut parfois jouer un rôle primordial.

Encore un mot sur la *prédisposition à l'allergie* <sup>4</sup>. Il y a des facteurs qui augmentent la perméabilité cellulaire et qui exaltent l'activité protoplasmique. Ils favorisent la pénétration de l'antigène dans les cellules et ils mettent en oeuvre des réactions métaboliques qui aboutissent à l'élaboration d'anticorps. Ces facteurs sont:

- 1) La prédominance dans la cellule des ions potassium, dont l'abondance entraîne l'alcalose tissulaire, c'est-à-dire un excès d'ions OH favorable aux oxydations. (Je n'ai pas besoin de rappeler que schématiquement K, Ca, Mg, sont les ions cellulaires et que Na et Ca sont les ions des substances interstitielles, intercellulaires.)
- 2) La vagotonie; elle diminue la charge calcique cutanée et augmente l'irritabilité de la peau.
- 3) Le déséquilibre acido basique humoral; en alcalose comme en acidose, le déséquilibre provoque l'élévation du rapport K/Ca cutané et par là l'irritabilité de la peau,
- 4) L'excès du cholestérol cellulaire; il prédispose l'épiderme à l'oedème et à la vésiculation.

Il faut encore songer aux *avitaminoses*, non seulement aux avitaminoses D et C, mais aussi aux avitaminoses A, PP, parfois K, B<sub>1</sub> et B<sub>6</sub>. Ces dernières provoquent un abaissement du rapport Ca/K cutané.

Il s'agit de veiller au bon fonctionnement du foie, «le laboratoire de l'organisme» et de déceler l'hypoparathyroïdie, l'hyperthyroïdie (grande stimulatrice du métabolisme), le déséquilibre hormonal d'origine sexuelle (puberté, menstruation, gestation, ménopause, andropause).

Attention aux *infections focales*, du bucco-pharynx et des sinus, ou des viscères (cholécystite ou appendicite chroniques). D'autres allergies sont provoquées et entretenues par des parasites intestinaux. Finalement les *chocs émotifs* favorisent l'allergie, par le dérèglement du système neuro-végétatif.

#### EN PRÉSENCE D'UN SUJET ATTEINT D'UNE ÉRUPTION ALLERGIQUE, QUE FAUT-IL FAIRE ET QUE NE FAUT-IL PAS FAIRE?

Si nous avons pu déceler le «fauteur de troubles», nous conseillons, bien entendu, au malade d'en éviter le contact jusqu'à pleine guérison clinique, quitte à lui faire risquer sa chance après. Nous essaierons de modifier les troubles généraux, dont j'ai parlé plus haut, s'ils existent.

A la période aiguë, la peau malade est très irritable et ne supporte pour ainsi dire rien. C'est un sujet qui souffre de prurit, il se gratte, il envenime ses lésions, il n'en dort pas, et entretient ainsi sa dermatose. Il faut tâcher de briser ce cercle vicieux par des calmants nervins (bellergal, bellafolline, hydergine) des antihistaminiques de synthèse, éventuellement des tranquillisants et des neuroplégiques.

Un régime hypochloruré et sans excitants est toujours indiqué, de même que des diurétiques et des laxatifs, ceux-ci de préférence salins.

Pour modifier le rapport K/Ca, injections de Ca éventuellement combinées à la vitamine C, à un antihistaminique ou à des bromures.

L'hyposulfite de Na en injections rend aussi des services, de même que la splénothérapie et l'autohémothérapie.

Dans les cas où le malade est sensibilisé à une substance vitale telle que p. ex. la farine comme aliment, ou l'insuline chez un diabétique, nous pouvons entreprendre une désensibilisation spécifique.

On injecte des quantités infinitésimales et progressives de l'allergène en question. Cette méthode constitue une oeuvre de longue haleine mais trop souvent décevante.

Souvent l'application de toutes ces prescriptions n'amène qu'une amélioration relative ou temporaire. Les lésions ne régressent pas ou ont même tendance à s'étendre. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à prescrire la corticothérapie, mais elle doit être réservée aux cas vraiment rebelles. On commence par 20 à 40 mg de prednisone ou de prednisolone, selon le cas, en descendant assez rapidement à une dose d'entretien variant entre 4 et 8 mg par jour. Inutile de dire que ce traitement, surtout s'il doit être de longue durée, ne peut être fait que sous contrôle médical avec des examens de laboratoire répétés, et en intercalant des injections d'ACTH, sous le couvert d'antibiotiques, s'il y a infection.

*Localement*, surtout à la phase aiguë, on se conformera à l'adage «primum non nocere». Des pulvérisations ou des compresse humides, légèrement acides, sont toujours le mieux tolérées. En cas de surinfection, badigeonnages avec des colorants (vert de méthyle, crystal violet, ou éosine). Dès que le suintement est tari, les poudrages et les pâtes à l'eau entrent en ligne. *Il s'agit surtout de ne pas mettre* de pommades grasses qui envenimeraient l'éruption. Pas de pommades aux antibiotiques et surtout à la pénicilline et aux sulfamides, pas de pommades genre phénergan, pas de pommades aux anesthésiques (menthol, percaïne etc.), ni au soufre ni au mercure, qui sont toujours hautement sensibilisatrices et créatrices d'allergies supplémentaires. Même les pommades à la cortisone, tellement en vogue aujourd'hui, sont souvent irritantes et peuvent aggraver l'éruption.

Une fois l'éruption calmée, nous appliquons les classiques pommades à l'ichtyol et au goudron.

Pour activer la guérison et pour enrayer, du moins momentanément, le mal, nous possédons dans la *radiothérapie* une arme excellente. Malheureusement, on ne peut pas s'en servir indéfiniment, et après quelques séries, réparties sur plusieurs années, la peau du malade est saturée de rayons. En continuant on risquerait de provoquer une radiodermite autrement ennuyeuse qu'un eczéma allergique.

Pour terminer, un mot encore sur les *pommades protectrices*<sup>3</sup> aux silicones. On trouve sur le marché différentes spécialités: les plus connues chez nous sont le Kovicone d'origine anglaise, le Kérodex et le silicoderme d'origine allemande. Ces pommades s'appliquent sur la peau: a) saine, b) bien nettoyée, c) avant le travail.

Elles y forment un vernis, une espèce de «gant invisible». Elles existent sous deux formes, liposoluble pour les gens travaillant dans l'eau, hydrosoluble pour ceux qui manipulent des corps gras. Ces produits peuvent rendre de grands services, mais à la condition qu'ils soient appliqués convenablement sur une peau propre et parfaitement saine, sinon leur effet est contraire.

J'en ai fini avec mon exposé. Je n'ai pas la prétention d'avoir été complet, je voulais simplement rafraîchir des souvenirs et faire une mise au point de la question.

Je terminerai sur un mot de mon regretté Maître Tzanck qui disait: «Vous croyez maintenant savoir ce qu'est l'allergie et vous pensez que moi je sais ce que c'est. Mais je peux vous dire que je n'en sais rien, car l'allergie c'est la vie, et s'il y a quelqu'un parmi vous qui peut me dire ce qu'est la vie, je lui dirai ce qu'est l'allergie.»

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Baer, R. L. et Witten, V. H.* - Allergic eczematous dermatitis. Year Book of Dermatology and Syphilology, Chicago, 1956 - 1957.
- 2 *Burkhardt.* - Atlas und Praktikum der Dermatologie, Munchen, 1959, Urban und Schwarzenberg.
- 3 *Carrié, C.* - Leitfaden der beruflichen Hautkrankheiten, Stuttgart, 1951, G. Thieme.
- 4 *Desaux, A.* - Traitement des dermatoses communes. Paris, 1948, Masson.
- 5 *Fuhs Kumer.* - Dermatologie, 5<sup>e</sup> édition. Vienne, 1943, Wilhelm Maudrich Verlag.
- 6 *Keller, Ph.* - Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Sprechstunde. München und Berlin, 1952, Springer Verlag.
- 7 *Mischer, G.* - Über das Wesen des Ekzems. Fortschr. prakt. Derm. Vererol., 2, 1, 1955.
- 8 *Sidi, E., Hinky, B. et Longueville, R.* - Sensibilisation épidermique dans les eczémats professionnels. Symposium sur les dermatoses professionnelles à Lille 1955, Paris, 1955. Masson.
- 9 *Tzank, A et Sidi, E.* - Les dermatoses allergiques, Paris 1950, Masson.
- 10 *Woringer, M. G.* - Deux ans de consultation allergologique. Bull. Soc. franç. Derm. Syph., 246, 1959.

## **TRANSPIRATION *excessive***

des PIEDS ?  
des MAINS ?  
des AISSELLES ?

Rien ne vaut alors un badigeonnage au

# **PEDAL**

(Formol, Chlorure de magnésium,  
Eau de laurier-cerise)

**astrigent, désodorisant, désinfectant**  
**contre l'Hyperhydrose**  
**et la Bromhydrose**

Pour les pieds, employer PEDAL à l'état pur  
Pour les mains, l'employer dilué du volume égal d'eau  
Pour les aisselles, l'employer dilué du volume double  
d'eau

En cas de besoin, répéter le badigeonnage deux fois  
par jour pendant 1 à 2 jours

PEDAL est admis par toutes les caisses

**Laboratoires P R O P H A R M A Luxembourg**

## Un lait parfaitement adapté à l'alimentation infantile



Grâce au procédé spécial Guigoz de dessiccation sous vide à basse température après pasteurisation, le Lait Guigoz réunit les 5 qualités essentielles que doit posséder un lait en poudre destiné à l'alimentation infantile:

- ① Une haute valeur nutritive
- ② Une pureté bactériologique donnant toute sécurité
- ③ Une composition constante
- ④ Une digestibilité parfaite
- ⑤ Une solubilité instantanée et complète

En outre, il s'adapte aisément à l'âge du nourrisson.

- ▶ Pendant les premiers mois: **Lait Guigoz demi écrémé**,
- ▶ ensuite, selon courbe de poids: **Lait Guigoz complet**.

# Guigoz



Echantillons et documentation à disposition:

3, Rue Jacques de Lalaing - Bruxelles 4



DANS 56 PAYS: SÉCURITÉ GUIGOZ

# LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

## III. LES SOUFFLES DIASTOLIQUES CHEZ LES MITRAUX

par Raymond SCHAUS

Dans deux articles précédents, nous avons étudié l'état actuel de la question du rétrécissement mitral<sup>9</sup> et relaté une observation détaillée avec les commentaires qu'elle appelait<sup>10</sup>.

Dans ce travail, nous envisagerons les souffles diastoliques qui accompagnent parfois le rétrécissement mitral.

En 1881, Graham Steell<sup>13</sup>, dans un ouvrage de sémiologie cardiaque publié à Edimbourg, attirait l'attention sur «un bruit diastolique dû à la sténose mitrale qui peut être entendu avec son maximum d'intensité au foyer pulmonaire.» L'auteur continuait: «Ce bruit est doux et soufflant, contrairement au roulement de la pointe caractéristique du rétrécissement mitral. Il naît probablement dans l'artère pulmonaire et dans l'infundibulum du ventricule droit, et a la valeur d'un souffle d'hypertension pulmonaire, l'artère pulmonaire étant dilatée et ses valves permettant un certain degré de régurgitation.»

Lorsque chez un sujet atteint de rétrécissement mitral on entend un souffle diastolique, le problème qui se pose est essentiellement de savoir si l'on a affaire à une insuffisance pulmonaire fonctionnelle avec souffle dit «de Graham Steell», ou à une insuffisance aortique associée.

Un mot d'abord ici de sémantique, et ceci pour relever l'imprécision fréquente de la terminologie anglo-saxonne. S'il est vrai que beaucoup d'auteurs anglo-saxons font une distinction nette entre souffle diastolique («diastolic blow» ou «blowing diastolic murmur») et roulement («diastolic rumble» ou «rumbling diastolic murmur»), d'autres entretiennent une certaine confusion en appelant l'un et l'autre de ces bruits souffle diastolique («diastolic murmur»), sans spécifier autrement. Enfin, il est parfois question d'un «diastolic rumble» suivi d'un «presystolic murmur», ce dernier terme désignant alors l'impression acoustique de renforcement présystolique du roulement qu'on a souvent lorsque le coeur est en rythme sinusal.

Comment savoir, donc, si un souffle diastolique latéro-sternal gauche chez un sujet porteur d'un rétrécissement mitral relève d'une insuffisance pulmonaire fonctionnelle ou d'une insuffisance aortique organique?

Les caractères stéthacoustiques du souffle ne fournissent aucun élément certain. Ni son intensité, ni son siège ne sont décisifs. Tout au plus peut-on dire que si le souffle est net au foyer aortique en plus de sa propagation latéro-sternale gauche, ce caractère est en faveur de l'origine aortique. Mais le raisonnement ne peut être catégorique ni dans un sens ni dans l'autre.

On est obligé de juger sur la foi des signes associés, cliniques ou autres. Lorsque l'insuffisance aortique est typiquement agrémentée de son cortège de signes cliniques habituels, l'interprétation du souffle ne souffre guère d'hésitation. On sait cependant qu'on ne se trouve pas toujours devant une situation aussi schématique. En effet, dans des circonstances où la régurgitation, bien qu'authentique, reste peu importante, la tension artérielle conserve des valeurs normales et les manifestations vasculaires (cliniques à la périphérie, radiologiques au niveau de l'aorte initiale) font défaut.

Le diagnostic est aidé par les éléments, cliniques et para-cliniques, surtout électrocardiographiques, qui traduisent une hypertrophie ventriculaire gauche. Ce n'est vrai que si une insuffisance mitrale importante n'offre pas une autre interprétation pour les signes gauches. L'argument électrocardiographique peut n'être qu'indirect, quand dans un rétrécissement mitral évolué on ne trouve pas le tracé électrique «droit» auquel on s'attendrait. On peut alors soupçonner qu'une surcharge ventriculaire gauche s'associe à la surcharge droite et empêche les signes électriques de cette dernière de se manifester librement (surcharge dite «combinée»).

Le souffle de Graham Steell est par définition attribué à une insuffisance fonctionnelle de la valvule sigmoïde pulmonaire, due à la dilatation de l'artère pulmonaire et de l'anneau valvulaire sous l'effet des fortes pressions dans la petite circulation. Les arguments indirects en faveur de l'origine pulmonaire d'un souffle diastolique, sont par conséquent tirés des signes d'hypertension pulmonaire que nous avons détaillés dans un travail précédent<sup>9</sup>. En leur absence on n'est pas autorisé à affirmer l'insuffisance pulmonaire fonctionnelle. On le fera avec bonne conscience lorsque le cathétérisme des cavités droites y montre une hypertension considérable, comme c'était le cas dans notre observation<sup>10</sup>.

Mais même des pressions moyennement élevées peuvent dans certains cas suffisamment distendre les parois de l'artère pulmonaire. Dans cet ordre d'idées il est intéressant de citer les travaux minutieux de Soloff et collaborateurs<sup>12</sup>, qui ont conclu que même la mensuration directe du diamètre de l'artère pul-

monaire injectée au moyen d'une substance de contraste ne permet pas de prévoir le régime de pression régnant dans ce vaisseau. Car, bien qu'une relation linéaire légèrement significative existe entre les deux paramètres, les variations d'un cas à l'autre sont grandes, et pour un diamètre donné la pression pulmonaire varie beaucoup selon les sujets. En d'autres termes, d'un sujet à l'autre, la paroi de l'artère pulmonaire se laisse plus ou moins facilement distendre. On n'a pas de moyen d'apprécier cette différence de comportement. Elle pourrait fort bien intervenir pour expliquer des souffles authentiques d'insuffisance pulmonaire fonctionnelle avec pressions moyennement élevées.

Une insuffisance de la valvule de l'artère pulmonaire devrait à priori se caractériser hémodynamiquement par un gradient très faible entre la pression télédiastolique dans ce vaisseau et dans le ventricule droit. Les chiffres recueillis dans de tels cas ne semblent pas corroborer ce raisonnement. Pour Angelino et collaborateurs<sup>1</sup>, ni l'insuffisance pulmonaire ni l'insuffisance aortique, surtout en présence de pressions systoliques élevées, n'entraînent nécessairement une égalisation des pressions diastoliques dans l'arbre artériel et dans la chambre ventriculaire correspondante. Chez leurs malades, les chiffres diastoliques étaient bien plus élevés dans l'artère pulmonaire que dans le ventricule droit. Ils expliquent ce phénomène par l'augmentation des résistances pulmonaires.

En définitive, l'argument le plus solide, à posteriori malheureusement, en faveur d'une insuffisance pulmonaire fonctionnelle, est la disparition du souffle diastolique après commissurotomie mitrale. Cette disparition est précoce (au cours des premiers jours ou des premières semaines). Il se peut cependant aussi que la levée tardive du barrage mitral ne suffise pas toujours à faire régresser la dilatation d'une artère pulmonaire où se sont produits à la longue des lésions d'endartérite athéromateuse irréversible.

Insuffisance aortique organique ou insuffisance pulmonaire fonctionnelle – nous avons à dessein schématisé le problème des souffles diastoliques au cours du rétrécissement mitral. Ils peuvent entraîner d'autres considérations.

Nous citerons seulement pour mémoire la très exceptionnelle insuffisance pulmonaire organique par atteinte rhumatismale des sigmoïdes pulmonaires.

Il arrive aussi que le roulement diastolique prenne un timbre soufflant à mesure qu'on éloigne le stéthoscope de la pointe du coeur vers le sternum. Le plus souvent ce phénomène ne prête pas à confusion avec l'un des souffles déjà envisagés, mais prétendre qu'il en est toujours ainsi serait simplifier exagérément. Ce qui est vrai pour le roulement de la sténose mitrale doit l'être aussi, par raisonnement analogique, pour celui de la

sténose tricuspidiennne, mais la discussion ne s'orientera pratiquement jamais dans cette direction.

Seule dans la littérature mondiale, l'école de Laubry a invoqué un autre mécanisme à l'origine des souffles diastoliques chez les mitraux. Il y aurait une entrave apportée au jeu valvulaire aortique, par l'épaississement mitral inflammatoire bridant l'insertion de la valvule aortique postéro-gauche<sup>3, 4</sup>.

La plus récente contribution est celle de Friedman et Hathaway<sup>2</sup>. Ces auteurs attribuent un rôle pathogénique à la fréquente fenestration de la valvule sigmoïde pulmonaire. On entend par là la présence physiologique, le long des bords des valves pulmonaires, de fissurations oblongues. Dans 342 autopsies, Friedman et Hathaway ont constaté 177 fois cette variété anatomique. Il n'y eut cependant du vivant de ces malades de souffle diastolique pulmonaire que dans 3 cas. Normalement le jeu des valves se fait de telle façon que non seulement leurs bords libres, mais aussi les zones immédiatement adjacentes où siègent les fissurations, s'accolent. Dans un premier stade de dilatation de l'anneau — ainsi l'imaginent les auteurs — les bords seuls arrivent encore au contact les uns des autres. Il n'existe donc pas à proprement parler d'insuffisance d'accolement des bords, mais les zones fissurées ne se coaptent plus. Une fuite diastolique pourrait alors se produire à travers les fenestrations soumises à une tension qui leur donne un diamètre maximum.

Citons enfin, parmi les autres articles qui dans la littérature traitent du souffle diastolique au cours du rétrécissement mitral, ceux de Laubry et Thomas<sup>5</sup>, Luisada et Wolff<sup>6</sup>, Pawinski<sup>7</sup>, Ribierre<sup>8</sup>, Scherf<sup>11</sup>, Vaquez et Magniel<sup>14</sup> et White<sup>15</sup>.

Ces travaux ne versent pas de nouvelle pièce essentielle au dossier.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Angelino, P. F., Levi, V. et Brusca, A. M.* — Pulmonic valvular insufficiency : a clinical and hemodynamic study. *Am. Heart J.*, 54, 182, 1957.
- 2 *Friedman, B. et Hathaway, B. M.* — Fenestration of the semilunar cusps and «functional» aortic and pulmonic valve insufficiency. *Amer. J. Med.*, 24, 549, 1958.
- 3 *Laubry, Ch. et Baillet, P.* — Sur les souffles fonctionnels aortiques. *Gaz. Hôp. (Paris)*, 104, 129, 1931.
- 4 *Laubry, Ch., Routier, D. et Lenègre.* — Rétrécissement mitral et souffle diastolique. *Gaz. Hôp. (Paris)*, 105, 1649, 1932.
- 5 *Laubry, Ch. et Thomas, M.* — Les lésions de l'artère pulmonaire et leurs conséquences au cours du rétrécissement mitral. *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris*, 50, 639, 1926.
- 6 *Luisada, A. A. et Wolff, L.* — The significance of the pulmonary diastolic murmur in cases of mitral stenosis. *Amer. J. med. Sci.*, 209, 204, 1945.

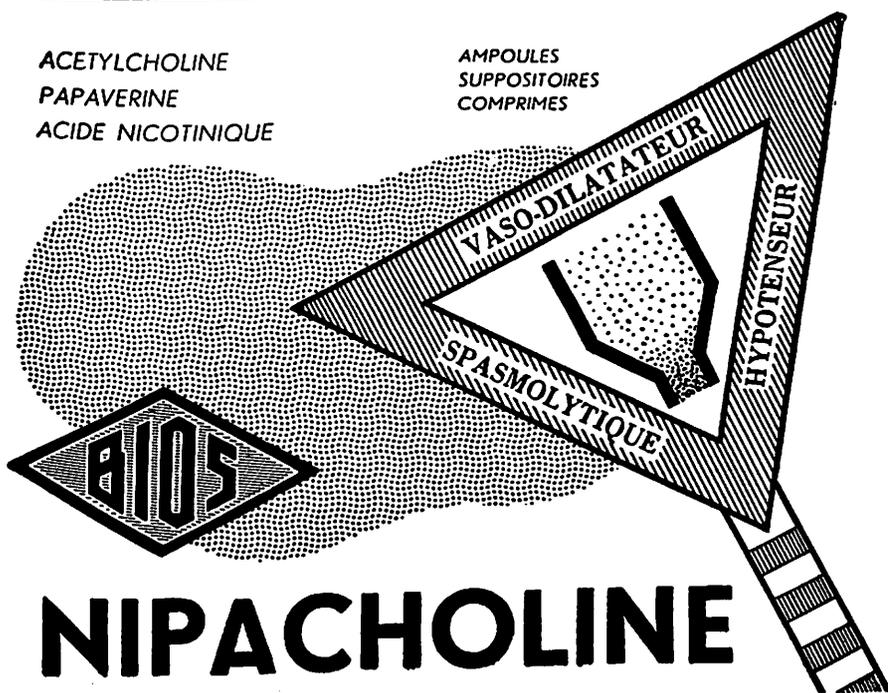
- 7 Pawinski, J. - Über relative Insuffizienz der Lungenarterienklappen bei Mitralstenose.  
Dtsch. Arch. klin. Med., 52, 519, 1894.
- 8 Ribierre, P. - Insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire dans le rétrécissement mitral; son diagnostic avec l'insuffisance aortique.  
Paris méd., 49, 21, 1923.
- 9 Schaus, R. - Le rétrécissement mitral. I. Mise au point générale.  
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 96, 207, 1959.
- 10 Schaus, R. - Le rétrécissement mitral. II. Présentation d'une observation.  
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 96, 311, 1959.
- 11 Scherf, D. - Über die relative Insuffizienz der Pulmonalklappen.  
Klin. Wschr., 9, 868, 1930.
- 12 Soloff, L. A., Zatuchni, J. Mark, G. E. et Stauffer, H. M. - The size of the pulmonary artery in rheumatic heart disease with isolated mitral stenosis and its significance.  
Amer. J. med. Sci., 234, 313, 1957.
- 13 Steell, G. - Physical signs of cardiac disease, 2<sup>e</sup> édition, Edimbourg, 1881. Cité in : White, P. D. - Heart disease, 4<sup>e</sup> édition, New York, 1951, The Macmillan Company.
- 14 Vaquez et Magniel. - Une complication peu connue du rétrécissement mitral : l'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.  
Paris méd., 35, 340, 1920.
- 15 White, P. D. - The Graham Steell murmur; report of a case.  
J. Amer. med. Ass., 90, 603, 1928.

ACETYLCHOLINE

PAPAVERINE

ACIDE NICOTINIQUE

AMPOULES  
SUPPOSITOIRES  
COMPRIMES



# NIPACHOLINE



**Pour le traitement prolongé et ambulatoire de la  
tuberculose**

# Iso-Benzacyl

WANDER

**L'association d'isoniazide et de  
benzoyl-PAS calcique à doses adéquates**

**facilite la prescription du médecin  
s'attache la coopération du malade  
assure l'ingestion régulière des  
médicaments**

Présentation de l'Iso-Benzacyl :

1 comprimé renferme :

0,025 g d'isoniazide

1 g de Benzacyl (benzoyl-PAS-calcique)

Emballages de 100 et 400 comprimés.

**Société Belge des Produits Wander S.A.**

**378 à 382, avenue de la Couronne**

**BRUXELLES 5**

Le Service des Recherches  
des LABORATOIRES LEDERLE  
présente au Corps Médical le

# LEDERCORT<sup>(\*)</sup>

Triamcinolone LEDERLE  
9  $\alpha$ -fluoro-16  $\alpha$ -hydroxyprednisolone

*doté du plus haut pouvoir glucocorticoïde  
et offrant le moins de troubles secondaires*

- Pouvoir anti-inflammatoire plus élevé à des dosages moindres (en moyenne réduits d'un tiers sur la Prednisolone).
- Progrès effectués dans la lutte contre les effets secondaires

**Pas de rétention de sodium;  
Pas de rétention d'eau;  
Pas de perte en potassium;  
Pas d'hypertension;  
Pas de troubles psychiques;  
Moins de chance de voir apparaître  
de l'ostéoporose ou des ulcères gastriques.**

## PRÉSENTATIONS:

Flacon de 10, 30 et 100 comprimés à 4 mg.  
Flacon de 10, 30 et 100 comprimés à 2 mg.  
Acétonide crème: tube de 5 et 15 g.

## LEDERLE BELGE

**2, Place de Luxembourg - BRUXELLES 4 - Tél. 12.23.53 - 12.23.85**

(\*) Mis sur le marché américain sous le nom de ARISTOCORT.

# L'IMPORTANCE DES FACTEURS EXOGÈNES DANS LE SPORT JUVÉNILE

par Charles JONES

La disposition sportive et la performance ne sont pas seulement dues au développement harmonieux des diverses fonctions organiques, mais dépendent en grande partie de l'influence des facteurs extérieurs à l'homme: le milieu, le climat, l'alimentation, l'influence de la technique et de la civilisation. Sous le nom de milieu j'entends tous les facteurs qui dominent la vie privée: la famille, l'école, le logement, la situation, le standard de vie et l'emprise de l'Etat.

Sont-ce la technique d'aujourd'hui et notre vie urbaine et tumultueuse qui influent sur notre système neuro-végétatif en y posant des impulsions qui irritent notre système neuro-central et neuro-végétatif et notre système cardio-vasculaire? Il est un fait que chez l'adolescent ces systèmes sont devenus très labiles et très irritables. La conséquence de ces impulsions est une accentuation de la croissance et du développement physique, alors que la maturité psychique ne peut se développer avec la même vitesse. Des dysharmonies s'installent: d'un côté le phénomène de l'accélération très nette, surtout dans la jeunesse citadine; de l'autre une insuffisance de caractère, de discernement, de suite dans les idées qui montre une inadaption de l'individu à son âge «accélééré».

Le sens de la liberté, de l'indépendance est plus fort que dans le passé, mais la labilité de cette jeunesse précoce entrave la stabilité de ses performances. Il est connu que ces dystoniques présentent souvent un ECG spécial, qui, sans être pathologique, n'est tout de même pas normal; je cite également leurs douleurs articulaires, leur disposition pour des maladies infectieuses, bref il y a entre leur habitus physique et leur développement biologique rationnel une grande différence. La pratique d'une forte activité sportive mène facilement à des dommages corporels et psychiques, d'autant plus sérieux que l'adolescent se trouve encore au début de sa puberté.

Les influences et les irritations d'un monde civilisé et technocrate constituent un stress d'une importance profonde, puisqu'il s'adresse à un corps en plein développement. Si à ce stress s'en ajoutent d'autres, plus excitateurs encore, p. ex. du côté de la famille, du logement, du travail professionnel, du travail à l'école, la stabilité du milieu intérieur peut se perdre. N'oublions pas que l'adolescent est un sympathicotonique, mais qu'à cet âge son système hypophysaire est encore sous-développé et que spécialement les fonctions trophiques et protectrices des hormones antéhypophysaires sont en déficience. Il en résulte une déficience de certains organes (coeur et vaisseaux, reins), une vulnérabilité de l'organisme et un développement plus lent des bases intellectuelles.

Les stress conduisent à une fatigue physiologique plus rapide, la conséquence en est l'arrivée précoce du surentraînement. Or chez l'enfant et l'adolescent, ce surentraînement est dû à deux causes: 1) au déficit musculaire et 2) au potentiel faible du système neuro-végétatif. L'enfant n'aime pas le travail musculaire isométrique et préfère le dynamisme du sport, mais la cellule musculaire n'acquiert que lentement la capacité chimique d'emmagasiner des réserves en glycogène, en hémoglobine et en phosphocréatine.

L'enfant ne possède pas la capacité fonctionnelle totale des muscles, ni le «sens» musculaire qui ne suit pas la rapidité de la croissance, c'est pourquoi l'adaptation fonctionnelle se fait beaucoup plus lentement.

Un facteur exogène de grande importance influant manifestement sur la performance est le surmenage scolaire et ce qu'on appelle le malmenage familial. La surcharge des programmes scolaires, la discipline exigeant une tenue tranquille, une attention soutenue, sont à la base de cet équilibre instable; ajoutons-y des difficultés, le travail manuel à domicile, une exigüité du logement où l'on est entassé pour faire les travaux d'école, ajoutons-y une mauvaise note obtenue à l'école malgré toute la bonne volonté, et peut-être, une alimentation insuffisante ou irrationnelle et uniforme. Cela mène l'enfant à des crises de fatigue aiguë, suivie de mollesse générale. Nous sommes alors en pleine crise psychique et pédagogique; au lieu d'être bienfaisant, le sport causera des méfaits si l'on continue l'entraînement habituel.

Si à ce moment nous abandonnons le sport et que nous favorisons une activité naturelle comme les jeux, la gymnastique naturelle, nous obtiendrons un tournant; celui-ci est acquis plus vite par une vitalisation de l'adolescent, par l'air, l'eau, le soleil et par une régularisation de l'atmosphère familiale.

Le climat joue-t-il un rôle dans la vie sportive de l'enfant? Son importance n'est pas si grande que chez l'adulte. Les changements de temps n'ont pas un effet direct, mais s'ajoutent à

d'autres facteurs. Aucun enfant n'a présenté une tachycardie exceptionnelle pendant les grandes chaleurs, ni une crise ou un symptôme morbide pendant les froids. Il semble que l'enfant sportif soit immunisé contre l'électricité atmosphérique; peut-être cela tient-il à ce que le système hormonal ne joue pas encore le grand rôle qu'il joue chez l'adulte. Les troubles du métabolisme à la suite du facteur météorologique sont minimes; une corrélation entre le rayonnement de «haute fréquence» météorologique et certains phénomènes biologiques n'existe pas chez un enfant qui est sain de corps; en conséquence cela ne peut troubler les exercices physiques. Par contre trouve-t-on une nette influence d'un séjour à la montagne ou à la mer, le premier ne dépassant pas 1000 mètres de hauteur. Pendant les premiers jours à la mer ou à la montagne, le rendement sportif est nettement inférieur à la normale, mais à partir du 6<sup>e</sup> jour, l'enfant semble avoir atteint le seuil de l'acclimatation. Le coefficient de rendement s'élève et monte au dessus de la normale que l'enfant a montrée à domicile.

Ce surplus de rendement, cette amplification des efforts est due à l'influence des rayons ultraviolets bien dosés, à l'augmentation des globules rouges, à la meilleure tonicité des muscles et à la régularisation de la vie journalière. On évite le surmenage scolaire, familial et physique, même ceux qui ont une labilité marquée au début, acquièrent avec le temps une fonction végétative plus solide et mieux adaptée.

Cependant à la mer et à la montagne il faut doublement surveiller les influx affectifs et ne pas laisser les adolescents à leur propre état psychique, c'est-à-dire: il faut leur procurer des divertissements (chant, danse, lecture, théâtre, films, jeux - mais attention au jeu d'échecs qui exacerbe souvent le système nerveux et donne à l'enfant une certaine agressivité). On doit créer une atmosphère d'intimité et de bonne camaraderie et avant tout, éviter le surentraînement. On a vu qu'une lettre tardant à arriver, une raillerie déplacée, l'oubli d'une louange ou une petite injustice de la part du professeur peuvent rompre l'équilibre végétatif de l'organisme, bouleverser l'enfant et provoquer de cette manière un abaissement, voire même un affaissement du potentiel sportif.

Le séjour à la montagne, ou à la mer provoque, après l'adaptation, un changement sympathicotonique, la vagotonie n'arrivant qu'après un séjour prolongé, de plusieurs semaines. Le bon sommeil tranquille est le signe extérieur manifeste de cette adaptation, marquée également par une augmentation du poids. Or, dans l'état sympathicotonique, l'enfant subit des changements organiques et fonctionnels complexes: le temps de réaction des réflexes augmente, comme également augmentent l'intensité de cette réaction ainsi que la chronaxie. Le tonus végétatif s'affirme, la nervosité rend l'enfant plus agressif. La

moindre mauvaise note ou le moindre choc psychique provoquent le déclenchement d'un court-circuit. A la mer l'effet climatique sympathicotonique dure plus longtemps, le vent et les vagues causent une irritation plus marquée.

Il y a tout de même une distinction: à la montagne l'oxygène est amoindri et le corps cherche à établir une assimilation économique en augmentant la masse sanguine; à la mer le manque d'oxygène n'existe pas, mais le vent et l'humidité réclament une régulation thermique plus réactionnelle et plus accélérée. La dépense calorique est plus grande et l'appétit augmente fortement; on peut dire que la condition sportive augmente surtout pour les jeunes qui ne s'entraînent pas en vue d'une performance trop poussée. Les possibilités de régénération sont plus amples et cela d'autant plus que le climat maritime permet une adaptation plus rapide, alors que celui de la montagne demande, à cause de l'amoindrissement de l'oxygène, un laps de temps plus long.

L'effet sportif tardif des deux climats réside dans le fait qu'après le retour à domicile, le volume respiratoire reste plus grand, l'adaptation acquise permet une meilleure capacité quant à l'oxygène, avantage qui dure quelques semaines et même trois mois.

Le climat froid et sec n'empêche nullement un bon entraînement; le patinage et le ski le démontrent. Au contraire, la respiration devient plus profonde, l'oxygène plus abondant, l'air inspiré est sec et les poumons expirent un air chargé de vapeur d'eau; le corps perd de son eau sans transpirer et sans le risque d'attraper froid.

Mais le froid humide crée chez l'enfant une aversion; le brouillard également et ceci d'autant plus que le brouillard s'accumule dans les vallées et les plaines où l'on s'entraîne. Il y a des points de condensation qui, dans les régions industrielles, contiennent des éléments de carbone, des bacilles, du sable, des gaz d'échappement des moteurs qui rendent l'air malsain. Un brouillard au dessus de la ville amoindrit de 20 pour cent le rendement de l'enfant, celui-ci ne pouvant adapter sa régulation thermique au facteur climatique aussi vite et avec la souplesse que l'effort exige. D'un autre côté, l'apport plus pauvre en oxygène ne permet pas de maintenir le rythme du travail musculaire habituel.

La vitamine D et l'huile de foie de morue constituent dans ces cas de précieux adjuvants, mais ne peuvent pas entièrement alléger le travail organique.

Les conditions sociales favorisent ou empêchent un bon entraînement.

Une hygiène assurée à domicile, un rythme régulier de la vie de famille donnent à l'enfant une assurance psychique, une confiance en soi-même qui sont les conditions importantes pour

une bonne mise en forme. Cependant, je pense aux enfants orphelins ou demi-orphelins, à ceux qui n'ont pas de lit pour eux seuls, à ceux qui n'ont pas un logement suffisant, où la vie familiale ne peut s'étaler à cause du manque de chambres et de mobilier; à ceux qui font leur travail scolaire dans des écoles surpeuplées; j'y comprends ceux qui vivent dans la famille où la vie ne se passe pas selon un rythme régulier, où le père et la mère travaillent et préparent les repas à des heures irrégulières. Une autre condition sociale est l'excitation de la jeunesse par la vie actuelle, par l'influence des films, de la télévision, par le méfait de fumer et de boire et cela par pure vantardise.

Le sport régulier peut beaucoup changer dans ces années de développement; ce sont les autorités communales et c'est l'État qui doivent aider. Aider par la réglementation, par la construction de maisons pour les jeunes, par l'installation de parcs de sport, de piscines et par l'organisation des séjours de vacances.

Heureusement l'alimentation de la jeunesse d'aujourd'hui est normale et suffisante, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. On peut dire que dans beaucoup de régions les enfants et les adolescents souffrent d'une faim «qualitative», en ce sens que l'alimentation n'est pas rationnelle. Or, deux faits doivent être envisagés: 1) l'enfant en puberté a besoin d'une nourriture spéciale et 2) cette nourriture doit être changée et spécialisée si, à cet âge, on ajoute un entraînement sportif. L'enfant a besoin de calories supplémentaires, son organisme étant en plein développement et en pleine croissance.

D'ordinaire on admet une surconsommation de 20 – 25 calories par kilo et par jour s'ajoutant au besoin normal. (Echelle de Jung, Govaerts, de Lauener). La jeunesse a besoin d'hydrates de carbone et de protéines et de ces derniers au moins 1/3 doivent être des protéines animales. Quinze acides aminés sont importants pendant l'âge de la puberté; une augmentation de 20 pour cent de protéines est nécessaire pour soutenir les efforts dans l'âge de la jeunesse. Si chez l'adulte la formule est de 1 g de protéines par kg de poids par jour, chez l'enfant ce rapport est de 2 – 2,5 g par kg.

Chez les jeunes, les graisses sont à donner sous forme de beurre et d'huile, mieux assimilables et plus riches en acides stéariques. On oublie chez les jeunes le besoin d'un apport riche en vitamines et en calcium. On réclame une alimentation riche en fruits et en légumes; cependant les fruits sont chers en hiver, les légumes frais le sont également; de nombreuses familles ne peuvent pas se permettre d'en acheter des quantités. Dans ce cas, prescrivons du lait, de l'huile de foie de morue, des pilules polyvitaminisées. Un enfant de 14 ans a besoin de 2800 calories par jour; cette demande monte à 3800 calories à 17 ans. Il est de notre devoir d'éclairer les parents sur les besoins de l'organisme en éléments principaux.

Deux conditions doivent être respectées: pas de nourriture uniquement lactovégétarienne, caractérisée par le manque d'éléments vitaux, pas de surcharge alimentaire sans efforts supplémentaires, le danger de l'obésité étant trop grand chez l'enfant, tant soit peu lymphatique. Le supplément en calories est de 250 calories chez l'enfant de 12 – 14 ans par heure d'effort et de 450 g chez l'enfant de 17 – 18 ans, tandis que chez l'homme mûr il est de 350 calories. Augmenter la viande de 1/3 à 1/2 (2 – 3 g de protéines par kg); augmenter les sucres et surtout le miel et l'avoine de 10 g par kg de poids, telles sont les règles qu'on appliquera dans l'alimentation des jeunes sportifs dans nos contrées.

Le danger dans l'activité sportive de la jeunesse réside dans le fait que l'entraînement poussé provoque des troubles dont le caractère peut devenir irréversible. Or pour les éviter, il y a lieu: 1) de ne poser dans l'entraînement que des excitations appropriées à l'âge physiologique – je dis l'âge physiologique; 2) de porter toute attention à ce que des pauses et intervalles suffisants soient intercalés; 3) de mettre tout en oeuvre pour accumuler des réserves avant le commencement de l'entraînement. Ces réserves, il faut les accumuler en hiver surtout.

On peut demander quelle est la saison la meilleure et quels sont les mois les plus propices pour commencer l'entraînement ou les exercices physiques? On est porté de le faire au printemps; or je crois qu'il faut déjà commencer au mois de février. Pendant ce mois on peut également commencer un endurcissement lent et progressif de l'adolescent.

L'influence climatique nous défend de faire un entraînement poussé pendant le mois de mai et de juin, d'abord parce que ces mois présentent la fatigue due à la déficience en vitamine C et D; le soleil n'étant pas encore assez intense pour que les rayons ultra-violetts changent la provitamine en vit. D. En second lieu le corps est sous l'influence de la poussée en longueur. Cette poussée réclame de l'énergie: du glycogène pour les muscles et du calcium pour le tissu osseux. Or, même avec une nourriture plus riche, on n'arrive pas, pendant ces mois, à la même performance chez les jeunes que dans les autres mois, car l'organisme en retient trop pour ses propres besoins. De même, l'endurcissement et l'adaptation du système cardiovasculaire n'ont pas encore pu se faire à un degré approprié.

Un dernier facteur est le besoin de l'enfant et de l'adolescent en repos et en sommeil. Les enfants sont d'ordinaire en demi-sommeil dans le laps de temps entre le réveil et le petit-déjeuner et la première sortie de la maison. On néglige alors le manger; physiologiquement on le remarque, la sécrétion stomacale est réduite, donc il y a peu d'appétit.

Au lieu de 20 – 25 pour cent de la quantité de nourriture journalière que l'on devrait prendre le matin pour faire de bons

efforts physiques et psychiques, on ne prend que la moitié, quelquefois, quand on a hâte, on prend même une quantité plus minime encore. Dans ce cas l'enfant doit intercaler vers 10 heures un second petit-déjeuner, car la matinée, après la détente de la nuit, est propice aux efforts d'entraînements. Dans l'après-midi, le temps de performance arrive vers 16 heures. Là également on doit veiller à ce que le déjeuner soit pris entre 13 et 14 heures pour que la digestion n'entrave pas la capacité de l'effort.

Biologiquement, l'enfant a besoin de 9 – 10 heures de sommeil; dans la phase d'entraînement il faut ajouter un petit sommeil ou une sieste après le déjeuner. Les méfaits du bruit et de la hâte demandent impérativement ce repos; dans le cas où l'on n'en tient pas compte, l'adaptation du système végétatif se fera plus difficilement; la labilité ainsi que l'irritation subie pendant la journée ne trouvent pas le sommeil réparateur. La conséquence en est la perte de la gaité de l'enfant, ainsi que des maux de tête, une inappétence, une adynamie et une diminution de la valeur physique et de la performance.

On ne demande pas à l'enfant sportif une vie d'ascète; son tempérament et les nécessités de l'organisme s'y opposent. Cependant, l'adolescent doit s'abstenir de toute prise d'alcool, de toute occasion de fumer, de tout excès de café et également de kola. Ces boissons constituent un genre de *doping* que le système nerveux de l'adolescent ne supporte pas et qui fait perdre chez lui cette qualité primaire dans le sport – et dans la vie également – que je nomme le sens kinesthétique. Les exercices d'orientation, de coordination et surtout d'équilibre en sont les formes usuelles. Ce sont elles qui souffrent les premières. Dans ce chapitre, on doit parler des pauses nécessaires intercalées dans les périodes d'entraînement et d'activité. Le «type labile» en a le plus grand besoin. C'est chez lui que la circulation est peu efficace; il n'élimine pas assez vite son acide lactique. L'exercice mal guidé peut avoir sur son courage une répercussion tout aussi néfaste qu'un bon contrôle peut avoir une influence extrêmement favorable. Si la tachycardie se déclare après un effort plus élevé et plus prolongé que d'ordinaire, si une hypoxie manifeste se déclare, si l'enfant montre un visage pâle et qu'une transpiration profuse et des scotomes au champ visuel apparaissent, il est grand temps d'intercaler des pauses prolongées et de pratiquer les exercices après une bonne récupération. L'entraînement doit se faire graduellement par intervalles en modifiant les variétés sportives.

Un tiers pour les exercices, un tiers pour les pauses et un tiers pour la mise en disposition: telle est la règle. C'est une formule ménageant les forces de l'adolescent et l'économie de l'effort.

Pensons en dernier lieu aux infections focales si nombreuses chez les enfants: amygdales, dentition, troubles gastro-

intestinaux, vers, sinusites, infections grippales et appendicites chroniques. Toutes ces infections latentes ont un retentissement organique, toutes paralysent une partie des forces de l'organisme et empêchent l'adolescent de donner le plein de ses forces. Ce potentiel de performance amoindrie s'ajoute au potentiel biologique de moindre rendement dans toutes les épreuves de résistance qui sont si peu conformes à un organisme en évolution.

A la jeunesse nous offrons tout un monde nouveau, celui de l'éducation physique, nous désirons l'épanouissement de toutes ses qualités physiologiques et morales. Mais nous devons les canaliser et les surveiller; dans cette surveillance les facteurs exogènes jouent un rôle important.

Les connaître, c'est pouvoir éviter leurs méfaits, c'est prévenir et sauvegarder le potentiel biologique.



**DOMINAL**<sup>®</sup>  
Chlorhydrate de N-(3-Diméthylamino-propyl) - thiophényl - pyridylamine

**Psychosédatif**  
pour le traitement ambulatoire des troubles  
de la régulation neurovégétative.  
Boîte de 20 dragées à 20 mg. Flacon 10 cc. gouttes

**DOMINAL FORTE**<sup>®</sup>  
**Neuroleptique - Psycholeptique**  
dans les états de tension et d'excitation.

Boîte de 20 dragées à 40 mg.  
Boîte de 20 comprimés à 80 mg.  
Boîte de 5 ampoules 2 cc. 40 mg.  
Boîte de 5 ampoules 4 cc. 80 mg.

CHEMIEWERK HOMBURG AKTIENGESELLSCHAFT FRANKFURT (MAIN)

**Ets A. de BOURNONVILLE & FILS S. A.**  
Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques  
36-38, rue aux Fleurs, Bruxelles 1 - Tél. 17.89.00 - 17.53.34

**Nouveau**

**HOMBURG**

**angor**  
asthme, coqueluche  
coliques néphrétiques

**NOKHEL**

et  
son association  
spasmolytique  
et anti - algique  
**NOKHEL**  
**PAPAVERINE**  
**PHENOBARBITAL**  
en  
**dragées glutinisées**  
**et suppositoires**

PREMIER DÉRIVÉ HYDROSOLUBLE DE LA KHELLINE  
**TOLÉRANCE - ACTIVITÉ**

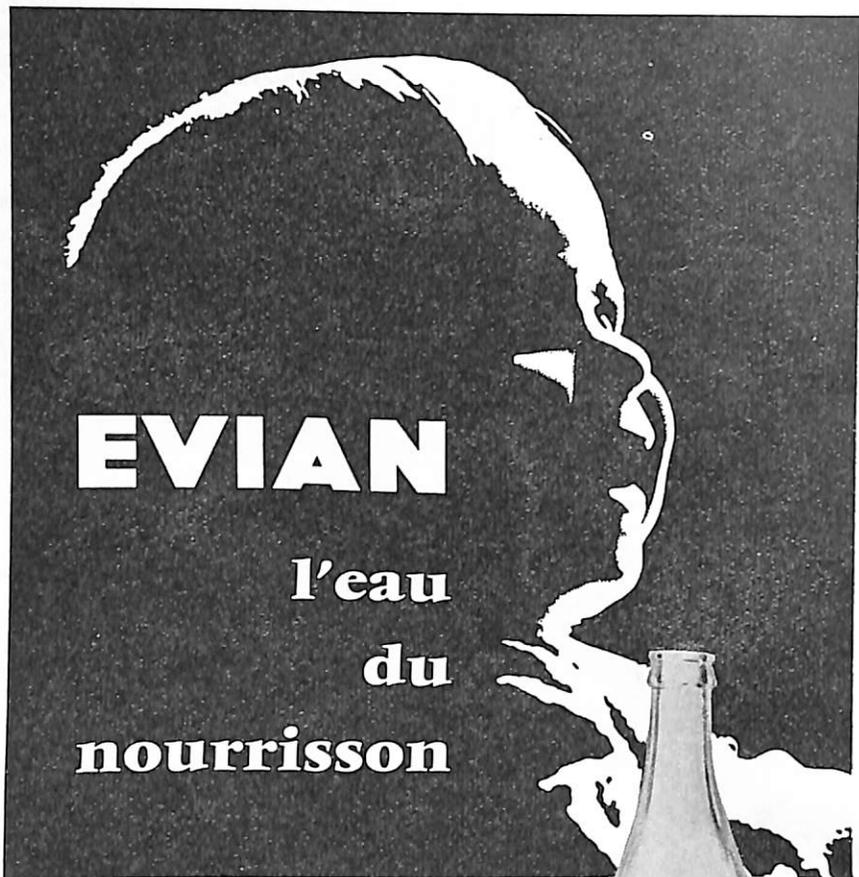
comprimés 5 cg

ampoules 5 cg

suppositoires 10 cg

**Laboratoires HOUDE, 9, rue Dieu, PARIS**

CONCESSIONNAIRES POUR LA BELGIQUE : **Gabriel DELFORGE et C<sup>ie</sup>**  
158, Chaussée de Haecht. **BRUXELLES III - TÉLÉPHONE : 15.49.40**



# EVIAN

l'eau  
du  
nourrisson

Les pédiatres recommandent l'eau d'EVIAN, si pure, si légère, pour les bébés. Les organismes les plus délicats l'assimilent parfaitement. Ajoutée aux laits naturels, en poudre ou condensé, elle assure à l'alimentation infantile une haute qualité constante.



**Preuve de confiance :**  
l'eau d'EVIAN détient le  
record mondial de vente des  
eaux minérales.

*Si pure! Si légère!*



**EVIAN**

SOURCE CCHAT



# Diabetestherapie- mit Nadisan® leicht gemacht

Viele Diabetiker sind heute in der glücklichen Lage, zur Behandlung ihrer Krankheit mit einer **einmaligen** täglichen Einnahme von 1-2 Tabletten (am besten zum Frühstück) **Nadisan** auszukommen.

3 Punkte sprechen für Nadisan:

bis zum nächsten Tag anhaltende Wirkung

besondere Wirtschaftlichkeit

ausgezeichnete, seit fünf Jahren bewährte Verträglichkeit.

Nadisan Tabletten zu 0,5 g zur oralen Behandlung des Diabetes mellitus

C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim



# Nadisan®

Représentant pour le Gr.-D.

**PROPHAC,**  
125, rue Ad. Fischer  
Luxembourg

**HYPNOGÈNE  
NON  
BARBITURIQUE**

*le*  
**mérinax**

induit  
en 20 à 30 minutes  
un sommeil physiologique  
d'une durée de 6 à 8 heures  
suivi d'un réveil dispos  
exempt de tout état  
crépusculaire.

**Flacon de 20 comprimés  
Catégorie B du FNAMI**



**LABAZ**

168 avenue Louise, Bruxelles 5

1866-39

## LES LIVRES ET LES REVUES

DIE PAPIERELEKTROPHORESE, par *Ch. Wunderly*. Deuxième édition entièrement révisée. Editions H. R. Sauerländer et Cie, Aarau (Suisse).

Résumer dans un livre de 200 pages nos connaissances actuelles sur l'électrophorèse était une entreprise à laquelle seul un spécialiste pouvait s'attaquer.

Le Dr Wunderly de Zurich est non seulement un spécialiste de l'électrophorèse, mais aussi - et surtout - des protéines. Le livre «Die Bluteiweißkörper des Menschen» qu'il a publié avec le Prof. Wuhrmann paraît déjà en troisième édition et constitue un ouvrage standard dans le domaine des protéines. C'est également à Wunderly que nous devons le Cadmium-Test si largement répandu.

En grandes lignes «Die Papierelektrophorese» se divise en deux parties: la première s'adresse surtout au chimiste clinicien. Après la description des divers types d'appareils commerciaux et de leurs possibilités, l'auteur y expose d'une façon fort détaillée les diverses techniques de séparation, de coloration et d'évaluation quantitative. Ce chapitre se termine par une discussion des causes et des limites d'erreur de l'EP. L'attention est attirée sur le fait qu'il est impossible de comparer directement des résultats obtenus par des techniques différentes. Chaque laboratoire possède sa «valeur-maison» (Hauswert) à laquelle on doit se référer.

La deuxième partie de cet ouvrage destinée avant tout au médecin, est consacrée aux résultats obtenus par l'EP.

Si la part principale revient aux protéines sériques et à leurs variations pathologiques, l'EP des lipides et des hydrates de carbone sériques n'est pas négligée.

Une part est en outre réservée à l'EP des protéines de l'urine, du LCR, des liquides de ponction, de la salive etc. De même l'EP des protéines marquées aux isotopes radioactifs (S, C, I) n'est pas passée sous silence.

Si l'auteur n'a pu entrer dans les détails de tous ces domaines, il cite néanmoins une vaste bibliographie (plus de 1600 références), qui permettra aux intéressés de rechercher toutes les précisions utiles. Le praticien et le chimiste clinicien auront donc de nombreuses occasions de consulter cet ouvrage.

*D. Kutter*

\* \* \*

ELECTROCARDIOGRAPHIC TEST BOOK, par *T. Windsor*, New York, The American Heart Association, Inc., vol I, 167 pages, vol II, 132 pages.

On aura rarement rencontré ouvrage plus utile sur l'électrocardiographie courante. Dans le premier volume, 119 électrocardiogrammes sont fidèlement reproduits, avec quatre interprétations possibles parmi lesquelles le lecteur doit choisir selon le système du «multiple choice», base des examens dans les universités américaines. A la fin du même volume, 237 questions pratiques sont soumises au lecteur.

Le second volume réunit les réponses à toutes les questions, chaque tracé étant complété par des données cliniques sommaires et des radiographies du cœur.

On reconnaît dans cet ouvrage les caractéristiques de l'électrocardiographie américaine: clarté, concision et souci d'éviter l'ésotérisme. La plupart des problèmes posés sont relativement faciles à résoudre, mais ce sont ceux qu'on rencontre dans la pratique quotidienne.

Le débutant, à condition qu'il ait quelques notions d'électrocardiographie, s'instruira grâce à cet enseignement de valeur inappréciable. L'électrocardiographiste trouvera à cette récapitulation utile un plaisir du genre de ceux que procurent les mots croisés.

R. Schaus

\* \* \*

ACTA CYTOLOGICA, vol. III, N° 2, 1959, Chicago, Illinois.

Cette revue hautement spécialisée est dirigée par un comité de rédaction comprenant *Clarice Amaral Ferreira*, *Ruth M. Graham*, *George N. Papanicolaou*, *J. Paul Pundel* et *James W. Reagan*. Elle fait figure d'organe officiel de l'Académie Internationale de Cytologie, dont notre compatriote le *D<sup>r</sup> J. Paul Pundel* est «Président-Elect».

Le numéro 2, 1959 est dominé par la formule originale des symposiums par correspondance, et consacré à la cytologie hormonale pendant la grossesse et le post-partum. D'autres jugeront avec plus de compétence la somme compacte de faits et d'opinions que contient cette publication. Nous relèverons seulement ici la part capitale prise par le Luxembourg dans ce symposium international, grâce aux rapports et aux interventions du *D<sup>r</sup> J. Paul Pundel*. Il est également permis d'admirer la façon dont les éditeurs se sont acquittés d'une tâche rédactionnelle particulièrement difficile.

R. Schaus



## le ROI des dilatateurs coronariens

Dans toutes les formes d'  
Insuffisance Coronarienne  
d'origine  
fonctionnelle ou organique

- INDICE THERAPEUTIQUE ELEVE
- ACTION ELECTIVE  
SUR LES CORONAIRES
- SUFFISAMMENT PROLONGEE
- DEPOURVUE D'EFFETS  
COLLATERAUX
- ET DE TOUTE  
MANIFESTATION TOXIQUE

Nom déposé

# RECORDIL

Flavone-7-oxyacétate d'éthyle

Tubes de 20 comprimés (Cat. B du F.N.A.M.I.)

Flacons de 50 comprimés

en comprimés contenant 15 mg  
et en comprimés contenant 30 mg

LICENCE :

RECORDATI - Laboratorio Farmacologico S.p.A. Milano

Ets A. de BOURNONVILLE & FILS, S.A.

Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques

36-38, rue aux Fleurs, Bruxelles 1 - Tél. 17.89.00 - 17.53.34





# Convacard

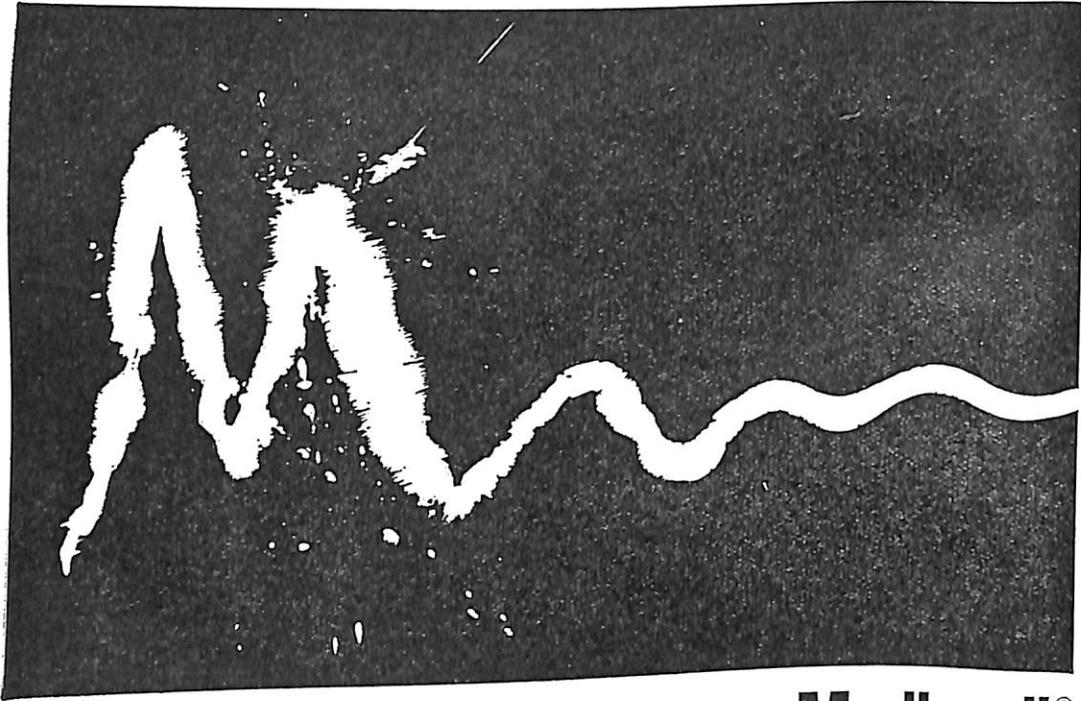
Bei allen  
Herzinsuffizienzen  
außer  
Myocardödem

wirklich  
kumulationsfrei,  
per os  
exakt dosierbar

Generalvertretung für Luxemburg: **INTEGRAL S.A.** - 61, rue de Strasbourg, Luxembourg

**Mellerettes®**  
Thioridazine 5 mg

**Relaxateur psychique sûr  
d'application facile  
en pratique journalière**



**Melleril®**  
Thioridazine 25 et 50 mg

**Neuroleptique bien toléré  
pour la thérapeutique  
psychiatrique hospitalière  
et ambulatoire**



**SANDOZ S.A., Bâle/Suisse**

Puissant gestagène

peroral

le

# **PRIMOLUT N**

anhydro-oxy-nor-progestérone

ouvre des voies nouvelles  
à la thérapeutique  
gynécologique

Indications : métropathie hémorragique,  
polyménorrhée, retard provoqué de la  
menstruation, troubles prémenstruels,  
dysménorrhée, aménorrhée, stérilité.

Présentation: 30 comprimés à 5 mg  
d'anhydro-oxy-nor-progestérone

*Schering*  


Admis en catégorie Ac.

**RODOLPHE COLES, S. A. DIEGEM (près Bruxelles)**

Tél. (02) 20.15.00 (lignes groupées)

# **Traitement local et général des urétrites et vaginites à *Trichomonas vaginalis***

# **F L A G Y L**

8823 R. P. ou (hydroxy-2' éthyl) - 1 méthyl - 2 nitro - 5 imidazole

## **VOIE BUCCALE :**

Comprimés dosés à 250 mg  
Flacon de 20 -

## **TRAITEMENT LOCAL :**

Comprimés gynécologiques  
dosés à 500 mg  
Tube de 10

## **CHEZ L'HOMME :**

Traitement par voie buccale : 2 comprimés à 250 mg  
par jour pendant 10 jours consécutifs.

## **CHEZ LA FEMME :**

Traitement local: 1 comprimé gynécologique à 500 mg  
le soir pendant 10 à 20 jours.

Compléter, éventuellement, par un traitement par voie  
buccale aux mêmes doses que chez l'homme.

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
RHÔNE



D'EXPANSION CHIMIQUE  
POULENC

38, rue de l'Automne, Bruxelles 5. TÉL. : 48.12.30 - 47.29.31.

# ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

## L'ÉRADICATION DU PALUDISME: UN DÉFI AU MONDE

C'est le paludisme, la malaria comme on l'appelle parfois, que la Journée Mondiale de la Santé a mis cette année en vedette (7 avril 1960).

C'est la première fois dans l'histoire de l'humanité qu'une maladie fait à elle seule l'objet d'une coalition internationale aussi vaste. Les quatre-vingt-dix Membres de l'Organisation mondiale de la Santé ont, d'un accord unanime, décidé de concentrer leur savoir et leurs ressources sur un but qui n'est rien moins que l'élimination de ce fléau de la surface de la terre. La Journée Mondiale de la Santé, cette année, était l'occasion de rappeler au monde la tâche urgente qu'il a devant lui.

En 1960, le paludisme constitue encore une menace permanente pour plus d'un milliard d'êtres humains qui se trouvent être parmi les plus pauvres, les plus faibles, ceux qui justement auraient besoin de toutes leurs forces pour se libérer du carcan de la misère.

Or, celui qui a le parasite du paludisme dans son sang est un être dont les initiatives se paralysent, que des efforts déçus conduisent à un certain fatalisme et dont l'organisme affaibli s'ouvre aux infections fatales.

Et qui plus est, le paludisme fauche en premier l'espoir le plus précieux des nations: les enfants, car 10 à 15 pour cent de la mortalité infantile lui est imputé.

Le mécanisme de la transmission du paludisme est bien établi. On sait comment la maladie est disséminée par des moustiques. On connaît les chemins qu'emprunte le parasite dans l'organisme humain, pour faire éclore la fièvre et pour tuer. On a trouvé le moyen de détruire les moustiques. On dispose de médica-

ments efficaces pour la guérison des malades. Les méthodes de lutte contre la maladie et son vecteur se font chaque jour plus rigoureuses.

Mais l'on n'ignore pas non plus que les moustiques savent se défendre. C'est pourquoi il faut aller vite. Tant que les armes que nous opposons au paludisme sont encore efficaces, il est impérieux d'intensifier le combat jusqu'à ce que la maladie ait disparu de la surface de la terre, jusqu'à ce que les derniers cas aient été découverts et guéris, même dans leurs repaires les plus reculés et les plus secrets.

La tâche confiée à l'Organisation Mondiale de la Santé par ses Etats Membres est gigantesque: coordonner les différentes phases de la campagne universelle qui vise à la libération complète et inconditionnelle de plus d'un milliard d'êtres humains, dans 148 pays ou territoires à travers le monde.

En ce printemps 1960, quatre-vingt-douze pays ou territoires sont engagés, à des stades divers, dans des opérations antipaludiques dont l'ensemble constitue le plus vaste programme de santé publique qui ait jamais été synchronisé dans le monde.

Treize de ces pays figurent en tête du palmarès de l'éradication et n'ont plus aujourd'hui à déplorer que quelques cas sporadiques. Il y a malheureusement quelque cinquante-six pays et territoires dans lesquels aucune activité antipaludique n'a encore pu être entreprise.

A cette échelle du monde, l'éradication du paludisme demande, point n'est besoin de le dire, un personnel nombreux et entraîné, un équipement important, de larges crédits et une organisation rigoureuse. Mais elle exige surtout de tous

les gouvernements du monde la foi en la réussite et la volonté d'aboutir.

L'éradication du paludisme est un défi lancé au monde. On peut espérer qu'au moment où l'homme se dit prêt à mettre le pied sur la lune, il se montrera capable de chasser de sa propre planète l'un de ses ennemis les plus redoutables.

Je suis convaincu que le monde d'aujourd'hui est en mesure de relever le défi qui lui est lancé. Il y va de son honneur. En bref, l'éradication du paludisme est avant tout affaire de volonté. Et vouloir, c'est déjà réussir.

M. G. Candau,  
Directeur général de l'OMS.

## JUSQU'À LA DÉCOUVERTE DU DERNIER CAS

La campagne universelle d'éradication du paludisme vise à la libération complète et inconditionnelle de 1 milliard 200 millions d'êtres humains vivant dans 148 pays ou territoires répartis sur les cinq continents.

À l'heure actuelle, selon les renseignements dont dispose l'OMS, quatre-vingt-douze pays ou territoires abritant une population d'un milliard d'âmes sont engagés à des stades très divers dans des opérations antipaludiques dont l'ensemble constitue le plus vaste programme synchronisé de santé publique que le monde ait jamais connu. Tandis que cinquante-six autres pays et territoires - 200 millions d'habitants - attendent encore que l'on s'occupe d'eux.

Treize pays et territoires (La Barbade, Biélorussie, Chili, Corse, Chypre, Italie, La Martinique, Pays-Bas, Porto-Rico, Singapour, Tobago, Ukraine et Etats-Unis) figurent en tête du palmarès de l'éradication du paludisme. Ils n'ont plus aujourd'hui à déplorer que quelques cas sporadiques ou introduits et préfigurent ce que pourra être très prochainement la situation dans la plus grande partie du monde, si les efforts en cours ne se ralentissent pas.

Selon le *D<sup>r</sup> Emilio Pampiana*, qui fut le premier Directeur de l'éradication du paludisme à l'OMS:

«Il n'y a pas de doute, l'éradication du paludisme sera une réalité d'ici quelques années, dix ou vingt ans, tout au moins en ce qui concerne l'Europe, l'Asie, l'Amérique et

l'Afrique du Nord. Mais à la condition que l'on fasse les choses convenablement et sérieusement dès maintenant. On a souvent comparé la campagne d'éradication mondiale du paludisme à une guerre. Rien n'est plus vrai; on ne fait pas la guerre à moitié. Il faut s'engager à fond.

«Il faut avant tout disposer d'un budget largement et régulièrement alimenté pendant le temps nécessaire. Si l'on coupe certains crédits à un stade quelconque de la campagne, l'ensemble peut s'effondrer. Peut-on imaginer de demander à un chirurgien de faire des économies d'anesthésique en cours d'opération? Non! Parce que son malade risquerait d'en mourir. Pour les campagnes d'éradication, c'est la même chose. Il ne peut être question de faire des économies lorsque les opérations sont lancées.

«Il est indispensable que les pays s'engagent dans la bataille avec suffisamment de munitions pour aller jusqu'au bout. Elle doit aider les services nationaux à obtenir les moyens qu'ils exigent. Les chefs d'Etat, les chefs de gouvernements, les politiciens, ceux dont dépendent en définitive les crédits, doivent être convaincus de l'utilité de la lutte qu'engagent leurs pays non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour le reste du monde.

«C'est au dernier stade de l'éradication que le problème se compliquera. Le paludisme aura cessé d'être un problème de santé publique. La grande majorité de la

population n'en souffrira plus. Une maladie perd toujours son prestige lorsqu'elle cesse d'émouvoir. Et alors un homme politique libérera plus facilement des crédits pour l'édification d'un bâtiment public qui portera son nom que pour l'entretien d'un discret service de surveillance du paludisme qui réclamera des sommes d'argent infiniment plus modestes.

«Oui, je suis persuadé que d'ici une dizaine d'années la plus grande partie du monde sera débarrassée du fléau. Ce sera alors le moment de régler le cas de l'Afrique, qui pose des problèmes plus compliqués qu'ailleurs, difficilement solubles dans leur ensemble à l'heure actuelle: personnalité des moustiques responsables, mode de vie des populations, dissémination des habitations, manque de moyens de communication et de transport...

«Mais il n'est pas téméraire de prédire que le monde mettra son point d'honneur à se coaliser pour faire tomber au moment venu les dernières redoutes africaines du paludisme. Ce sera d'ailleurs dans l'intérêt de tous. Pourrait-on supporter à ce moment-là la présence d'un tel réservoir d'infection au coeur de la planète?»

Pour le *Professeur G. Macdonald*, Directeur du Ross Institute of Tropical Medicine de Londres, et Président du dernier Comité d'experts du Paludisme de l'OMS, la terre ne sera réellement et pour toujours débarrassée du paludisme que lorsque le dernier cas aura été démasqué et traité, lorsque l'infection aura totalement cessé d'exister.

«Pour parler sérieusement d'éradication du paludisme, dit le Professeur Macdonald, pour employer ce mot dans son sens exact, nous devons reviser notre mode de penser.

«Mettons-nous à la place d'un juge d'instruction à qui, contrairement à l'habitude, on demanderait de prouver qu'un crime n'a pas été commis dans sa ville. D'abord il

serait dérouteré. Ensuite, il utiliserait pour établir cette preuve négative tous les moyens dont il dispose normalement pour établir des preuves positives. Il ferait râtisser la ville par ses policiers et ses enquêteurs jusqu'à ce qu'il soit rigoureusement et sans discussion établi qu'il n'y a pas d'arme du crime, pas de victime, pas de meurtrier...

«Pour le paludisme, ce devra être la même chose. Les services de surveillance des pays qui prétendent avoir réalisé d'éradication devront bientôt eux aussi cesser de chercher les cas qui subsistent pour s'attacher à prouver que plus un seul ne subsiste. Lorsqu'ils l'auront prouvé, alors on pourra parler d'éradication du paludisme.

«Je conçois que le monde ne va pas tarder à aborder la phase la plus délicate de la campagne actuellement en cours, lorsqu'il s'agira de s'attaquer aux cas résiduels. Si on les ignore, on ne pourra prétendre avoir accompli l'éradication parce que la menace de réinfection, bien que considérée négligeable, continuera à peser sur le monde. L'infection se trouvant quelque part et les moustiques se trouvant eux aussi quelque part, la rencontre ne manquerait pas de se produire et tout serait à recommencer.

«Je vois l'avenir de l'éradication du paludisme comme ceci: d'abord, une rigoureuse préparation scientifique de la campagne dans les laboratoires; ensuite, frapper très vite et très fort sur les terrains d'opération; enfin, établir un service de surveillance résolu à obtenir la preuve définitive que l'infection a disparu.

«Bien entendu, la mise en pratique de ces trois principes exige de bonnes administrations, de bons moyens de communication, des populations éclairées, de la conscience professionnelle et de l'argent... A cet égard, je suis convaincu que les bailleurs de fonds s'exécuteront lorsqu'on leur aura administré la

preuve - positive cette fois - que l'entreprise est sérieuse.

«Je ne me dissimule pas les innombrables difficultés qui peuvent s'opposer à une telle réalisation: le manque de chercheurs, de techniciens, d'administrateurs, etc. Et puis, il y a le problème, extraordinairement compliqué à l'heure actuelle, des nomades...»

Les énormes mouvements migratoires qui, chaque année, déplacent des millions et des millions d'êtres humains constituent un problème dont les projets d'éradication du paludisme devront tenir un compte attentif lorsqu'ils verront se rapprocher leurs objectifs.

Ces nomades, ce sont les bergers changeant de pâturages, les paysans quittant leurs vallées pendant les

chaleurs de l'été, les travailleurs saisonniers, ceux qui viennent chercher du travail dans les villes industrielles, les pèlerins traversant des continents entiers pour se rendre sur les lieux saints. Autant d'individus ayant échappé aux mesures antipaludiques qui risquent de réintroduire le parasite du paludisme, véhiculé dans leur sang, dans les territoires qui en sont débarrassés.

A mesure que la campagne mondiale d'éradication du paludisme approchera de son terme, lorsqu'il s'agira de démontrer que le paludisme n'existe plus, on verra les opérations antipaludiques s'apparenter aux mesures traditionnelles de quarantaine internationale comme c'est aujourd'hui le cas pour la fièvre jaune par exemple.

# IBEROL

**Thérapeutique anti-anémique  
bi-quotidienne complète**

IBEROL contient dans un comprimé de taille réduite, les agents anti-anémiques de base plus les facteurs nutritionnels essentiels y compris le complexe de vitamine B, dont le goût est parfaitement masqué par le nouv. enrobage 'filmtab'

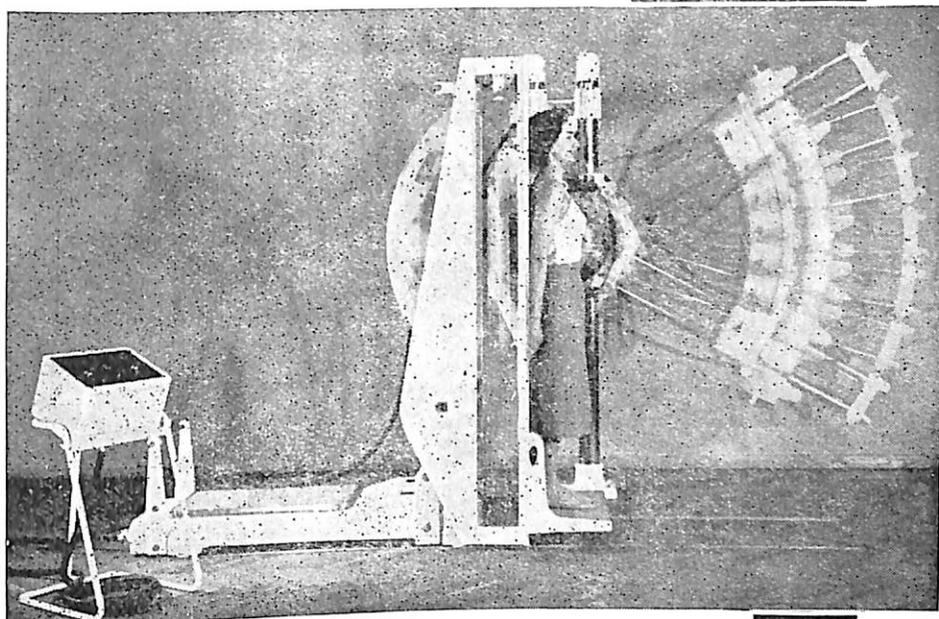
**Abbott Laboratories**  
S.A.

Boulevard de Waterloo, 95  
BRUXELLES I

# Tomographe universel

**PHILIPS** MT 2  
entièrement motorisé

KATYPECO TECHNIQUE



Principe de Grossmann  
Commande à distance  
Tomoscopie  
Stéréographie  
Pluristratigraphie  
Trendelenburg 10°

Renseignements auprès de :

**PHILIPS** "Metalix!"

66, boulevard de l'Impératrice, Bruxelles 1

**PHILIPS** NEDERLAND n.v.

Eindhoven.



74 M

**BONNES DENTS**

# Zymafluor

La santé des dents joue un rôle important pour la santé de l'organisme. La **carie dentaire** peut être le point de départ de maladies graves (infections focales) dans d'autres parties du corps.

C'est pourquoi de nombreux médecins prescrivent systématiquement le ZYMAFLUOR à toutes les femmes enceintes et à tous les enfants en bas âge. Le ZYMAFLUOR, complément diététique exactement dosé, augmente la résistance des dents à la carie.

Aucune contre-indication.

Boîte standard de 1000 comprimés Fr. 116,—  
Petite boîte de 150 comprimés Fr. 24,—

LAB. ZYMA-GALEN S. A.  
209-213, RUE DE WAND  
BRUXELLES 2 TEL. 78.75.03



# CONGRÈS ET RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

## COMPTE RENDU DU XIX<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES A ZURICH

6 - 10 septembre 1959

Le Comité d'Organisation fera publier par la Société Suisse de Pharmacie fin mai 1960 un compte rendu du XIX<sup>e</sup> Congrès International des Sciences Pharmaceutiques.

### *Sommaire du compte rendu* (environ 450 pages)

#### I. *Allocutions*

- a) de la séance d'ouverture et
- b) de la réunion de clôture du congrès.

#### II. *Conférences et discussions du symposium*

1. Stability of medicaments (Prof. D<sup>r</sup> S. A. Schou, Copenhagen)
2. Altérations d'origine physique des médicaments (Prof. D<sup>r</sup> M. Guillot, Paris)
3. Decomposition of medicaments due to chemical changes (Prof. D<sup>r</sup> S. A. Schou, Copenhagen)
4. Mikrobiologisch bedingte Zersetzen von Arzneimitteln (Prof. D<sup>r</sup> K. Münzel, Basel)
5. Decomposition of medicaments due to auxiliary substances and containers of remedies and its prevention (D<sup>r</sup> T. D. Whittet, London)

#### III. *Communications* (texte original ou abrégé) *présentées dans les différentes sections et discussions s'y rapportant*

1. Section de pharmacognosie et de culture de plantes médicinales 17 communications

2. Section de chimie et de biochimie 20 communications
3. Section de pharmacie galénique 21 communications
4. Section de biologie et de pharmacologie 12 communications

#### *Conditions de livraison*

1. *Les donateurs et les congressistes* recevront gratuitement le compte rendu.
2. *Les membres de la Section Scientifique de la FIP* n'ayant pas participé au congrès peuvent se procurer le compte rendu au prix de fr.s. 25.-.
3. *Pour toute autre personne* le prix du volume s'élève à fr.s. 35.-.

Nous prions les personnes intéressées de bien vouloir faire parvenir leur paiement avant le 15 avril 1960 à l'adresse suivante:

Compte chèques post. VIII 39611  
XIX. Internationaler Kongress der Pharmazeutischen Wissenschaften  
25, Clausiusstraße  
Zürich 6 / Suisse

Passé ce délai, aucune souscription aux prix indiqués ci-dessus ne pourra plus être acceptée.

Pour le Comité d'Organisation  
Prof. D<sup>r</sup> J. Büchi Prof. D<sup>r</sup> H. Flück  
Prof. D<sup>r</sup> K. Steiger.

\*

#### CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GÉRONTOLOGIE

L'Association Internationale de Gérontologie a choisi San Francisco pour y tenir le Cinquième Congrès International de Gérontologie. Il aura lieu du 7 au 12 août 1960. L'intérêt qu'il suscite est tel qu'on compte recevoir à San Francisco en-

tre 1500 et 2000 participants venant de tous les continents.

Le programme se déroulera en quatre sections: sciences biologiques; médecine clinique; psychologie et sciences sociales; sécurité sociale.

Afin que la plus grande latitude soit laissée aux rapporteurs, il n'y aura pas de thème général. L'anglais sera la langue officielle.

Le but essentiel de l'Association Internationale de Gérontologie est de favoriser la découverte, le développement et la dissémination de nouveaux faits concernant le vieillissement et l'individu âgé, ainsi que les modifications sociales et les adaptations rendues nécessaires par le vieillissement des populations.

Toute demande d'information concernant d'autres points du Cinquième Congrès International devra être envoyée à l'adresse suivante:

*Louis Kaplan, President*  
Post Office Box 2103  
Sacramento 10, California, U.S.A.

\*

## I<sup>er</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'ENDOCRINOLOGIE

Le premier Congrès International d'endocrinologie aura lieu à Copenhague, du 18 au 23 juillet, sous la présidence du Professeur Bernardo A. Houssay. Dans les dix symposiums, les sujets suivants seront traités: régulation nerveuse centrale de la sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse; hormones polypeptidiques du lobe antérieur de l'hypophyse; hormones du lobe postérieur de l'hypophyse; hormone parathyroïdienne et métabolisme du calcium; aspects de la reproduction; syndromes adrénocorticaux; aldostérone; pharmacologie des hormones stéroïdiennes; actions hormonales au niveau des cellules; sujets d'endocrinologie comparée.

Pour toute information, on est prié d'écrire à l'adresse suivante:

*Professeur F. T. C. Prunty*  
Department of Chemical Pathology  
St. Thomas's Hospital, Medical School  
London S. E. 1.

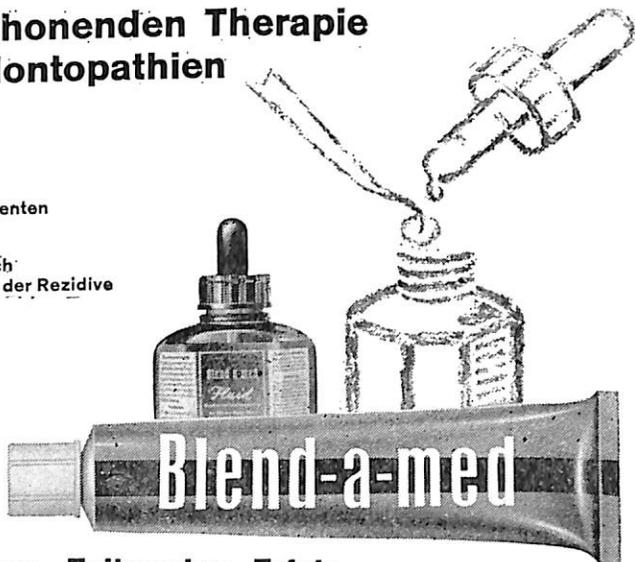
## Zur gewebeschonenden Therapie bei Parodontopathien

**Fluid:** nicht ätzend  
leicht applizierbar  
angenehm für den Patienten

**Paste:** netzmittelfrei  
kräftigt das Zahnfleisch  
vermindert die Gefahr der Rezidive

Blend-a-med Fluid  
Pipettenflasche 30 ccm  
Praxispackung 200 ccm  
Klinikpackung 500 ccm

Blend-a-med Paste  
Spezifikum zur Gesunderhaltung  
von Zahnfleisch und Zähnen  
Tube 62 g



**Arbeits erleichterung Zeitgewinn Erfolg**

Blend-a-med Forschung, Mainz

Generalvertretung für Luxemburg: **INTEGRAL S.A.**

61, rue de Strasbourg, Luxembourg

# Nouveau Régulateur Métabolique

## INDIQUE

DANS UN GRAND NOMBRE D'AFFECTIONS

# Niamid\*

marque de la Nialamide

- 1 ETATS DEPRESSIFS RENCONTRES DANS LA PRATIQUE JOURNALIERE *caractérisés par: tristesse, sentiment de culpabilité, fatigue émotive, perte d'intérêt vis-à-vis du milieu environnant etc.*
- 2 DEPRESSIONS PSYCHONEVROTIQUES: *ménopause, états post-opératoires, maladies incurables ou chroniques etc.*
- 3 DEPRESSIONS PSYCHOTIQUES: *mélancolies d'involution, dépressions séniles, psychose maniaque - dépressive etc.*
- 4 DOULEURS REBELLES: *administré seul ou en association avec des narcotiques ou des analgésiques (cancer à sa phase terminale, rhumatisme, névrite, névralgie)*
- 5 ANGOR PECTORIS: *diminution de l'intensité de la douleur, réduction de la fréquence des crises, réduction des besoins en nitroglycérine*
- 6 DEFICIENCES MENTALES DE L'ENFANT

---

EXPERIMENTE DANS PLUS DE 5.000 CAS  
DEPOURVU DE TOXICITE

Echantillons et brochure détaillée sur demande  
Flacons de 30 et 100 comprimés dosés chacun à 25 mg.

**Pfizer**

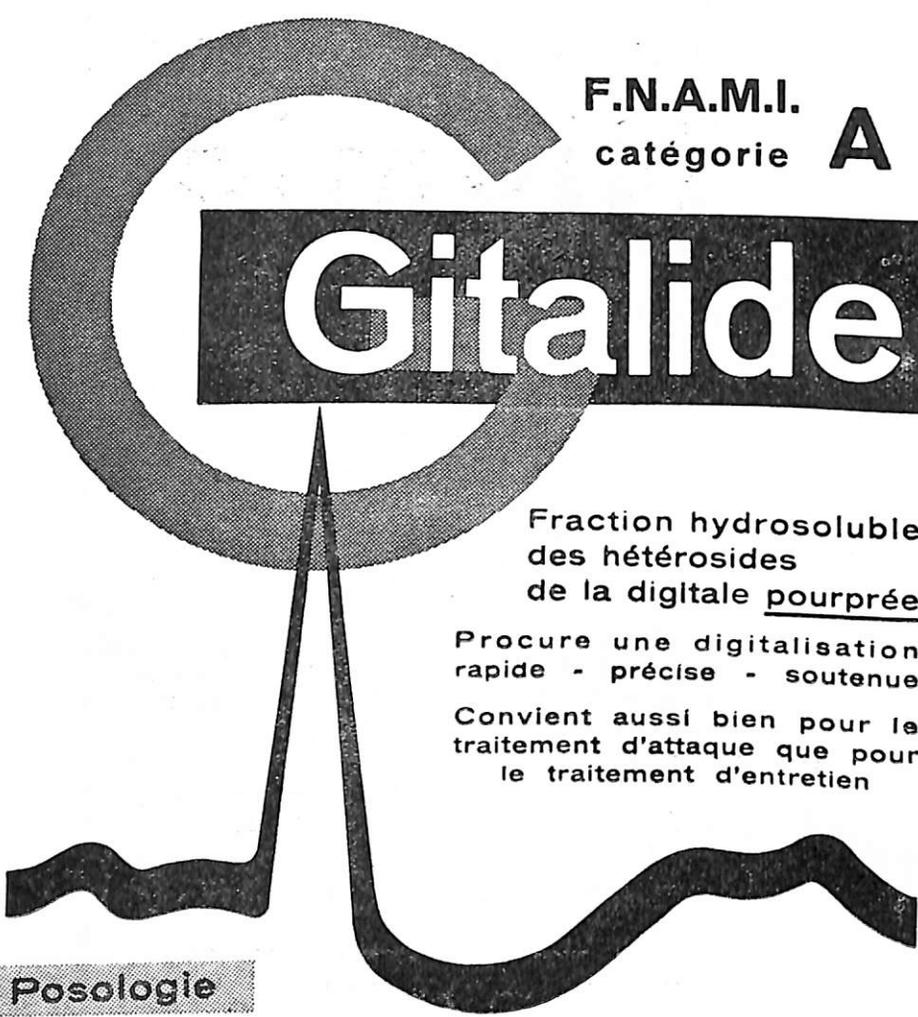
31-33, rue Thomaes - Bruxelles 9 - Téléphone 26.49.20

\* Marque déposée de Chas. Pfizer & Co., Inc

# Un cardiotonique

aussi efficace, mais plus maniable  
et mieux toléré que la digitaline

F.N.A.M.I.  
catégorie **A**



# Gitalide

Fraction hydrosoluble  
des hétérosides  
de la digitale pourrée

Procure une digitalisation  
rapide - précise - soutenue

Convient aussi bien pour le  
traitement d'attaque que pour  
le traitement d'entretien

## Posologie

L'administration de la Gitalide répond aux  
règles classiques d'un traitement à la digitaline

A. Christlaens s. a. - Bruxelles



## Pour l'allaitement mixte

l'Elédon, riche en protéines partiellement digérées et en sels minéraux, est le complément idéal du lait de femme.

Donné comme aliment unique, avec une adjonction d'hydrates de carbone (1 à 2 % de Soldor + 5 % de Nidex), l'Elédon peut être administré plusieurs mois sans risque de sous-alimentation.

- Alimentation normale.
- Prématurés.
- Traitement des dyspepsies.
- Affections cutanées.



Boîtes de 250  
et de 500 g

# Elédon

Babeurre en poudre demi-gras sans aucune adjonction.



Société Anonyme, 221, rue de Birmingham, BRUXELLES



2 antibiotiques à large spectre

tétracycline + chloramphénicol  
+ complexe B  
+ vitamine C + vitamine K

# AMBRASYNTH Lepetit

capsules vitaminées  
suspension vitaminée orale  
injectable intramusculaire

- dans les infections mixtes
- dans tous les cas nécessitant une posologie élevée
- dans les traitements prolongés

Lepetit S. p. A. - Milan (Italie)



Représentant pour le Grand-Duché **PROPHAC**, 125, rue Ad. Fischer, Luxembourg

n. abbate

## LA MÉDECINE DANS LE MONDE

### FRANCE

Sur décision du Conseil des ministres, un *Comité de la vieillesse* a été créé en France.

La situation démographique de la France est marquée par l'importance numérique relative des personnes âgées, 16,7 pour cent des habitants ayant actuellement plus de 60 ans. Cette proportion atteindra 18 pour cent dans dix ans.

La cause essentielle de ce phénomène est liée à la prolongation de la vie humaine due aux progrès de l'hygiène et de la médecine ainsi qu'à l'élévation du niveau de vie. Mais il est amplifié par les séquelles d'une évolution démographique qui, dans la première moitié du siècle au moins, avait consacré l'insuffisance de la natalité française. D'où le caractère primordial du problème de la vieillesse qui consiste à déterminer la place qui revient aux personnes âgées dans la société d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain.

La mission du comité sera donc de tracer les lignes directrices d'une politique d'ensemble de la vieillesse, tant dans le domaine de l'emploi et des revenus que dans celui des conditions d'existence, compte tenu des prévisions démographiques valables jusqu'en 1980.

Le comité devra, au terme de ses travaux, qui s'étendront sur une période d'environ dix-huit mois, proposer au gouvernement les solutions qu'une étude approfondie des problèmes entrant dans sa compétence lui aura permis de dégager. Le Parlement sera saisi des projets que ces solutions rendraient nécessaires dans le domaine législatif.

Le comité est présidé par M. *Pierre Laroque*, conseiller d'Etat. Y siègeront: MM. *Bourlière*, professeur à la Faculté de médecine de Paris; *Louis Chevalier*, professeur au Collège de

France; *Chevry*, directeur adjoint de l'I.N.S.E.E.; *Fourastié*, professeur au Conservatoire national des Arts et Métiers; *Pierre George*, professeur à la Sorbonne; *Luftalla*, président directeur général de la Compagnie d'assurances «La Nationale»; *Sauvy*, professeur au Collège de France, et *Vergeot*, représentant le commissaire général au Plan.

Les problèmes que le comité devra étudier, en vue de fixer une politique d'ensemble de la vieillesse, seront aussi bien la définition d'une politique de l'emploi, tenant compte de l'évolution démographique, que la recherche des moyens d'assurer aux personnes âgées des conditions d'existence décentes par un réaménagement éventuel, tant de l'aide sociale que des divers régimes de pensions, par la mise à la disposition des intéressés de logements appropriés à leurs besoins, par l'organisation de services médicaux et de services sociaux adaptés à leur situation propre, et, d'une manière générale, par la mise en service de toutes les mesures permettant d'infléchir la situation économique et sociale du pays en fonction des transformations de sa situation démographique.

Après une première phase de documentation, d'exploration, des diverses questions: démographiques, économiques, sociales et juridiques qui se présentent à lui, le comité procédera, dans le deuxième stade de sa mission, à l'audition des représentants qualifiés des intérêts en cause et fera, le cas échéant, les sondages d'opinion qui lui paraîtraient nécessaires. Il chargera ses rapporteurs de l'éclairer sur les expériences réalisées par les pays étrangers dont la situation démographique est voisine de celle de la France.

Enfin, la dernière étape de ses travaux sera consacrée à la synthèse des informations recueillies, des avis

entendus, des expériences faites, et à l'élaboration des propositions positives dont les pouvoirs publics seront, en dernière analyse, saisis.

#### GRANDE-BRETAGNE

La mortalité par leucémie en Grande-Bretagne a augmenté de 1,1 à 5,3 pour 100.000 habitants dans les 25 dernières années, mais cette tendance s'est surtout affirmée dans les 4 dernières années. Une cause possible en est la retombée du radio-strontium ( $Sr^{90}$ ). Pendant les 4 dernières années, les décès par leucémie, dans l'ensemble du pays, ont augmenté de 13 pour cent, dans certaines régions même de plus de 50 pour cent (régions montagneuses où l'eau de pluie dépose beaucoup de  $Sr^{90}$  dans le sol et sur la végétation).

Du lait provenant du Cardiganshire et du Cumberland contenait respectivement 28,4 et 21,1 unités strontium, contre une moyenne de 6,07 pour l'ensemble du pays.

Le strontium suit dans l'organisme la destinée du calcium et va se fixer dans le squelette. La plupart des leucémies ainsi provoquées sont de type myéloïde. D'autres travaux seront nécessaires pour incriminer avec certitude le  $Sr^{90}$  comme cause de la morbidité croissante par leucémie en Grande-Bretagne, mais les données préliminaires sont hautement suggestives.

\*

Une étude a été faite sur l'exactitude des certificats de décès (Statistical Review of England and Wales, Her Majesty's Stationary Office, 1958). Pendant une période de six mois, dix grands hôpitaux anglais ont fait établir un certificat double de décès pour chaque malade décédé. L'un des certificats était rédigé par un médecin se basant sur les données cliniques et l'autre par un anatomo-pathologiste après l'autopsie. Dans 51 pour cent des cas, les deux certificats concordaient; à ce pourcentage sont encore à ajouter

28 pour cent de cas où les divergences étaient de nature technique et non essentielle. Ainsi, dans à peu près 80 pour cent des cas, la cause de la mort indiquée par le clinicien était confirmée par l'anatomo-pathologiste. Chez 19 pour cent des cadavres, l'autopsie révéla des lésions passées inaperçues du vivant du malade. C'était surtout le cas chez les nouveaux-nés et les vieillards.

Le cancer des bronches n'était pas assez souvent dépisté par les médecins, surtout chez les malades âgés. Parmi les sujets décédés des effets de cette tumeur, elle n'avait pas été suspectée chez 30 pour cent. D'autres divergences existaient entre les cliniciens et les anatomo-pathologistes concernant le diagnostic des cardiopathies artérioscléreuses et coronariennes. L'accord n'était réalisé que pour 41 pour cent des cas. Un certain nombre d'embolies pulmonaires avaient été erronément prises par les cliniciens pour des syndromes d'origine coronarienne.

\*

Un médecin a fait appel contre sa condamnation en première instance pour excès de vitesse au volant. Il avait dépassé la vitesse limite autorisée alors qu'il se rendait auprès d'un malade où il avait été mandé de toute urgence. Le tribunal avait refusé d'admettre que les circonstances constituaient une raison spéciale d'acquiescement. Selon la loi, des circonstances exceptionnelles permettent de dépasser les vitesses limites (cars de police, pompiers). La Cour d'Appel acquitta l'accusé. Cette décision, selon des commentateurs, ne doit pas être interprétée comme une carte blanche autorisant les médecins à méconnaître les lois de la circulation lorsqu'ils se rendent d'urgence au chevet d'un malade. Chaque cas particulier doit être examiné, le degré d'urgence mis en balance avec le danger public que constitue la vitesse. Il n'est pas permis de tuer un piéton pour sauver un malade.

## NORVÈGE

Alors que les pharmaciens attachés aux hôpitaux peuvent fournir des placébos aux médecins hospitaliers pour des essais contrôlés de médicaments nouveaux et pour l'étude de la psychothérapie, le praticien ne peut que difficilement s'en procurer. De D<sup>r</sup> A. Fugelli suggère que les firmes pharmaceutiques mettent de tels comprimés à la disposition du corps médical. Cinq à huit types de placébos pourraient être commercialisés, chacun ayant son nom, son emballage propre, sa couleur et sa forme.

Grâce à eux, la consommation de sédatifs, d'hypnotiques et de tranquillisants pourrait être réduite, des économies seraient faites et on apprendrait beaucoup de choses sur l'efficacité de la suggestion en médecine.

## ETATS-UNIS

New-York l'Institut pour les Maladies du Muscle vient d'être inauguré. C'est le premier centre de recherche du monde, destiné uniquement à l'étude des muscles et de leur pathologie. Il compte 11 étages et a coûté 5 millions de dollars. Son but est «d'ajouter à notre connaissance du muscle, de comprendre la pathogénie de ses maladies, et de découvrir des thérapeutiques efficaces».

L'institut héberge 150 chercheurs qui se consacrent à la physiologie, la chimie des enzymes, la bactériologie, la pathologie expérimentale, la chimie des protéines, et la chimie organique. Ils disposent de plusieurs laboratoires pour isotopes radioactifs, de deux services de microscopie électronique, d'animaleries stériles et d'un service clinique.

\*

Les maladies vénériennes sont en augmentation aux Etats-Unis. L'incidence de la syphilis primo-secondaire pour l'année fiscale 1959 était plus élevée, et cela de 22,8 pour cent, que l'année précédente. Si cette tendance s'affirme, le nombre de personnes atteintes de syphilis primo-secondaire dépassera 10.000 en 1960. L'accroissement numérique des cas de blennorragie était de 7,8 pour cent.

## INDES

Le contrôle des naissances fait son chemin aux Indes, et le nombre de personnes se présentant dans les cliniques spécialisées s'accroît sans cesse. Dans l'Etat d'Uttar Pradesh, plus de 14.550 personnes fréquentent chaque mois ces cliniques. Du 1<sup>er</sup> septembre 1958 au 31 août 1959, 2.123 personnes furent stérilisées gratuitement sur leur demande. Dans ce chiffre on compte six femmes pour un homme.

## ANALGÉSIQUE

exempt de substance narcotique

# NEURIDON

à base d'aminopyrine, phénacétine,  
allylbarbital et caféine.

12 dragées

30 dragées

**ETS. A. COUVREUR - BRUXELLES 3**

## Dosages massifs d'acide acétylsalicylique ?

L'acide acétylsalicylique, sous forme de 'Dispril',  
peut être prescrit à doses massives pendant des  
périodes prolongées sauf dans les cas d'extrême  
hypersensibilité.

### **DISPRIL**

Acétylsalicylate de calcium  
stable, soluble, agréable au  
goût.

*étuis de 24 comprimés*

*emballages cliniques: bocaux de 250 et 500 comprimés.*

**DESTREE, DEPT. PHARMACEUTIQUE - BRUXELLES**

**Remineralisation - Recalcification  
Reconvalescence**

telles sont les principales indications du

**Sirop Glycérophosphaté**  
**PEROSSINE**  
**Tonique, Dépuratif, Stomachique**

**Composition :**     *Calc. glycerosphoric. liq. -  
Kal. iodat. - Extract. Sarsa-  
parillæ comp. fluid. - Extract.  
jugland. - Fruct. anis. stellat. -  
Vin. meridion. - Sirup. simplex.*

**PEROSSINE**

est le

**Sirop glycérophaté**  
que vous recherchez et qu'il vous faut

---

Admis par les Caisses. - Echantillons sur demande.

---

Laboratoires **Propharma** Luxembourg  
à Erpeldange/Ettelbruck

## Les faits et les chiffres



### Environ quarante pour cent

de ces personnes sont susceptibles d'être équilibrées, en cas de dysfonctions diabétiques, par un traitement per os.

Le traitement par le

## RASTINON "HOECHST"

donne au médecin et au malade la certitude d'un effet hypoglycémiant sûr joint à une tolérance inégalée par les autres antidiabétiques buccaux.

Le Rastinon remplit donc les conditions essentielles d'un médicament pour le traitement continu et sans risques du diabète.

Plus d'un million de diabétiques ont su apprécier ses qualités.



**SOCOTHERA S.A.**  
Bruxelles - Tél 37.12.70 (10 l.)

## LA MÉDECINE EN LUXEMBOURG

Le 8 mai 1960, a eu lieu à Luxembourg l'assemblée générale de la *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*. Elle fut ouverte par une allocution du *D<sup>r</sup> Henri Loutsch*, Président de la Société. Il évoqua d'abord les activités récentes de la Société des Sciences Médicales (cours de perfectionnement etc.) et en esquaissa les activités futures. Centenaire en 1962, elle célébrera cet anniversaire par différentes manifestations: séance solennelle, séance de communications, numéro spécial de son Bulletin sont les projets à l'étude. Ces manifestations seront peut-être organisées en commun avec l'Association Médicale Mondiale, dont l'assemblée générale pourrait fort bien se tenir à Luxembourg, en 1962, selon la suggestion du *D<sup>r</sup> Félix Worré*, membre du Conseil de l'AMM.

En collaboration avec le Syndicat Médical, la Société des Sciences Médicales étudie actuellement les possibilités de réalisation d'un projet qui ne date pas d'aujourd'hui: celui de la création d'une «Maison de la Médecine», où les médecins luxembourgeois pourraient se réunir pour leurs activités professionnelles et scientifiques, où fonctionnerait un secrétariat permanent et où une bibliothèque pourrait être installée.

Le *D<sup>r</sup> Loutsch* fit ensuite une brève mise au point concernant la question des examens luxembourgeois de médecine. Partisan convaincu de leur abolition et de leur remplacement par les examens dans les Facultés de médecine, avec comme seul vestige un examen d'Etat final, il avait présenté en 1948 un mémoire au gouvernement luxembourgeois dans lequel cette façon de voir était exposée.

A cette époque, les traités instituant le Marché Commun n'avaient

pas encore vu le jour. Tels que ces textes existent aujourd'hui, ils ont contraint le corps médical luxembourgeois à faire marche arrière et à préconiser le maintien des examens luxembourgeois, tout en suggérant qu'ils soient réformés.

En effet, les traités stipulent que les nations contractantes n'invoqueront plus la nationalité d'un médecin pour lui interdire d'exercer la médecine dans un autre pays de la communauté. Il sera seulement tenu à passer les examens en vigueur dans les pays où il désire s'installer. L'abolition des examens luxembourgeois actuels ouvrirait la porte aux médecins étrangers qui pourraient s'installer au grand-duché simplement après avoir passé l'examen d'Etat final, alors que les médecins luxembourgeois désirant s'installer à l'étranger devraient se présenter à toute la série des examens universitaires des pays en question. En sorte que nous abandonnerions, dans l'état actuel de la situation, une plus grande part de notre souveraineté nationale que les autres pays, sans contrepartie aucune.

Pour son rapport sur la solide situation financière de la Société, le *D<sup>r</sup> Pierre Felten*, Trésorier, obtint la décharge à l'unanimité.

Le *D<sup>r</sup> Raymond Schaus* donna ensuite des détails sur le Bulletin de la Société des Sciences Médicales. Les recettes excédant les dépenses, le seul problème sérieux est celui d'obtenir assez de contributions de la part d'auteurs luxembourgeois. Il faut espérer que d'autres médecins viendront se joindre à ceux qui ont jusqu'ici publié des articles. Les médecins travaillant dans des institutions telles que le Sanatorium de Vianden et la Maison de Santé d'Ettelbruck devraient normalement consentir à emboîter le pas à leurs confrères du Laboratoire de l'Etat,

car tous oeuvrent dans des conditions relativement favorables à la publication de travaux scientifiques. Enfin, les moyens sont à l'étude de contacter les jeunes médecins luxembourgeois qui se spécialisent dans des hôpitaux de l'étranger.

Pour ce qui est des diverses rubriques, notamment celles des livres et des revues, des congrès et des activités médicales en Luxembourg, de nouvelles collaborations sont également hautement désirables.

Demain comme aujourd'hui et comme hier, la publication du Bulletin de la Société des Sciences Médicales témoignera de la volonté des médecins luxembourgeois de faire oeuvre scientifique et intellectuelle.

A l'issue de cette assemblée générale, le comité de la Société de compose comme suit: D<sup>r</sup> *Henri Loutsch*, D<sup>r</sup> *Pierre Felten*, D<sup>r</sup> *Jean Neuen*, D<sup>r</sup> *Raymond Schaus*, D<sup>r</sup> *Auguste Thyès*, D<sup>r</sup> *Robert Philippart* (médecin-dentiste), D<sup>r</sup> *Lucien Schiltz* (méd.-dentiste), D<sup>r</sup> *Edouard Loutsch* (vétérinaire), M. *Alfred Nimax* (pharmacien).

La prochaine assemblée générale aura lieu en octobre. A l'ordre du jour figureront entre autres quelques modifications à apporter aux statuts.

\*

Le *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg* est envoyé régulièrement aux institutions et aux rédactions suivantes: Bibliothèque du Gouvernement, Luxembourg; Bibliothèque de la Chambre des Députés, Luxembourg; Section des Sciences de l'Institut Grand-Ducal, Luxembourg; Service Information et Presse, Luxembourg; Bibliothèque Nationale, Luxembourg; *Letzeburger Land*; *Escher Tageblatt*; *Luxemburger Wort*; *Letzeburger Journal*; *Bruxelles Médical*, Bruxelles; *Acta Belgica de Arte Medicinali et Pharmaceutica Militari*, Bruxelles; *Société Internationale de Chirurgie*, Bruxelles; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Bru-

xelles; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Liège; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Louvain; *Revue Médicale de Nancy*; *Strasbourg Médical*; *La Presse Médicale*, Paris; *La Semaine des Hôpitaux*, Paris; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Nancy; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Strasbourg; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Lyon; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Montpellier; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Lille; Bibliothèque de l'Organisation Mondiale de la Santé, Genève; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Genève; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Lausanne; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Bâle; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Berne; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Zurich; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Bonn; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Heidelberg; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Munich; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Fribourg; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Tübingen; Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Vienne; *Medical Library of the University of London*; *Medical Library of the University of Edinburgh*; *Library of the Royal Society of Medicine*, London; *Journal of the American Medical Association*, Chicago; *Library of Washington School of Medicine*, St. Louis; *Indiana University Medical Center*, Indianapolis; *National Library of Medicine*, Washington; Bibliothèque Lénine de la Faculté de Médecine de Moscou; Bibliothèque du Ministère de la Santé Publique, Moscou; *National Library of Peking*; *Revista Portuguesa de Farmacia*, Lisbonne; *Revista Medico-Chirurgicala*, Roumanie.

\*

Sous les auspices du Ministre de la Santé Publique, la Ligue Luxem-

bourgeoise d'Hygiène Mentale, en collaboration avec la Société Luxembourgeoise de Neuro-psychiatrie a créé un dispensaire d'hygiène mentale à Luxembourg, dans une salle du dispensaire Prince Charles, 5, rue de Prague. Des consultations gratuites seront données tous les mercredis de 16 à 19 heures, pour commencer par un neuro-psychiatre de la Maison de Santé d'Ettelbruck secondé par un assistante sociale psychiatrique.

Le but du dispensaire, qui imite les dispensaires existant dans tous les pays d'Europe, est d'activer la lutte contre les maladies mentales, fléau majeur de l'humanité actuelle après les affections cardio-vasculaires et avant le cancer.

Son action sera médico-sociale: dépistage précoce, étude des aspects et problèmes sociaux, aide aux malades et à leurs familles, surveillance des malades élargis, lutte antialcoolique et antiépileptique etc.

Le dispensaire veut travailler avant tout en étroite collaboration avec le corps médical. Il sera développé et modifié suivant les expériences et les résultats recueillis.

\*

Le 13 mars 1960, le Professeur L. Pierquin, de la Faculté de Médecine de Nancy, a fait à Luxembourg la deuxième conférence de son cycle sur la réadaptation. Le sujet en était la kinésithérapie passive (techniques, indications, mécanisme d'action, effets physiologiques).

\*

Le 20 mars 1960, le Professeur Thiébaud, de la Clinique Neurologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, a fait à Luxembourg, sous les auspices de la Société des Sciences Médicales, une conférence intitulée: Problèmes d'actualité sur l'épilepsie.

\*

A l'occasion de la Journée Mondiale de la Santé, un soirée commémorative avait été organisée, le 6 avril 1960, par l'Association luxem-

bourgeoise pour les Nations Unies, sous le patronage du Ministre de la Santé Publique. Le *D<sup>r</sup> Léon Molitor*, Médecin-Directeur de la Santé Publique, parla de la lutte de l'Organisation Mondiale de la Santé contre le paludisme.

\*

L'assemblée générale de la Société de Médecine Sportive s'est tenue à Luxembourg, le 4 avril dernier, avec l'ordre du jour suivant: rapport du président sur la saison passée; nouveaux membres et relations avec la médecine du travail; nouvelle initiative concernant l'examen des sportifs avancés, nomination d'une délégation au congrès de la FIMS à Vienne; proposition de candidature pour les élections du comité de la FIMS; congrès de la FIMS à Vienne du 15 septembre au 18 septembre prochains; renouvellement du comité de la Société.

\*

La Journée Médicale de Mondorf-les-Bains a eu lieu cette année le dimanche 15 mai, et était consacrée à la périarthrite de l'épaule. Les orateurs étaient le *Professeur Pierre Louyot* de Nancy, le *Professeur René Waghemacker* de Lille et le *D<sup>r</sup> H. Claessens de Gand*. Dans le courant de l'après-midi, la Société Luxembourgeoise de Médecine Physique et de Réadaptation s'est réunie, en présence du *D<sup>r</sup> Lucien Konings*, secrétaire de la Fédération Européenne de Médecine Physique et de Réadaptation.

\*

Dans l'Ordre grand-ducal de la Couronne de Chêne ont été nommés:

Commandeur: le *D<sup>r</sup> A. Faber*.

Officier:

le *D<sup>r</sup> P. Felten*;

*M. L. Fischer*, président du Syndicat des pharmaciens luxembourgeois;

le *D<sup>r</sup> N. Fixmer †*, médecin-dentiste;

le *D<sup>r</sup> J. Hostert*, médecin-dentiste;

le *D<sup>r</sup> J. Peffer*;

le D<sup>r</sup> C. Pesch, médecin-dentiste;  
 le D<sup>r</sup> F. Schmit;  
 le D<sup>r</sup> C. Scholtus;  
 le D<sup>r</sup> E. Schwall;  
 le D<sup>r</sup> A. Wagner;  
 le D<sup>r</sup> E. Welter, médecin-dentiste;  
 le D<sup>r</sup> J. Welter, médecin-dentiste;  
 Chevalier;  
 le D<sup>r</sup> J. P. Becker;  
 le D<sup>r</sup> N. Bisdorff, médecin-dentiste  
 le D<sup>r</sup> G. Delmarque, méd.-dentiste;  
 le D<sup>r</sup> Ch. Jones;  
 M. G. Junck, pharmacien;  
 le D<sup>r</sup> A. Ketter;  
 le D<sup>r</sup> J. Linster;  
 le D<sup>r</sup> A. Molitor, médecin-dentiste;  
 le D<sup>r</sup> M. Reiles;  
 le D<sup>r</sup> Aug. Schumacher;  
 le D<sup>r</sup> L. Tilges, médecin-dentiste;  
 M. L. Urbany, pharmacien.

\*

Dans une lettre circulaire à tous les médecins et médecins-dentistes, le Syndicat Médical du Grand-Duché de Luxembourg cite ces problèmes majeurs de son activité actuelle et future:

- relations avec les différentes caisses de maladie;
- fonctionnement des commissions de surveillance prévues par les conventions;
- caisses de pension et de maladie des professions libérales; participation future à la gestion de ces caisses;
- questions fiscales; élaboration d'un mémoire et démarches en vue de la grande réforme fiscale;
- code de déontologie;
- relations internationales:
  - participation au comité permanent des médecins des six pays de la Communauté Européenne (harmonisation des législations sociales, équivalence des diplômes, libre circulation des médecins dans

les 6 pays etc., prévues par le traité);

- participation aux travaux de l'Association Médicale Mondiale;
- élaboration d'un guide professionnel à l'usage des médecins (législation médicale et sanitaire luxembourgeoise);
- création d'une chambre des professions libérales à l'instar des autres chambres professionnelles;
- prise en charge par le Syndicat des annonces d'absence dans les journaux qui pourront être publiées collectivement d'une façon plus efficace, plus digne et sans frais;
- prise en charge par le Syndicat des insertions collectives des médecins dans l'annuaire téléphonique;
- relations avec la presse; lutte contre les abus de la vulgarisation médicale;
- élaboration d'un statut des médecins hospitaliers et des auxiliaires médicaux;
- questions de responsabilité des actes des auxiliaires médicaux, relations avec l'Entente des hôpitaux;
- création éventuelle d'une assurance collective contre les pertes de revenus en cas de maladie;
- publication d'un bulletin d'information mensuel; etc. etc.

Dans l'éditorial du Bulletin d'Information du Syndicat Médical (nouvelle série, numéro 1, 27 avril 1960) nous apprenons que dans cette publication on pourra régulièrement lire entre autres:

- les comptes rendus des séances du comité et des différentes commissions;
- les principaux échanges de correspondance entre le Syndicat et les autorités;
- la législation intéressant notre profession (extraits du Mémorial);

- une fois par an une liste alphabétique de tous les médecins et médecins-dentistes autorisés à exercer au Grand-Duché, ainsi que des médecins-stagiaires;
- des articles d'ordre général concernant des questions professionnelles, médico-historiques, sociales, les relations internationales etc. etc.

L'organe officiel du Syndicat ne publiera pas d'articles scientifiques. Ceux-ci devront être insérés comme par le passé au Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

A la tête de la rédaction du Bulletin du Syndicat Médical se trouve le *D<sup>r</sup> André Thibeau*, rédacteur en chef.

\*

D'une lettre adressée au corps médical par le *D<sup>r</sup> René Koltz*, administrateur-délégué de Mondorf-Etat, nous extrayons les passages suivants:

«L'Établissement thermal a pris un nouvel essor et cela particulièrement grâce à la collaboration très efficace des médecins luxembourgeois.

«Depuis 1956 le nombre des curistes inscrits a augmenté de 53 pour cent, celui des opérations balnéaires de 55 pour cent. L'activité du laboratoire d'analyses et du service ra-

diologique a accusé une hausse de 59 pour cent. J'ai constaté avec plaisir que le nombre des curistes luxembourgeois est passé de 841 en 1956 à 1529 en 1959, ce qui correspond à une augmentation de 82 pour cent.

«Je remercie très profondément les nombreux confrères qui font confiance à notre station thermale nationale et adressent chaque année un nombre croissant de malades à Mondorf-Etat.

«De leur côté beaucoup de Luxembourgeois qui ont essayé les stations de l'étranger sont heureux de retrouver à Mondorf une cure efficace dans un milieu calme, reposant et agréable et de profiter d'un équipement médico-balnéaire moderne et complet...

«... A côté des indications classiques dans les maladies du foie, des voies biliaires, de l'intestin, il convient de retenir l'action heureuse de la cure thermale sur l'hyperuricémie, l'hypercholestérolémie et les états prédiabétiques. Je me permets aussi d'attirer votre attention sur le nouveau centre de physiothérapie de l'établissement balnéaire. Les affections rhumatismales... bénéficient de la physio-kinésithérapie, judicieusement combinée à l'hydrothérapie et, le cas échéant, à la cure de boisson....»

# Linacidine

## contre l'eczéma

### LES ACIDES GRAS POLYINSATURES ESSENTIELS

Les acides gras polyinsaturés sont des substances biologiques d'une importance vitale :

ils régularisent le métabolisme,  
ils possèdent une action désensibilisatrice,  
ils exercent un effet spécifique sur la peau et les muqueuses,  
ils ont des propriétés anti-infectieuses et bactériostatiques.

Onguents - Capsules - Gouttes - Ampoules

**INTEGRALS.A.** LUXEMBOURG - TÉL. 235 26  
61, RUE DE STRASBOURG

Licence Uni-Chemie S. A., Zurich

Une médication préventive et  
curative des nombreuses  
manifestations du vieillissement par  
le

# Geronphyl Optima

en flacons de 20 dragées

2 à 3 dragées par jour entre les repas.

Deux cures par mois chacune d'une  
semaine

Methylandrosten. diol. 10 mg. - acid. adenosin. 5 phosphoric. 3 mg.  
vitamina B12 30 $\gamma$  (0,03 mg.) - vitamina B1 25 mg. - thyroïdin. 5 mg.

Laboratoires **OPTIMA**

70-80, Grande rue au Bois  
BRUXELLES

UN MEILLEUR TRAITEMENT DE FOND DE  
«L'ANGINE DE POITRINE»

# DIACROMONE

Methyl - 3 - chromone

Action prolongée sur la fibre lisse

Sans toxicité aux doses efficaces

Tolérance parfaite par voies digestives (dragées)

Injections intra-musculaires indolores

*Soulie P. et coll. «Presse Médicale» 1954, 62, No 40*

*M. Audier et G. Ruff «La Clinique», 1956, 51, p. 323*

*A. Mathivat «Comment traiter l'angine de poitrine» (Flammarion, éd. 1956)*

Littérature - Échantillons

## LABORATOIRES PROMEDY

75-77, RUE CDT PONTIER - BRUXELLES - TELEPH.: 02/33 01 15

TOILETTE DES BÉBÉS,  
DES MALADES

## POUDRE VELOURS

à l'Albichthyol

Supérieurement douce,

antiseptique

antiphlogistique

ETS. A. COUVREUR - BRUXELLES 3

**loterie** nationale 

*L'oeuvre sociale par excellence*

# MONDORF-LES-BAINS

La Station Hépatique  
du Benelux

**SAISON:**

avril à octobre



## *Indications*

La lithiase biliaire et les maladies  
de la vésicule

Les maladies hépatiques

Les troubles de la nutrition

Le foie colonial

La constipation chronique

dans **toutes** les formes d'asthénie  
**une** thérapeutique



# **Cromaton** **Cortex** menarini

Effet antlasthénique cortico-surrénalien intégré et potentlé par extrait hépatique et vitamine B<sub>12</sub>

Autres Indications: Toutes les états anémiques et particulièrement les anémies macrocytales. Dépérissements organiques. Toxicoses gravidiques. Allaitement.

Présentation: Boite de 3 ampoules à 2 cc.  
administration intramusculaire.

A. Menarini - Firenze (Italia) - A. Menarini (Belgique) s.p.r.l. - Bruxelles

