

# **BULLETIN**

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

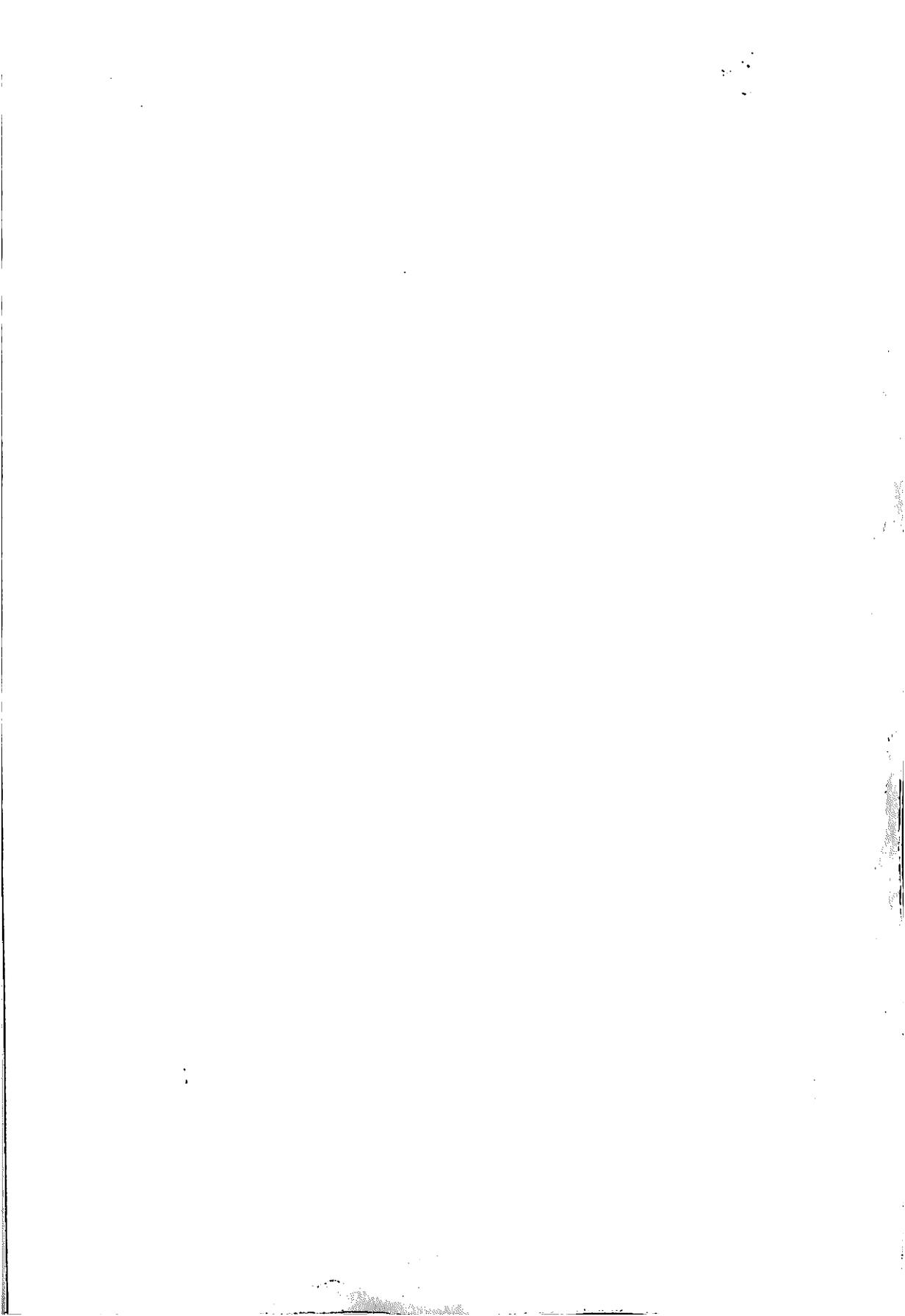
FONDÉ EN 1864

**100<sup>e</sup> ANNÉE**

---

**MARS 1963 - N° 1**

**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-Adiposum  
(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:

AEQUITON

ANTIFOHNON

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

100<sup>e</sup> ANNÉE

---

MARS 1963 - N<sup>o</sup> 1

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

---

## ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Secrétaire général :  
D<sup>r</sup> JEAN NEUEN  
3, rue Conrad I<sup>er</sup>, Luxembourg

## RÉDACTION

Rédacteur en chef :  
D<sup>r</sup> RAYMOND SCHAUS  
140, boulevard de la Pétrusse  
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 1963 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*.

## SOMMAIRE

|   |     |
|---|-----|
| Les adénites mésentériques aiguës à <i>Pasteurella Pseudotuberculosis</i> . A l'occasion de trois cas diagnostiqués au Luxembourg . . . . .                               | 7   |
| FERNAND SCHWACHTGEN   |     |
| A propos de quelques cas de botulisme après ingestion de jambon . . . . .   | 13  |
| PIERRE BRUCK  |     |
| Sur quelques cas de botulisme . . . . .   | 25  |
| ANDRÉ BEISSEL   |     |
| Le botulisme. Quelques aspects biologiques . . . . .  | 33  |
| ARSÈNE BETZ   |     |
| La responsabilité du pharmacien et le contrôle des médicaments . . . . .  | 39  |
| ARMAND LONTIE   |     |
| Historique et fonctionnement des laboratoires du service de contrôle des médicaments et l'Association Pharmaceutique Belge . . . . .                                      | 43  |
| MARC GUISET   |     |
| L'oeuvre médicale du Baron Henri-Jean-Népomucène Crantz (1722 - 1797) . . . . .   | 51  |
| J.-PAUL PUNDEL  |     |
| Contribution à l'histoire du Laboratoire bactériologique de l'État . . . . .  | 69  |
| RAYMOND SCHAUS  |     |
| -----   |     |
| Travaux luxembourgeois publiés à l'étranger: Emploi de la thiopropérazine dans les troubles caractériels chez les épileptiques, les débiles et les psychopathes . . . . . | 105 |
| FERNAND HASTERT   |     |
| -----   |     |
| Les livres et les revues . . . . .  | 115 |
| FRANCIS CERF, RAYMOND SCHAUS  |     |
| La médecine en Luxembourg . . . . .   | 123 |

**loterie**

**nationale**



*L'oeuvre sociale par excellence*

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES  
ayant annoncé dans le présent numéro

Asta-Werke  
Baudrihayé  
Produits BIOS, S.A.  
Établissements A. de Bournonville & Fils  
Christiaens, S.A.  
Ciba, S.A.  
Cochard  
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois  
Mack, Südmedica, Töpfer  
Coles, S.A.  
Couvreur  
Établissements Delforge & Cie  
Laboratoires Houdé  
Integral S.A., Luxembourg  
Zwintscher, Blend-a-med Forschung, Diva, Madaus  
Kass & Fils  
Monda  
Établissements G. Kottenhoff  
Laboratoires S.M.B.  
Labunis  
Labaz, S.A.  
Lederle Belge, S.A.  
Loterie Nationale  
Omikron-Gagliardi  
Optima  
Pfizer, S.A.  
Pharmacobel  
Promedy, S.A.  
Prophac, S.A., Luxembourg  
Lepetit, Schwartz, Boehringer, Dispersa  
R.I.T., Genval  
Ancienne Maison Louis Sanders  
Sandoz  
Sabpha  
Soc. Nouv. Siemens  
Garage Schaltz, ambulances, Luxembourg  
Specia  
Établissement Thermal, Mondorf  
Union Chimique Belge  
Union Pharmaceutique Belge  
Will & Cie  
Winterhalder  
Zyma-Galen, S.A.

Pour  
remonter  
le courant :

**Dianavit**<sup>®</sup>

anabolisant vitaminé  
association à fonction double  
édificatrice et protectrice



Présentation :  
boîte de 30 capsules



C I B A

# LES ADÉNITES MÉSENTÉRIQUES AIGUES A PASTEURELLA PSEUDOTUBERCULOSIS

A L'OCCASION  
DE TROIS CAS DIAGNOSTIQUÉS  
AU LUXEMBOURG

par FERNAND SCHWACHTGEN

L'adénite méésentérique aiguë à *Pasteurella pseudotuberculosis* est une maladie individualisée en 1954 par l'École de Tubingen<sup>1, 2, 3</sup>, se présentant chez l'enfant et l'adolescent, sous le masque d'une appendicite, plus rarement, surtout chez l'adulte, d'une gastro-entérite ou d'un syndrome colitique. L'agent causal est une *Pasteurella*, donc un germe apparenté aux bacilles de la peste et de la tularémie, avec lesquels il a en commun l'affinité pour le ganglion; il est dit pseudotuberculosis, puisqu'il produit une image anatomo-pathologique simulant la tuberculose miliaire généralisée, quand il tue les rongeurs.

Pendant 50 ans, ce bacille redouté des hommes de laboratoire, parce qu'il décime leurs élevages de cobayes, semblait être uniquement du ressort de la pathologie vétérinaire; d'une quinzaine de septicémies mortelles, observées chez l'homme en un demi siècle, on avait déduit que seules d'exceptionnelles souches, particulièrement virulentes avaient un pouvoir pathogène en médecine humaine.

Les travaux des cinq dernières années suggèrent que *Pasteurella pseudotuberculosis* est en effet un hôte relativement inoffensif des intestins, mais que dans des conditions mal élucidées, il envahit la muqueuse intestinale, provoquant une réaction inflammatoire de l'iléon et du caecum, plus rarement de l'appendice, pénètre dans le système lymphatique pour donner les adénites aiguës pseudotuberculeuses.

Aujourd'hui, aux formes septicémiques de l'adulte, graves mais exceptionnelles, on oppose les formes entéro-ganglionnaires de l'enfant et de l'adolescent, relativement fréquentes, de pronostic en général favorable.

Mais, toutes les adénites mésentériques aiguës ne sont pas dues à des infections à *Pasteurella pseudotuberculosis*. On sait que l'adénovirus peut être à l'origine de pareil syndrome; on l'a trouvé du reste associé à la pseudotuberculose. Enfin, on a vu des adénites mésentériques comme première manifestation de la toxoplasmose acquise.

L'étiologie de 60% des cas de la classique «*Lymphadenopathia Mesaraica*» demeure inconnue.

En ce qui concerne l'origine de ce germe, tous les rongeurs peuvent être porteurs de germes: la souris, le rat, le cobaye, le lapin et le lièvre. A l'occasion de facteurs externes débilissants, les verminoses, la sous-alimentation, le surpeuplement, surtout les intempéries et la mauvaise saison, ces animaux meurent très souvent d'une infection généralisée à *Pasteurella pseudotuberculosis*. Il n'est nullement étonnant que des animaux domestiques – le chat –, les animaux de la ferme – le porc – aient été trouvés porteurs de germes et qu'eux aussi puissent contaminer l'homme.

L'adénite pseudotuberculeuse est donc une anthroponose, particulièrement fréquente pendant la mauvaise saison, parfois à caractère familial, rarement épidémique.

Les investigations épidémiologiques sont difficiles, parce que nous ne possédons pas encore de milieu de culture bien sélectif, permettant d'isoler aisément ce bacille d'entre le grand nombre de germes, poussant sur une copro-culture. Depuis 1956, nous recherchons systématiquement la pseudotuberculose sur les nombreux ganglions mésentériques qui nous arrivent pour examen histologique. C'est à partir de mars 1961 que nous avons pu diagnostiquer les premiers cas.

#### *Observation 1, 27. 3. 61*

Un garçon de sept ans, originaire de la campagne, est présenté au Docteur Knaff pour syndrome abdominal douloureux, évoluant depuis 2 à 3 jours; légère fébricule, douleurs à la fosse iliaque droite, peu de défense; douleur provoquée au point de Mc. Burney. Sous anesthésie, le chirurgien palpe à travers la paroi abdominale très maigre, une petite tumeur dans la fosse iliaque droite. A l'intervention, appendice intact, ganglion de la grosseur d'une noix, de couleur rouge-vineuse, sur la face antérieure du caecum, vers l'angle iléo-caecal; iléon et caecum légèrement rosés, quelques adénites inflammatoires dans le mésentère.

Le chirurgien a le sentiment «d'être en présence de quelque chose de spécial». L'examen histologique montre une «lymphadénite réticulaire abcédante de Masshof», image éminemment suggestive pour le diagnostic d'adénite pseudotuberculeuse mésentérique, décrite par ce pathologiste en 1953.

Le séro-diagnostic, effectué par le Docteur Henri Mollaret à l'Institut Pasteur, met en évidence une agglutination de 1/2000 pour *Pasteurella pseudotuberculosis*, type 1.

Dix jours plus tard, agglutination de 1/500. L'enfant sort de l'hôpital huit jours après l'intervention.

L'histoire clinique se déroule de façon classique: syndrome pseudo-appendiculaire, appendice intact, contrastant avec la présence d'adénites volumineuses inflammatoires; lésions discrètes de l'iléon et du caecum. Le diagnostic est posé par l'histologie et, ce qui est toujours nécessaire, confirmé par la sérologie: le titre de l'agglutination est significatif et rapidement décroissant. Il s'agit du type 1, lequel des cinq types actuellement connus est de loin le plus fréquent.

*Observation 2, 21. 6. 61*

Un garçon de douze ans originaire de la campagne, est amené à notre confrère le D<sup>r</sup> Seil; vente douloureux, défense à la région iléo-caecale, température 39°2. A l'intervention, nombreux ganglions dans le mésentère au voisinage de la région iléo-caecale. Epanchement citrin abdominal. Iléon rouge et infiltré, caecum dilaté. Appendice injecté. L'examen d'un ganglion montre l'image classique de la lymphadénite réticulaire abcédante de Masshof. L'examen sérologique, effectué par le Docteur Mollaret, fournit un titre de 1/2000 pour *Pasteurella pseudotuberculosis*, type 1; dix jours plus tard, chute du titre à 1/500.

L'enfant sort de la clinique huit jour après l'intervention.

Dans cette deuxième observation, le volume et l'état inflammatoire des ganglions contrastent avec le peu gravité des lésions appendiculaires. Si dans 50% des cas d'adénites pseudotuberculeuses, l'appendice est intact, on peut voir des lésions en règle générale peu importantes dans les autres cas. Dans une observation au moins la coexistence d'une appendicite phlegmoneuse avec une adénite pseudotuberculeuse a été signalée. Quant à l'épanchement abdominal, il peut exister, tant dans les cas avec atteinte appendiculaire que dans ceux où l'appendice est intact.

*Observation 3, 28. 6. 61*

Fillette de 8 ans, originaire de la ville de Luxembourg, contact avec des lapins il y a des mois. Le professeur H. Loutsch est en présence d'une enfant pâle, qui depuis une année est atteinte de troubles intestinaux, avec diarrhée intermittente; les dernières semaines, elle ressent des coliques avec crises douloureuses à la fosse iliaque droite. L'examen ne fournit pas d'arguments pour un syndrome appendiculaire aigu. Le chirurgien pense être en présence d'une enfant se développant mal, avec syndrome colitique où l'appendicectomie pourrait redresser la situation. A l'intervention, appendice macroscopiquement sain. Mais le mésentère est farci de ganglions rouges-vineux du volume d'une cerise, avec quelques points jaunâtres, dont l'aspect général suggère le diagnostic de tuberculose vraie. Présence d'un épanchement citrin

dans la cavité abdominale. Appendicectomie, adénectomie. Le lendemain de l'intervention, ascension passagère de la température à 39°.

Le ganglion prélevé de la taille d'une grosse cerise, nous est apporté au Laboratoire dans du sérum physiologique. L'histologie montre la présence d'une lymphadénite de Masshof. Sur agar au sang, mes collaborateurs, les docteurs Ost et Betz cultivent en culture pure la *Pasteurella pseudotuberculosis*, type I; le sérodiagnostic donne une agglutination de 1/500 avec la souche de l'Institut Pasteur (D<sup>r</sup> Mollaret) et une agglutination de 1/200 pour le germe isolé.

Cette troisième observation illustre la forme trainante, entérique, colitique de la pseudotuberculose mésentérique, plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant.

Il faut remarquer que l'agglutination effectuée avec la souche isolée à partir du ganglion de la malade, donne un titre moins élevé qu'avec la souche standard, le contraire se voyant presque toujours.

Trop peu de cas ont été publiés à l'heure actuelle, pour qu'on puisse avoir la prétention de dresser un tableau clinique, plus ou moins complet, de cette maladie. Je m'en voudrais de ne pas attirer l'attention sur les adénites pseudotuberculeuses responsables de certaines invaginations, dont le caractère épidémique est bien connu. Deux cas en ont été récemment décrits dans la littérature française.

Si dans les observations allemandes, l'évolution était favorable, tel n'était pas toujours le cas dans les cinquante observations de Mollaret<sup>4</sup>.

On a vu des sphacélations du grêle, obligeant à des réinterventions multiples; des lésions de sphacèle du colon droit, aboutissant à la colectomie, enfin, un cas mortel par sphacélation progressive du grêle. Nous-même, dans un proche avenir, présenterons l'observation d'une adénite mésentérique pseudotuberculeuse, à évolution fatale.

Voilà donc une maladie que nous devons étudier ensemble; si nous voulons progresser, il faudra une collaboration étroite entre la clinique et le laboratoire, entre le médecin et le vétérinaire. La base de toute étude, ce sera un diagnostic exact.

Voici comment il faut faire pour obtenir du laboratoire un *diagnostic* valable.

Prélever un ganglion, suffisamment inflammatoire et suffisamment gros (les médecins de laboratoire savent très bien que leur point de vue n'est pas toujours compatible avec celui du chirurgien); le prélever, aussi près que possible, de l'angle iléo-caecal; le couper en deux, mettre l'une des moitiés dans du sérum physiologique, en vue d'une culture bactériologique et virologique; l'autre moitié sera mise dans du Bouin, pour examen histologique. En vue du sérodiagnostic, on fera deux prélèvements à un intervalle de dix jours, afin d'observer la

montée ou la chute des anticorps. On peut examiner des ganglions à diagnostic histologique positif avec culture négative; et on peut aussi voir l'inverse. L'histologie est en général plus souvent positive que la bactériologie; une souche bactériologique permettra de faire un test de sensibilité, ce qui peut être important dans les formes à évolution grave. Le sérodiagnostic posera non seulement un diagnostic, mais il indiquera le type de pseudotuberculose en cause. Si la chute des anticorps ne se produit pas rapidement après l'intervention, le processus infectieux continue à évoluer dans les ganglions; on se souviendra alors de ces cas malheureux, où des réinterventions multiples sur un grêle sphacélé sont devenues nécessaires.

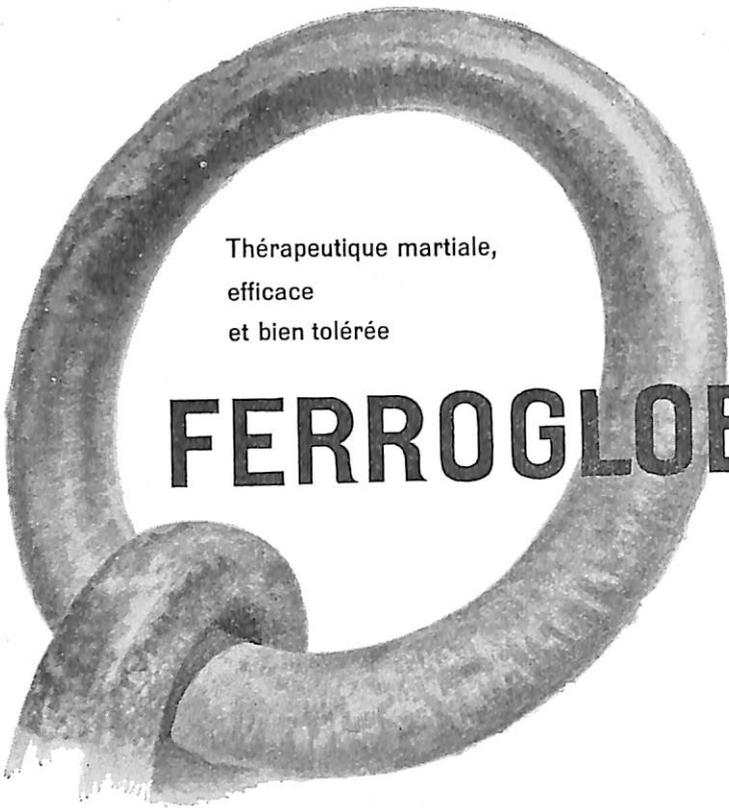
Dans les formes traînantes, entéritiques, colitiques, telle notre observation N° 3, le sérodiagnostic pourra peut-être fournir à l'avenir un argument d'appoint contre une éventuelle intervention; mais, aussi dans ces formes-là, on ne sera pas à l'abri d'une complication. Les formes pseudo-appendiculaires, où les lésions iléo-caecales et appendiculaires peuvent coexister, seront pour l'instant soumises à la seule appréciation du chirurgien.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Knapp*. - *Pasteurella Pseudotuberculosis*, unter besonderer Berücksichtigung ihrer human-medizinischen Bedeutung.  
Ergebn. Hyg. Bakt., 26, 196, 1959.
- 2 *Knapp* et *Masshof*. - Zur Aetiologie der abzedierenden, reticulozytären Lymphadenitis.  
Dtsch. med. Wschr., 79, 1266, 1954.
- 3 *Masshof*. - Eine neuartige Form der mesenterialen Lymphadenitis.  
Dtsch. med. Wschr., 78, 532, 1953.
- 4 *Mollaret*. - L'adénite mésentérique aiguë à *Pasteurella pseudotuberculosis*.  
Presse méd., 68, 1375, 1960.  
68, 1447, 1960.  
68, 1485, 1960.
- 5 *Mollaret*. - Bilan étiologique actuel de l'adénite mésentérique aiguë.  
Mém. Acad. Chir. (Paris), 87, 193, 1961.

Une bibliographie complète se trouve dans les articles de Mollaret et dans la monographie de Knapp.

(Travail du Laboratoire bactériologique de l'État.)



Thérapeutique martiale,  
efficace  
et bien tolérée

# FERROGLOBINE

aspartate  
ferreux

VERIDE

ion ferreux  
assimilable = anti-anémique

facteur  
"aspartate" = anti-asthénique

## Médication de choix des anémies ferriprives

PRÉSENTATION : 30 dragées à 400 mg

Admis en cat. **B**

**RODOLPHE COLES, S. A. DIEGEM (près Bruxelles)**  
Tél. (02) 20.15.00 (lignes groupées)

# A PROPOS DE QUELQUES CAS DE BOTULISME APRÈS INGESTION DE JAMBON

par PIERRE BRUCK

Ces dernières décades, les progrès de l'hygiène générale ont considérablement réduit la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses intestinales et la fréquence des maladies véhiculées par l'eau et le lait n'a pas cessé de diminuer. Par contre, les cas d'intoxication alimentaire semblent assez fréquents et même en progression, du moins dans différents pays tels les États-Unis qui signalent annuellement de 10 à 12.000 cas d'intoxication alimentaire. Notons que le botulisme ne compte pas parmi les maladies infectieuses proprement dites, mais qu'il est classé sous les intoxications; le syndrome botulique n'étant pas provoqué par la multiplication des bactéries pathogènes dans le tube digestif, mais bien par l'absorption de toxines préalablement élaborées par le bacille dans les aliments avant leur ingestion.

Malgré une consommation énormément accrue d'aliments en boîte, la fréquence des intoxications botuliques ne semble pas avoir sensiblement augmenté en Europe. La mortalité également est moindre comparée à celle des États-Unis où elle atteindrait approximativement 65%, ceci en raison de la plus grande toxicité des souches impliquées. Le type A pratiquement seul responsable en Amérique, est bien plus toxique que le bacille B prédominant en Europe. Dans la plupart des observations colligées dans la littérature mondiale, il s'agit presque toujours de petits foyers isolés et sporadiques (quelques membres d'une même famille, etc.). La majorité des intoxications humaines relève d'aliments protéiniques conservés (viandes, poissons, viandes fumées); plus rarement le bacille botulique a été mis en évidence dans des boîtes contenant des légumes ou des fruits (haricots, petits pois, choux, épinards, tomates, oignons, compote de pommes, poires, abricots, rhubarbe, etc.).

Le botulisme constitue donc une maladie redoutable, impliquant un traitement d'urgence. Il est d'autant plus à craindre qu'il risque, vu sa rareté, de prendre le médecin au dépourvu.

Souvent les interprétations fantaisistes du patient masquent une symptomatologie déjà peu commune et peuvent entraîner des erreurs ou des retards de diagnostic regrettables. Fréquemment rien ne fait conclure à une intoxication alimentaire; la plupart du temps l'aliment toxique présente un aspect extérieur tout à fait normal. Toutefois une imprégnation importante du toxique peut conférer aux conserves un goût légèrement rance ou éveiller des soupçons par l'échappement de gaz à l'ouverture de la boîte. Rappelons pour finir les remous toujours possibles de l'opinion publique voire de la presse, pour mesurer tous les risques encourus par le médecin dans de pareilles circonstances.

Il n'est donc pas sans intérêt de rappeler une symptomatologie que tout médecin pourrait être appelé à rencontrer un jour ou l'autre. Son illustration apportée par les observations de deux épidémies familiales observées pourra peut-être encore mieux situer les problèmes en les considérant sous l'angle de la routine quotidienne; ainsi je me suis volontairement refusé, malgré la gravité des cas, à écarter quelques détails pittoresques qui me sont chers et qui restent gravés dans la mémoire.

## OBSERVATIONS

### *Observation 1*

Il s'agissait d'un cultivateur, Mr. P. E. . . , âgé de 57 ans, tenant une entreprise agricole dans le Nord du pays.

Sujet pléthorique, très inquiet, évitant toute discussion inutile, il réclamait avec autorité un examen radiographique. Quelques mots apaisants l'amènèrent cependant à me confier qu'il n'était plus allé à la selle depuis plusieurs jours et s'en trouvait fortement incommodé. Le matin même s'étaient installées d'intenses crampes intestinales suivies de quelques vomissements. « Ces troubles, prétendait-il, n'auraient d'autre origine que la présence d'une balle de fusil l'ayant touché accidentellement en 1945 et séjournant depuis lors dans son bassin sans créer le moindre trouble dans son organisme. A présent serait arrivé ce qu'il redoutait depuis longtemps: la balle se serait mise à migrer dans l'intestin pour se fixer à un endroit tel que toute possibilité d'exonération serait vaine . . . » Signalons entre parenthèses, que cette balle a bel et bien été retrouvée à l'examen radiologique se projetant à la partie inférieure du sacrum.

A côté de cette symptomatologie prééminente, une légère sécheresse de la bouche créant quelques difficultés de déglutition ainsi qu'une petite diplopie intermittente, passaient au second plan. Absence de céphalées. N'ayant jamais vu ce malade auparavant, je fus cependant frappé par son regard, par l'étroitesse de la fente palpébrale; questionnant sa femme à ce sujet, elle me confirma avoir trouvé « ses yeux un peu petits » ce qu'elle mettait sur le compte de ses malaises.

*A l'examen:* Certaine mydriase mais sans abolition du réflexe pupillaire à la lumière. L'examen général en dehors d'une certaine obésité, n'avait abouti à aucune orientation déterminée. Coeur normal. TA 15/8. Auscultation pulmonaire sans modifications pathologiques.

L'abdomen bien que ballonné, restait souple et n'offrait aucune douleur élective à la palpation systématique. Loin de reconnaître la gravité immé-

diète de sa symptomatologie, j'étais cependant inquiet car il est inhabituel dans le milieu rural de trouver un paysan réclamant avec tant d'insistance le secours médical. L'hospitalisation immédiate fut d'ailleurs facilement acceptée grâce à la perspective d'une extraction sans retard de la balle incriminée.

Dans les jours ou plutôt les heures suivantes, les événements devaient se précipiter de façon alarmante: la déglutition devenait de plus en plus pénible; le lendemain ce trouble interdisait pratiquement toute alimentation solide. Le malade assoiffé ne buvait qu'à gorgées prudentes sans quoi les liquides refluaient par les narines. L'élocution était nettement altérée, le ptosis des paupières maintenant manifeste, la vision n'étant possible qu'en inclinant la tête en arrière. Les pupilles très larges, de contour régulier, n'ébauchaient plus la moindre réaction à la lumière. Le strabisme, la diplopie étaient nettement accusés.

Ophthalmologue et neurologue ne devaient, en dehors de phénomènes ophtalmoplégiques extra- et intrinsèques, déceler aucun signe supplémentaire.

La constipation persistait de façon opiniâtre malgré les laxatifs; l'évacuation de l'intestin fut tentée par des lavements. Aucun signe occlusif ou subocclusif à l'examen radiologique de l'abdomen à vide. La température rectale dès les premiers jours fut normale (aux environs de 36,8°) et le resta tout le long du décours de la maladie. Pouls constamment aux alentours de 80 à la minute. Examens sanguins absolument normaux: vitesse de sédimentation 2/3, urée 0,42 g ‰, glycémie 0,88 g ‰, cholestérol 2,66 g ‰, hémoglobine 100%, gl. rouges 4.500.000, gl. blancs 4.600, bilirubine 0,88 mg ‰, Hanger test négatif, thymol 1,5 unités, prothrombine 87%.

Le malade restait silencieux, replié sur lui-même, bien que l'on devinât son inquiétude. Malgré une certaine oppression thoracique, le rythme et l'amplitude respiratoires restaient normaux.

### *Observation 2*

A ce moment et fort heureusement survint un événement de première importance: le malade comme en passant, me signala que son fils aurait commencé à présenter des troubles analogues aux siens (constipation, troubles visuels). D'emblée l'idée d'une intoxication alimentaire s'imposait; le botulisme ne faisait presque plus de doute. Une rapide visite à la ferme me permit de vérifier l'authenticité des affirmations du père: sécheresse de la bouche, constipation, mydriase avec faible réaction à la lumière étaient nettement accusées. La diplopie constituait pourtant le signe majeur provoquant l'étonnement naïf du jeune homme P. J... (16 ans): il ne tarissait pas sur les exemples de ce curieux phénomène oculaire «de voir les choses en double» (2 poules sur le fumier exécutant des gestes identiques, etc.). La chute des paupières n'était que peu marquée et les troubles de la déglutition manquaient.

### *Observation 3*

La mère, Madame P. B... (45 ans) examinée par la même occasion, ne présentait que des symptômes très discrets mais incontestables une fois le diagnostic posé. Il n'existait chez elle que sécheresse de la bouche et constipation. Ce fut pourtant elle qui devait me mettre sur la voie de l'aliment suspect: ils n'avaient pas consommé ces temps derniers des aliments en conserves, en particulier pas cette viande en boîte que les paysans ont l'ha-

bitude de préparer en automne; par contre le jambon mangé la veille et les jours précédents lui avait paru quelque peu suspect, par endroits il lui semblait dénaturé à la fois dans sa couleur et sa consistance. Je me suis évidemment empressé d'emballer le restant de ce jambon pour l'expédier au plus vite au Laboratoire de l'État.

Ma conviction était faite; il s'agissait de me procurer d'urgence du sérum anti-botulique. Il était samedi après-midi et je remercie encore aujourd'hui le dévouement du pharmacien de l'État qui s'était personnellement employé à me fournir en un temps record ce médicament constamment tenu en stock.

Les 3 malades maintenant hospitalisés subirent un *traitement* commun. Le sérum disponible était un mélange de sérum anti-botulique A et B (ampoules de 10 et 20 cc de sérum mixte anti-botulique A et B de l'Institut Pasteur). — Nous avons vu plus haut que les bacilles botuliques des autres types connus ne sont en cause que très exceptionnellement. Le traitement fut commencé par une injection de 40 cc de ce sérum mixte, moitié par voie intra-musculaire, moitié par voie sous-cutanée; en même temps, injection de 1,5 cc d'anatoxine botulique A et B, dose qui fut répétée 4 jours plus tard. La même quantité de sérum mixte fut ensuite injectée pendant 2 jours, uniquement par voie sous-cutanée. Très rapidement la recherche du Laboratoire avait abouti à déterminer la nature de la toxine en question: il s'agissait de la toxine botulique du type B. Dès lors le traitement fut poursuivi par l'unique administration de sérum anti-botulique B.

Ce traitement ne tarda pas à montrer ses effets: l'aggravation progressive en particulier des redoutables signes bulbaires, fut enrayée. La réhydratation ne s'imposa plus. Au jour le jour on pouvait suivre la régression lente des symptômes: la déglutition devint satisfaisante, d'abord pour une alimentation liquide, puis peu à peu pour une nourriture plus consistante. Nulle complication pulmonaire par fausse déglutition. La médication adjuvante: strychnine (Strychnal B<sub>1</sub> en injections), vitamines B<sub>1</sub> et B<sub>12</sub>, fut bientôt délaissée; à aucun moment l'administration d'analeptiques circulatoires ou respiratoires ne fut jugée nécessaire. Aucun accident sérique n'a réclamé des mesures particulières, si ce n'est chez Madame P. un oedème sous-cutané assez important de la cuisse droite à l'endroit d'une injection, régressant sous l'application de simples pansements humides.

La restitution complète fut obtenue pour chacun des 3 cas après un traitement d'environ 8 jours.

#### *Observation 4*

Il s'agissait également d'une famille de cultivateurs de l'Oesling, chez laquelle très vraisemblablement l'ingestion de jambon crû a été à la base de l'intoxication.

Mes données sont ici bien moins complètes, mon rôle plus effacé de médecin-consultant ne m'ayant pas permis de suivre de près l'évolution de ces cas. La situation se révéla d'emblée bien plus dramatique que chez la première famille. Au moment du consilium avec le médecin-traitant, les faits étaient les suivants:

Appelé la veille en visite, le médecin avait ordonné de toute urgence l'hospitalisation du petit garçon Vi.. (10 ans) de la famille M... pour violentes douleurs abdominales, vomissements; une mydriase fut constatée ainsi que des troubles de la phonation. Le diagnostic restait hésitant, mais la gravité était certaine. Malheureusement l'évolution fut foudroyante et l'enfant devait décéder la nuit même, quelques heures après son hospitalisation.

#### *Observation 5*

- Le drame n'avait pas atteint son terme: le lendemain, donc quelques heures après la mort du petit Vi.., son frère cadet Nic.. (9 ans) devait être hospitalisé dans des circonstances presque aussi alarmantes.

A mon examen dans la matinée même, le petit patient se trouvait prostré somnolent dans son lit; l'interrogatoire était pratiquement impossible en raison de son état et des troubles de l'élocution, mais la symptomatologie bulbair et oculaire était des plus évidentes: surtout net ptosis des paupières, mydriase, abolition complète du réflexe pupillaire à la lumière, strabisme, sécheresse de la bouche et de la langue, déglutition pratiquement impossible (tout le liquide s'écoulant par la bouche ou revenant par le nez), d'où perfusion i. v. qui était en cours. Température rectale normale. La respiration était régulière, normale. Aucun signe de collapsus, pouls normal, tension artérielle normale, étude sommaire des réflexes des membres sans particularités.

Fort de ma première expérience auprès de la famille P.., je n'ai pas hésité à porter le diagnostic de botulisme, bien que la version discutée aurait pu orienter vers une intoxication par des baies de belladone. - En effet les enfants auraient, quelques jours auparavant, consommé des baies dont la nature n'avait pas été déterminée. Ensemble avec le médecin-traitant, je me suis rendu chez le père cultivateur. Là, notre enquête devait se heurter à de fortes réticences. Le jambon consommé les jours précédents leur ayant paru suspect, ils l'auraient jeté au feu!! Malgré nos objurgations nous n'avons pu récupérer le moindre reste; ceci pourtant aurait pu fournir une preuve irréfutable du diagnostic. Signalons en passant que les baies vénéneuses incriminées n'étaient finalement que de banales groseilles qui avaient échappé à la cueillette. Plus précieuse était l'affirmation des parents que les deux garçons auraient, peu avant de s'aliter, «vu les choses en double». Bref, piètre résultat d'une enquête dans un milieu méfiant où les conditions hygiéniques étaient des plus douteuses.

La thérapeutique anti-botulique fut immédiatement mise en oeuvre grâce à quelques ampoules du sérum inutilisées lors du traitement de la famille P... quelques mois auparavant. Nous avons ordonné ensuite le transfert du jeune malade dans un hôpital de la capitale, redoutant l'imminence de troubles respiratoires (la clinique locale n'étant pas dotée d'appareillage pour la respiration artificielle). La sérothérapie antibotulique a été continuée et cet enfant a pu être sauvé.

## DISCUSSION

Je pense que la publication de différents cas de botulisme récemment apparus dans notre pays, pourtant réputé pour l'excellence de ces conditions hygiéniques, mérite quelques considérations.

En premier lieu elle permettra de retracer la symptomatologie d'une affection rare dont la négligence des symptômes pourrait avoir des conséquences fâcheuses tant pour le malade que pour le médecin. Il se pourrait également que les formes frustes soient plus fréquentes qu'on ne l'admet communément. Dans les cas isolés, le diagnostic pourrait s'avérer singulièrement difficile.

Les signes de début n'ont rien de très caractéristique: atteinte de l'état général, lassitude, céphalées, vertiges, crampes intestinales accompagnées de rares fois de diarrhée.

Les signes dits de la période d'état devraient éveiller l'attention, en particulier le syndrome oculaire qui est précoce: diplopie, ptosis et strabisme par paralysie du III, vue trouble par la paralysie de l'accommodation, mydriase avec aréflexie pupillaire à la lumière. La paralysie des III<sup>e</sup> et IV<sup>e</sup> paires pourrait aboutir à une ophthalmoplégie totale. Très significatives sont aussi les paralysies buccopharyngo-laryngées qui portent sur la langue (grand hypoglosse) avec troubles de la parole, sur le voile du palais (glosso-pharyngien) avec rejet des liquides par le nez, sur le pharynx (IV<sup>e</sup> et X<sup>e</sup> paires) avec dysphagie, sur le larynx (pneumogastrique) avec voix rauque, sourde, voilée.

La paralysie du système parasympathique explique encore la sécheresse intense de la bouche (avec congestion de la muqueuse buccale et parotidite possible), les conjonctivites dues au tarissement de la sécrétion lacrymale et surtout cette constipation opiniâtre avec météorisme abdominal. Parfois dysurie ou rétention urinaire.

L'absence de fièvre, de modification des constantes biologiques, de dégradation des facultés intellectuelles, ne devraient pas rassurer le médecin. L'évolution selon la gravité peut être très rapide. La dyspnée, le rythme de Cheynes-Stokes, la cyanose, indiquent l'atteinte du centre respiratoire et font présager une issue fatale. La mortalité oscille entre 15 et 30%.

Donc nécessité d'un traitement approprié aussi précoce que possible. Nécessité également d'une surveillance étroite en particulier de la respiration (bronchopneumonie de déglutition, encombrement bronchique pouvant nécessiter une trachéostomie): le moindre signe anormal exige l'évacuation du malade vers un centre équipé pour la respiration artificielle. Il serait même prudent d'y transférer d'emblée les cas atteints de paralysies bucco-pharyngo-laryngées.

Des cas atypiques pourraient soulever des problèmes de diagnostic différentiel:

- dans l'intoxication *belladonnée et atropinique*, les troubles psychiques sont à l'avant-plan (délire gai avec hallucinations), délire furieux (*datura*). Mydriase, sécheresse de la bouche, aréflexie pupillaire à la lumière, constipation, rétention d'urines, peuvent donner le change, mais l'ophtalmoplégie externe n'existe guère;
- dans l'*encéphalite*, la somnolence, les paralysies des nerfs crâniens pourraient induire en erreur, mais la fièvre et l'étude du l.c.r. permettent de redresser le diagnostic;
- dans la diphtérie, le ptosis, la mydriase, la diplopie font défaut.

Je ne reviendrai pas sur les modalités thérapeutiques présentées dans le cadre des 2 observations relatées, ni sur les mesures prophylactiques, l'étude épidémiologique, bactériologique, pathogénique et anatomo-pathologique, qui pourraient faire le sujet d'une autre publication.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Alajouanine, Th., Thurel, R. et Durupt, L.* - Sur la symptomatologie nerveuse du botulisme.  
Rev. neurol. (Paris), 75, 383, 1943.
- 2 *Alajouanine, Th., Thurel, R. et Durupt L.* - Le botulisme, maladie nerveuse.  
Presse méd., 3, 25, 1945.
- 3 *André, R. J.* - Étude du botulisme. Thèse Strasbourg, 1945.
- 4 *Arouh, J., Zambrano, J. C. et Lis, M.* - Manifestations ophtalmologiques du botulisme.  
Rev. Oto-neuro-oftal. 29, 19, 1954.
- 5 *Bernard, H., Rambert, P. et Pestel, M.* - Botulisme et confit d'oie.  
Presse méd., 20, 283, 1943.
- 6 *Benech, J.* - Rappel sommaire sur le botulisme.  
Lyon méd., 169, 128, 1943.
- 7 *Biehler, J. M. R.* - L'évolution mortelle dans les intoxications botuliques.  
Thèse Paris, 1948.
- 8 *Bouchet.* - Sur plusieurs cas de botulisme.  
Rev. Stomatol. (Paris), 3-4, 39, 1944.
- 9 *Boudin, G.* - Allons-nous voir des cas de botulisme?  
Concours méd., 71, 1942.
- 10 *Boudouresques, J. et Bergier, P.* - A propos d'un cas de botulisme.  
Rev. Oto-neuro-ophtalm., 27, 237, 1955.
- 11 *Chavany, J. A. et Chambas, G.* - Intoxication botulique bénigne chez la mère et la fille.  
Concours méd., 217, 1943.
- 12 *Chicard, R. M.* - Existence en France du botulisme «E». Thèse Paris, 1952.

- 13 *Chiray, M. et Dedray, Ch.* - Deux cas de botulisme. Forme suraiguë hydrophobique? Forme lipothymique. Sem. Hôp. Paris, 22, 603, 1945.
- 14 *Choublac.* - Botulisme. Concours méd., 671, 1952.
- 15 *Colson, H. M. P.* - Recherches sur le botulisme d'origine pisciaire (à propos d'un cas récent). Thèse Paris, 1953.
- 16 *Coumel, Colas et Robin.* - Un cas de botulisme fruste avec hypotension orthostatique passagère. Bull. Soc. Méd. Paris, 39, 1945.
- 17 *Demarchi, J., Mourgues, C., Orio, J. et Prevot. A. R.* - Existence du botulisme humain de type D. Bulletin Acad. nat. Méd. (Paris), 122, 580, 1958.
- 18 *Dereux, J.* - Épidémie familiale de botulisme bénin consécutive à l'ingestion d'un jambon. Soc. Méd. Hôp. Paris, 255, 1945.
- 19 *Derve, L. A.* - Le botulisme, à propos de 5 cas. Thèse Paris, 1943.
- 20 *Develleroy, C. A.* - A propos d'une épidémie familiale de botulisme. Thèse Paris, 1944.
- 21 *Emile-Zola, F.* - Formes mortelles du botulisme. Thèse Paris, 1945.
- 22 *Eschbach, H.* - Épidémie familiale de botulisme. Bull. Soc. Méd. Paris, 252, 1943.
- 23 *Fouquet, J.* - Épidémie familiale de botulisme. Bull. Soc. Méd. Paris, 39, 1943.
- 24 *Gehrt, J.* - Symptomatologie et traitement du botulisme. Mschr. Kinderheilk., 98, 429, 1950.
- 25 *Guichard, A., Mounier-Kuhn, Creyssel, R. et Peyrot, B.* - Botulisme généralisé avec paralysie de l'oesophage et de l'estomac. Lyon méd., 177, 112, 1947.
- 26 *Lamanna, C.* - Le plus toxique des poisons (la toxine du botulisme). Science, 130, 763, 1959.
- 27 *Lavergne (de).* - Un cas de botulisme, Étude du L.c.r. Bull. Soc. Méd. Paris, 47, 1944.
- 28 *Legroux, R.* - Statistique du botulisme de l'occupation 1940-1944. Bull. Acad. Méd., 129, 643, 1945.
- 29 *Legroux, R. et Jeramec (M<sup>me</sup>).* - Conserves ménagères et botulisme. Mém. Acad. Méd., 126, 372, 1942.
- 30 *Legroux et Jeramec, C. (M<sup>me</sup>).* - Sur le diagnostic et le traitement du botulisme. Bull. Soc. Méd. Paris, 17, 1943.
- 31 *Legroux, R., Jeramec, C. et Levaditi, J. C.* - Traitement du botulisme aigu expérimental au moyen de la sérothérapie et du «poumon d'acier». Bull. Soc. Méd. Paris, 432, 1944.
- 32 *Legroux, R. et Jeramec, C. (M<sup>me</sup>).* - Le botulisme et les jambons salés. Bull. Acad. Méd., 128, 174, 1944.
- 33 *Legroux, R. et Jeramec, C.* - L'infection botulinique du porc. Bull. Acad. Méd., 128, 404, 1944.
- 34 *Legroux, R., Levaditi, C. et Jeramec, C.* - Le botulisme en France pendant l'occupation. Presse méd., 109, 1947.

- 35 *Le Reste, L.* - Le botulisme par conserves ménagères.  
Thèse Paris, 9 juin 1944, N° 230, 34 pages.
- 36 *Levent, R.* - Botulisme.  
Gaz. Hôp. (Paris), 1942.  
*Lopez Garcia, E.* et coll. - Botulisme.  
Rev. clin. esp., 60, 393, 1956.
- 37 *Martin, R.* et *Vittoz, A.* - Diagnostic entre botulisme fruste et paralysie localisée de la diphtérie.  
Paris méd., 47, 1944.
- 38 *Moeller, J.* - Le traitement du botulisme.  
Dutsch, med. Wschr., 74, 1538, 1949.
- 39 *Mollaret, P.* et *Aubry, M.* - Sur les difficultés du diagnostic différentiel entre botulisme et paralysie. Identité de l'atteinte éventuelle de l'oesophage.  
Rev. Neurol. (Paris), 82, 1944.
- 40 *Morax, P. V.* - Les troubles oculaires de l'intoxication botulique par les conserves.  
Rev. méd. Suisse rom., 2, 1946.
- 41 *Mounier-Kuhn, M.* - Les troubles de la déglutition au cours du botulisme. Dysphagie simple et paralysie de l'oesophage.  
J. méd. Lyon, 629, 1946.
- 42 *Mouquin, Bastin* et *Lefèvre.* - Un cas de guérison de botulisme aigu grave traité par la respiration artificielle (poumon d'acier).  
Bull. Soc. Méd. Paris, 430, 1944.
- 43 *Nevot, A.* - Intoxications alimentaires d'origine carnée, observées dans la région parisienne en 1948.  
Bull. Acad. nat. Méd., 133, 219, 1949.
- 44 *Orton, H. B.* - La trachéotomie dans le botulisme et la poliomyélite résiduelle.  
Ann. Otol. Rhin. Laryng., 60, 485, 1951.
- 45 *Pache, H.* et *Jaquier, J. J.* - A propos d'un cas de botulisme.  
Rev. méd. Suisse rom. 69, 840, 1949.
- 46 *Putoir, A., Bedrine, H.* et *de Brux, J.* - A propos de 3 cas de botulisme.  
Paris méd., 117, 1942.
- 47 *Pluvinage, R.* - Sur quelques cas de botulisme.  
Paris méd., 333, 1943.
- 48 *Prevot, A. R.* et coll. - Nouveau cas de botulisme humain d'origine pisciaire. Résultat du traitement par l'anatoxine E.  
Bull. Acad. nat. Méd., 136, 663, 1952.
- 49 *Prevot, A. R.* et *Huet, M.* - Existence en France du botulisme humain d'origine pisciaire et du «Cl. botulinum» E.  
Bull. Acad. nat. Méd., 135, 432, 1951.
- 50 *Prevot, A. R.* *Huet, M.* et *Thevenard, A.* - Second cas français de botulisme humain d'origine pisciaire.  
Bull. Acad. nat. Méd., 136, 323, 1952.
- 51 *Prevot, A. R., Terrasse, J., Daumail, J., Cavaroc, M., Riol, J.* et *Silioc, R.* - Existence en France du botulisme humain de type C.  
Bull. Acad. nat. Méd., 139, 355, 1955.
- 52 *Rambert, P.* et *Emile-Zola, F.* - Les formes mortelles du botulisme.  
Presse méd., 486, 1946.

- 53 *Rougier, J.* - Attention au botulisme.  
Lyon méd., 540, 1944.
- 54 *Saric, R.* et coll. - Les facteurs de gravité dans le botulisme (déductions thérapeutiques).  
J. Méd. Bordeaux, 138, 903, 1961.
- 55 *Schwartz, J., Chamy, M.* et *Muller, J.* - Récidive de botulisme six ans après une première atteinte, Paralyse oesophagienne.  
Strasbourg méd., 355, 1953.
- 56 *Thiébaud, F., Metzger, O.* et *Israel, L.* - Manifestations oculaires du botulisme.  
Rev. oto-neuro-ophtal., 27, 238, 1955.
- 57 *Uhry, P.* et *Pierrart.* - A propos du botulisme.  
Médecine, 13, 1946.
- 58 *Vittoz, A. L.* - Des frontières du botulisme.  
Thèse Paris, 3 av. 1944, N° 76, 138 pages.
- 59 *Vivien, P.* - Botulisme. -  
Feuillets méd., oct. 1958.
- 60 *Wasmuth, W.* - Le botulisme.  
Dtsch. Med. Wschr., 73, 636, 1948.
- 61 *Zoubkova, W. L.* - Botulisme chez une fillette de 10 ans.  
Pediatria (Moscou), 78, 1958.

## DIQUINAL

Modérateur et régulateur du coeur



## ETHANITROL

Vasodilatateur coronarien



## NICOTURAL

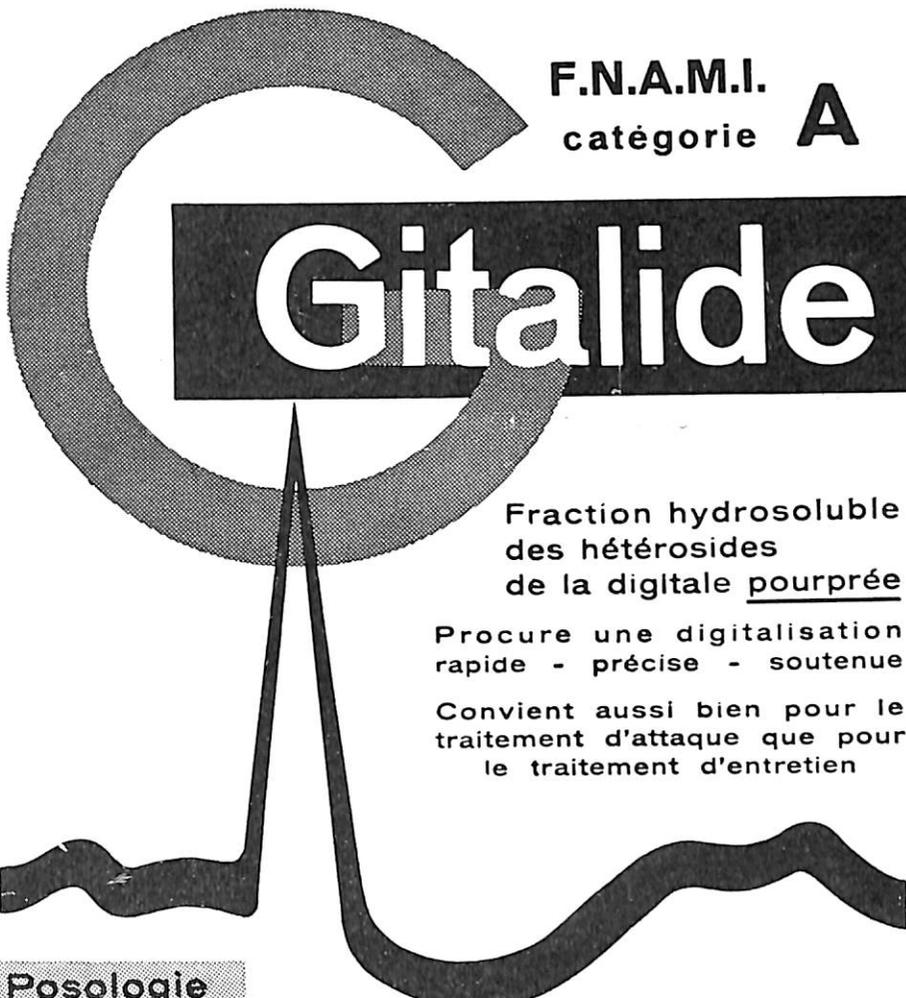
Hypotenseur Spasmodolytique vasculaire

**Laboratoires Optima** 80, Grande rue au Bois - Bruxelles 3  
Echantillons sur demande.

# 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 pourprée

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 aider vos patients  
à s'abstenir du tabac

Au lieu d'un conseil . . . .

ordonnez

# N I C O M I S E

40 dragées

105.- fr.

s'oppose aux effets de la  
nicotine par l'action d'un  
alcaloïde similaire, la Lobéline.

**Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois  
S. A.**

# SUR QUELQUES CAS DE BOTULISME

par ANDRÉ BEISSEL

Il vient d'être rappelé fort à propos dans quelles circonstances le botulisme peut, de temps à autre, se révéler une maladie d'actualité dans nos régions. Je voudrais rapporter ici les cinq cas que j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter récemment.

## *Observation 1*

Le 5 novembre 1961, dans la soirée, je fus appelé auprès de M<sup>me</sup> M... qui se plaignait de sécheresse de la bouche, de dysphagie et d'une importante fatigue musculaire. Très angoissée elle avait des difficultés pour accommoder et affirmait voir les objets en double.

Elle soupçonnait un empoisonnement alimentaire.

A l'examen clinique sa température était normale, la T.A. 13/7 coeur et vaisseaux s. p. Le faciès était légèrement cyanosé, le regard brillant malgré un ptosis bilatéral; les pupilles, en mydriase, ne réagissaient ni à la lumière ni à l'accommodation; la diplopie ne se manifestait que dans le regard latéral droit et gauche. Les muqueuses de la bouche étaient sèches, le pharynx rouge, sans fausses membranes. Le réflexe vélopalatin était conservé ainsi que les réflexes tendineux, il n'y avait pas de paralysie visible du nerf facial. Le foie et la rate ne débordaient pas le rebord costal, l'abdomen était ballonné, mais souple, la respiration normale; presque aphone, elle s'exprimait cependant sans difficulté.

La maladie avait débuté le 2 novembre par des nausées et une fatigue anormale. A partir du lendemain, vomissement de liquide gastrique et de bile et difficultés croissantes à la déglutition des aliments solides. Le goût et l'odorat disparurent, l'asthénie musculaire augmentait; la voix, très rauque dès le début devenait monotone et une aphonie s'installait progressivement; depuis le début de la maladie, constipation persistante.

Madame M... fut hospitalisée le même soir et un traitement de réhydratation i. v. combiné à une antibiothérapie préventive mis en oeuvre immédiatement.

Le lendemain matin, c.-à-d. le 6 novembre, les examens de laboratoire donnèrent les résultats suivants: formule sanguine normale, vitesse de sédimentation 18/46, urée 0,25‰, glycémie 0,87‰, réserve alcaline 46 vol%, sodium 151,3 Mécq; potassium 4,48 Mécq; urines: albumine 0, sucre 0, réaction acide, densité 1031, urobilinogène normal, dépôt: urates.

Le ptosis avait augmenté, l'asthénie musculaire était telle que la malade ne tenait plus debout. La respiration était devenue bruyante, et un *examen laryngoscopique* (D<sup>r</sup> A. Willems) révélait une paralysie recurrentielle bilatérale.

La dysphagie était devenue totale pour les aliments solides et même les liquides n'étaient absorbés qu'avec difficulté.

Un *examen radiologique* du transit pratiqué par le D<sup>r</sup> R. Olinger donna le résultat suivant: «Après un arrêt au niveau de la bouche oesophagienne la baryte tombe dans l'oesophage qui ne présente aucun mouvement péristaltique et qui se laisse dilater par le baryte qui s'accumule au-dessus du cardia spastique.

Conclusion: Paralysie de l'oesophage. (La diminution de l'action du pneumogastrique - ou l'excitation de celle du sympathique - provoquent un spasme du cardia et une distension de l'oesophage.)»

L'*examen ophtalmologique* (D<sup>r</sup> Ad. Faber) montra qu'en dehors de l'aréflexie pupillaire, du ptosis et de la diplopie il existait à droite une névrite optique avec léger oedème, à gauche une névrite moins accentuée, sans oedème.

La symptomatologie très précise imposait de plus en plus le diagnostic de botulisme:

*le début digestif*: nausées, vomissements, constipation, météorisme;

*les troubles nerveux*: atteinte des nerfs craniens-névrite optique, anosmie, paralysie des nerfs oculo-moteurs, troubles gustatifs, la paralysie des pneumogastriques et recurrents, enfin l'asthénie musculaire complétait la symptomatologie du botulisme.

Cependant l'étiologie de l'infection demeura obscure.

#### *Observation 2*

Deux jours avant le début des nausées de Madame M... son gendre M<sup>r</sup> J... avait vomi abondamment et depuis lui aussi ressentait une sécheresse de la bouche et une légère gêne à la déglutition, ainsi que des difficultés pour accommoder; il était également ballonné et constipé, mais chez lui tous ces symptômes étaient discrets et il continuait son travail. Les autres membres du ménage étaient indemnes.

D'après l'avis des deux malades la cause de l'intoxication étaient des escargots consommés plusieurs jours avant le début des symptômes. J'allais accepter leur explication lorsque le D<sup>r</sup> G. Thinnes de Mersch me téléphona qu'une de ses clientes était atteinte d'une intoxication botulique, et que cette femme n'était autre que la soeur de Madame M... Or les deux soeurs et Monsieur J... s'étaient réunis le 1<sup>er</sup> novembre chez un parent à la campagne et y avaient mangé du jambon crû.

Heureusement le jambon n'avait plus été entamé depuis: il fut retrouvé et envoyé d'urgence au Laboratoire de l'État où fut constatée la présence massive de toxine botulique du type B.

Notons que ce jambon avait un arôme et un aspect absolument normaux.

La veille de l'intoxication deux enfants en avaient également mangé et n'avaient ressenti aucun malaise.

Mais un autre invité avait goûté le jambon et en avait emporté une tartine à deux collègues de bureau.

Bilan = encore trois intoxications, heureusement légères.

### *Traitement et évolution*

Chez Madame M... les infusions i.-v. de sérum physiologique et glucosé furent continuées ainsi que l'antibiothérapie et des injections de prostigmine. Le 7 novembre elle reçut ses premières injections de sérum antitubulique mixte A+B de l'Institut Pasteur (40 cc) en injections i. v.

A partir du lendemain, comme le type de la toxine était connu, elle reçut tous les jours du sérum antitubulique B (40 cc par jour). Le 8 novembre, après un léger effort physique, la malade fit un arrêt respiratoire d'une minute environ et à la suite sa respiration devint irrégulière et du type Cheyne-Stokes. Craignant un arrêt respiratoire plus grave, nous fîmes pratiquer une trachéotomie, et grâce à l'obligeance du D<sup>r</sup> R. Faber un appareil Pulmoteur fut mis en place prêt à parer immédiatement à un éventuel arrêt respiratoire.

Le 10 novembre une parotidite unilatérale s'accompagnant de poussée fébrile céda rapidement à une augmentation des doses d'antibiotique. Malgré son apparence de prostration accentuée par le ptosis presque complet et l'asthénie musculaire, la malade était restée parfaitement lucide et consciente de son état.

Le 15 novembre une amélioration considérable de l'état général, des troubles visuels et de l'asthénie, ainsi que l'absence de toute anomalie respiratoire nous permettaient de faire retirer la canule de la trachéotomie.

Le 21 novembre, c.-à-d. 12 jours après le début de la sérothérapie, s'installa une poussée de polyarthrite précédée de 24 heures d'une élévation de la température à 39° et accompagnée d'une éruption cutanée généralisée et prurigineuse.

Ces accidents sériques cédèrent rapidement à un traitement antiallergique.

La constipation céda le 12<sup>e</sup> jour de l'hospitalisation, les troubles de la déglutition et le ptosis disparurent progressivement ainsi que la mydriase et le météorisme.

Le 24<sup>e</sup> jour Madame M... put rentrer chez elle cliniquement guérie, mais elle gardait une grande fatigue musculaire ainsi qu'une anosmie complète et une absence de sensations gustatives pendant plusieurs semaines encore.

Quant à Monsieur J... celui-ci avait vomi quelques heures après l'absorption de la toxine et ses symptômes, très légers,

n'avaient causé au début ni inquiétude ni arrêt du travail. Il recevait néanmoins du sérum antitobotulique B à raison de 20 cc i. m. par jour, ainsi que des injections journalières de prostigmine. Malgré ce traitement, ses troubles augmentèrent progressivement, de sorte que lui aussi dut être hospitalisé le 14 novembre. Très ballonné et constipé, il était atteint de ptosis, de mydriase, de sécheresse de la bouche et de difficultés d'avaler des aliments solides, ainsi que d'une fatigue musculaire très gênante. En plus, comme Madame M. . ., il se plaignait d'anosmie; celle-ci se prolongea pendant des semaines après la disparition de tous les autres symptômes.

Du point de vue humoral, élévation de la vitesse de sédimentation à 37/62, et présence d'urobiline et d'urobilinogène dans les urines.

Les autres victimes de l'intoxication ne furent atteintes que légèrement. J'eus l'occasion d'en voir trois.

#### *Observation 3*

Madame R. . ., la soeur de Madame M. . ., fut traitée à domicile par le D<sup>r</sup> Thinnes de Mersch. Elle souffrait également d'asthénie musculaire, de ballonnements, de constipation, de sécheresse de la bouche, ainsi que de difficultés à la déglutition et d'anosmie tenace. Elle reçut un traitement par sérum antitobotulique et guérit sans complications.

#### *Observation 4*

Monsieur G. . ., 24 ans, le quatrième invité, vint me consulter le 8 novembre, se plaignant de céphalées, de dysphagie pour les aliments solides et de sécheresse de la bouche, ainsi que de troubles de l'accommodation sans diplopie, de constipation rebelle et de mydriase portant avant tout sur l'oeil droit.

Son traitement fut le suivant: 3 comprimés de prostigmine à 15 mg par jour; Eucarbon; 4 ampoules de 20 cc de sérum antitobotulique.

Guérison sans complication.

#### *Observation 5*

Monsieur K. . ., 51 ans, un des collègues de bureau de Monsieur G. . ., examiné le 8 novembre, se plaignait surtout de difficultés pour s'alimenter: il arrivait à avaler les aliments, mais ceux-ci restaient bloqués dans l'oesophage par un spasme du cardia; en outre sécheresse de la bouche et constipation. La veille de l'examen il avait vomi du sang et depuis il se sentait mieux. Il n'avait pas de mydriase, mais un léger trouble de l'accommodation, buvait sans difficulté de l'eau. Traitement: prostigmine per os, quatre ampoules de 20 cc de sérum antitobotulique type B. Guérison sans complications.

## CONCLUSIONS

Différents faits nous semblent intéressants dans ces quelques cas de botulisme.

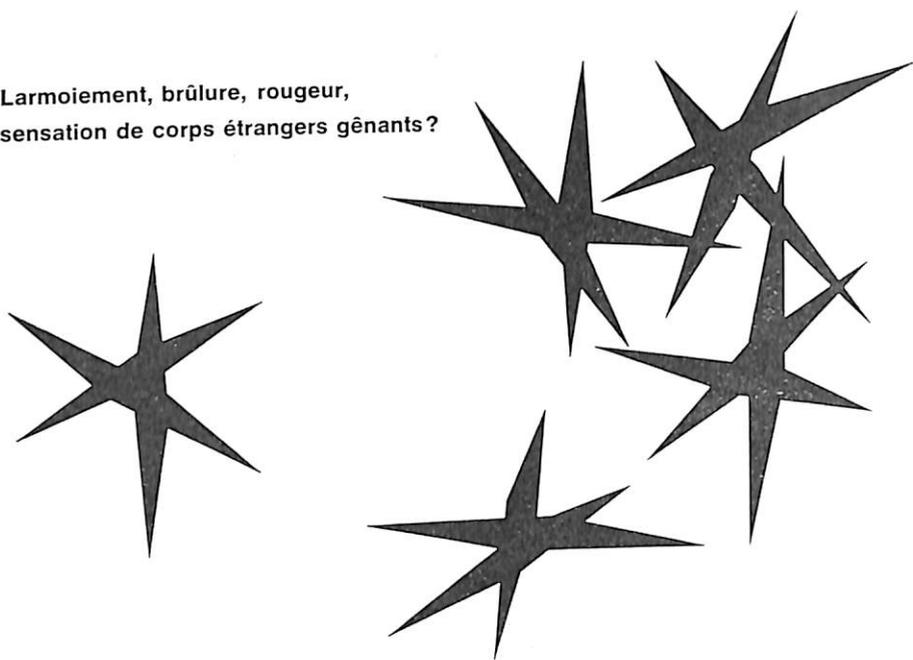
En premier lieu d'avoir pu détecter certains cas légers à partir du moment où l'aliment botuligène était connu. Il est

fort probable qu'un certain nombre d'intoxications légères passent inaperçues et que nous n'en faisons le diagnostic que lorsque la présence d'un cas sévère attire notre attention sur l'intoxication botulique, ou bien quand nous pouvons retracer à partir de l'aliment botuligène connu les formes frustes de l'intoxication.

En deuxième lieu nous aimerions attirer l'attention sur l'impossibilité dans ce cas de prévoir une contamination botulique du jambon d'après son aspect extérieur ou son goût, et que d'autre part un jambon peut être sain dans ses parties extérieures tandis qu'en profondeur la viande est contaminée. Ceci est prouvé par le fait que la veille deux enfants en avaient mangé sans éprouver par la suite le moindre malaise.

Enfin nous avons pu confirmer dans un de nos cas, grâce à une étude radiologique, la paralysie de l'oesophage sur laquelle ont insisté Alajouanine et ses collaborateurs. Dans notre cas, l'oesophage, à l'examen radiologique, était lisse, atone et fortement dilaté à sa base, sans aucune contraction péristaltique tandis que l'évacuation de la baryte était entravée par un spasme continu du cardia.

Larmolement, brûlure, rougeur,  
sensation de corps étrangers gênants?



## **VISADRON<sup>®</sup> - collyre**

soulage la vue

**Indications :**

Irritations hypérémiqnes des conjonctives,  
Conjonctivites chroniques, d'origine exogène,  
non microbienne,  
Conjonctivites folliculaires (microfolliculaires),  
Conjonctivites allergiques,  
Conjonctivites après les kéralites,  
Conjonctivites post-opératoires.

**Posologie :**

1-3 gouttes plusieurs fois par jour

**Présentation :**

Flacon compte-gouttes oculaire spécial de 10 g



**C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN**

Concessionnaires : Etablissements E. BAUDRIHAYE · VERVIERS

***Obligés de vivre sous un ciel inclément,  
ayez toujours présents à la mémoire  
les quatre produits suivants :***

## **PERTHYMINE**

THYM - DROSERA - LOBELIE  
BROMURES

**Sirop pectoral ;**  
pour enfants et adultes.

## **PERTUSTOL**

ETHYLMORPHINE - BROMOFORME  
IPECA - TOLU - ACONIT  
LAURIERCERISE

**Sirop pectoral ;**  
pour adultes.

## **JIBERINE**

PHENACETINE - CAFFEINE - ACIDE  
ACETYLSALICYLIQUE

**Comprimés/antalgiques/  
antithermiques:**  
Maux de tête, Migraines,  
Névralgies, Rage de dents,  
Grippe, Fièvre, Refroidis-  
sement, Règles douloureuses,  
Suites d'alcoolisme etc.

## **THERMOFLUIDE**

CAPSICUM - CAMPHRE - TERE-  
BENTHINE - SALICYLATE DE METHYILE  
OLEINATE D'AMMONIUM  
AMONIAQUE - SAVON  
POTASSIQUE - HUILE D'OLIVES

**Liniment révulsif -  
analgésique ;**  
Rhumatismes, Goutte,  
Sciatique, Lumbago,  
Entorses, Foulures, Trau-  
matismes des sportifs etc.

**4**

**Produits de valeur  
Produits LUXEMBOURGEOIS  
Produits PROPHARMA**

**4**

*Echantillons sur demande.*

*Admis par les Caisses.*

**Laboratoires Propharma Luxembourg**

# para *sanol*®

## Differenzierte Bremsung der hyperaktiven Magenfunktionen

durch parasympathikolytische Wirkung, lokalen Schleimhauteffekt und zentrale Reizabschirmung  
para sanol entspricht den neuen Anschauungen von Pathogenese und Therapie der Magenerkrankungen.

Zusammensetzung

N-Diphenyl-methyl-atropinium-bromid 7,5 mg  
Meprobamat 150,0 mg, Aluminiumglycinat 300,0 mg

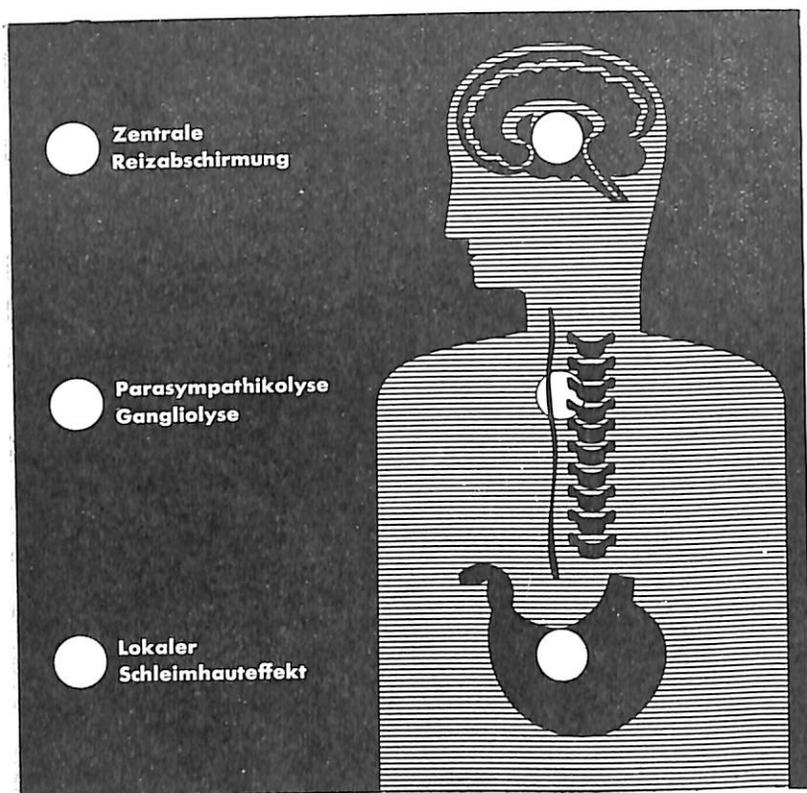
Indikationen:

Ulcus ventriculi et duodeni,

Gastritis acuta et chronica,

Gastritis nervosa, Gastroduodenitis,

Stumpfgastritis, Begleitgastritiden versch. Genese



040 002 1

*sanol*

arznei-  
mittel

Handelsformen: 24 und 48 Tabletten

Prophac Luxembourg

# LE BOTULISME

## QUELQUES ASPECTS BIOLOGIQUES

par ARSÈNE BETZ

Si le botulisme n'est pas une affection que le médecin est amené à rencontrer journallement, il n'est néanmoins pas à considérer comme très rare dans notre pays. Déjà en 1890, Edmond Knaff<sup>6</sup>, médecin de campagne à Grevenmacher, avait décrit de façon détaillée quatre foyers comprenant chaque fois plusieurs malades et il admettait comme très vraisemblable qu'il s'agissait d'intoxications alimentaires. La description clinique minutieuse de tous ces malades ne laisse aucun doute sur l'origine botulique des troubles. Notons que ce n'est que quelques années plus tard, en 1896, que fut découvert et isolé en Belgique le germe en cause par Van Ermengen.

Durant ces dernières années nous avons eu connaissance de plusieurs foyers par an et deux fois nous avons pu constater la présence de toxine botulique du type B dans du jambon (novembre 1960 et novembre 1961). Les observations de ces deux foyers sont rapportées en détail dans ce numéro par Bruck<sup>3</sup> et par Beissel<sup>2</sup>. Je me bornerai donc à quelques remarques concernant la biologie générale de cette toxoinfection.

Le botulisme est une maladie due à des toxines élaborées par des bacilles anaérobies sporulés: *Clostridium botulinum*. Ces toxines sont – dans la très grande majorité des cas – formées en dehors de l'organisme, au sein d'aliments conservés dans des conditions favorables à la prolifération de ces germes. A la base des intoxications botuliques on retrouve donc en général des aliments qui, contaminés par des spores botuliques au moment de leur mise en conserve, n'avaient pas été soumis à une stérilisation parfaite. Il faut remarquer que les spores botuliques sont extrêmement résistantes à la chaleur et peuvent survivre 3 à 5 heures à des températures humides de 100°. Il va sans dire qu'à cet égard les conserves préparées par les grandes usines, où l'on est parfaitement au courant du problème, ne sont pratiquement jamais incriminées et que ce sont les conserves alimentaires préparées à l'échelon familial ou artisanal qui sont le plus souvent en cause.

Les deux fois où nous avons pu prouver la présence de toxine botulique, il s'agissait de jambon fumé. La viande conservée de porc (jambon, saucisson) est bien connue comme source de botulisme humain. Ceci est dû au fait que cet animal est souvent porteur de germes botuliques dans son tube digestif. La bactériémie intense en phase digestive chez cet animal<sup>7</sup> explique le passage des germes botuliques dans la viande quand on n'applique pas la règle de la diète hydrique avant l'abattage, véritable prophylaxie du botulisme d'origine porcine<sup>9</sup>.

Les intoxications botuliques se présentent presque toujours en petits foyers – le plus souvent familiaux – et, dès qu'on suspecte un cas de botulisme, il faut toujours soigneusement interroger et examiner tous les membres de la famille. C'est le plus souvent par une telle enquête familiale qu'on peut localiser utilement l'aliment suspect et le soumettre à la toxinotypie. Remarquons en passant que les toxines botuliques sont détruites par une forte ébullition de 15 minutes. C'est donc vers les conserves consommées crues ou simplement réchauffées qu'il faut orienter l'enquête.

Si dans la très grande majorité des cas l'ingestion de toxine préformée est à la base de la maladie botulique, il faut néanmoins envisager la possibilité d'une toxi-infection analogue au tétanos, dont plusieurs cas ont été décrit récemment<sup>16, 5, 4</sup>. Prévot<sup>10</sup> résume l'observation de Hampson en ces termes: «Neuf jours après une blessure de genou qui avait été traitée par sérothérapie préventive antitétanique et pénicilline, un homme présenta des signes de botulisme (paralysies) et mourut. Dans la plaie on isola *Cl. botulinum* A; un cobaye, inoculé avec une macération de tissu prélevé dans la plaie, mourut en 72 heures.»

Les agents du botulisme, producteurs des différentes toxines botuliques, (dont il existe 5 types différents: A, B, C, D, E) sont très répandus dans le sol et répartis sur toute la surface de la terre avec une prédominance du type A en Amérique, du type B en Europe, des types C et D en Afrique du Sud, du type E dans les zones septentrionales.

Si le type B reste toujours le plus fréquent dans notre région (c'est le seul que nous ayons pu identifier jusqu'à présent au Luxembourg), la possibilité de se trouver en présence d'un autre type est toujours donnée, surtout si l'on considère les échanges commerciaux de plus en plus étendus. Rappelons que Prévot de l'Institut Pasteur de Paris a isolé une souche de botulisme E en examinant 176 poissons d'eau douce recueillis dans les étangs domaniaux de la région de Rambouillet<sup>12</sup>. Plusieurs cas français de botulisme E ont été décrits par la suite<sup>13, 14</sup>, ainsi que plusieurs cas humains de botulisme C<sup>8, 15</sup>.

Puisqu'il n'y a aucune immunité croisée entre les différents types du botulisme il sera donc toujours d'un très grand intérêt

pratique d'identifier rapidement le type exact en cause, afin de tirer le maximum de la sérothérapie spécifique. En effet, sur un botulisme dû à la toxine E l'injection de sérum A+B, même en quantité importante, n'aura aucune influence.

Comment procéder pour arriver le plus rapidement possible à un *diagnostic exact* du type en cause?

Si quelques auteurs ont eu des succès en recherchant la toxine botulique dans le sérum du malade, en pratique cette recherche semble avoir très peu de chances d'aboutir. En tout cas, pour une telle recherche il faut avoir à sa disposition au moins 30 cc de sang, recueilli bien entendu avant toute sérothérapie.

Le moyen le plus sûr reste, à l'heure actuelle, la recherche et l'identification de la toxine botulique dans l'aliment suspect qui sera acheminé d'urgence au laboratoire. La réponse, quant à la présence de toxine botulique, pourra être attendue après un délai de 24 à 48 heures. Le plus souvent l'aliment en question a un aspect tout à fait normal.

Comment s'effectue cette *toxinotypie*?

On prépare d'abord par broyage un extrait aqueux dont le surnageant, après centrifugation, est réparti en tubes. Un des tubes sert comme témoin, un autre tube est chauffé 15 minutes à 105° et dans une série de 5 autres tubes on ajoute à l'extrait de l'aliment une quantité adéquate des différents sérums anti-botuliques respectifs: anti-A, anti-B, anti-C, anti-D, anti-E (un tube pour chaque type). Le contenu de chacun des 7 tubes est alors injecté par voie intrapéritonéale à un lot de souris (au moins trois souris par tube).

Si l'aliment en question contenait de la toxine botulique, toutes les souris meurent avec des signes de paralysies dans un délai de 12 à 48 heures, sauf celles injectées avec l'extrait chauffé et celles injectées avec l'extrait mélangé à l'anti-sérum correspondant au type de la toxine botulique présente dans l'aliment.

C'est, en passant, une preuve spectaculaire de l'efficacité de la sérothérapie spécifique et de l'inefficacité totale du sérum antibotulique ne correspondant pas au type de la toxine.

Par curiosité, remarquons l'effrayante activité de la toxine purifiée et cristallisée: 1 mg de cette substance contient  $220 \times 16^6$  DMm souris<sup>1</sup>. Cette quantité minimale suffirait à tuer 1200 t de cobayes ou souris et 20 g suffiraient à tuer toute l'humanité<sup>17</sup>.

A ce titre il n'est un secret pour personne qu'on a envisagé d'utiliser la toxine botulique – en particulier sous forme d'aérosol – comme une arme particulièrement redoutable de la guerre biologique. Après le passage d'un tel nuage, un animal

TABLEAU I

|                        |   |
|------------------------|---|
| extrait                | 3 souris mortes                         |
| extrait chauffé à 105° | les 3 souris survivent                  |
| extrait + sérum anti-A | 3 souris mortes                         |
| extrait + sérum anti-B | les 3 souris survivent                  |
| extrait + sérum anti-C | 3 souris mortes                         |
| extrait + sérum anti-D | 3 souris mortes                         |
| extrait + sérum anti-E | 3 souris mortes                         |
| Conclusion:            | Présence de toxine botulique du type B. |

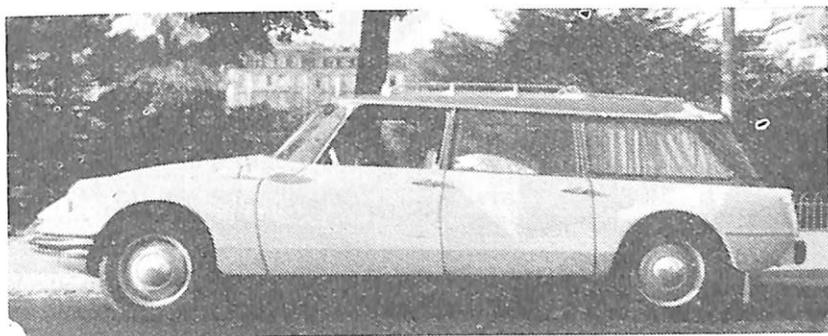
comme le chat aurait une réelle chance de survivre. Extraordinairement résistant vis-à-vis de la toxine botulique, il peut en effet ingérer sans risque sérieux, des millions de DMm et il ne répond que par un botulisme très lent à l'injection souscutanée de 100 000 DM<sup>11</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Abrams, Kegeles et Hottle.*  
J. biol., Chem. 164, 63, 1946.
- 2 *Beissel, A.* - Sur quelques cas de botulisme.  
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 100, 25, 1963.
- 3 *Bruck, P.* - A propos de quelques cas de botulisme après ingestion de jambon.  
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 100, 13, 1963.
- 4 *Davis, Mattman et Wiley.*  
J. Amer. med. Ass., 146, 646, 1951.
- 5 *Hampson.*  
J. Bact., 61, 647, 1951.
- 6 *Knaff.*  
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 173, 1890.
- 7 *Legroux et Jeramec.*  
Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 128, 404, 1944.
- 8 *Meyer, Eddie, York, Collier et Townsend.*  
C.R. 6° Congrès international de Microbiologie, Rome, 2, 588, 1953.

- 9 *Prévo*t. - Biologie des maladies dues aux anaérobies, Paris, 1955, Flammarion.
- 10 *Prévo*t et *Huet*.  
Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 135, 432, 1951.
- 11 *Prévo*t, *Huet* et *Thévenard*.  
Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 136, 323, 1952.
- 12 *Prévo*t, *Loiseau* et *Thévenard*.  
Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 136, 663, 1952.
- 13 *Prévo*t, *Terrasse*, *Daumail*, *Cavaroc*, *Biol* et *Sillio*c.  
Bull. Acad. nat. Méd. (Paris), 139, 355, 1955.
- 14 *Thomas*, *Kelcher* et *McKee*.  
Arch. Path. 51, 623, 1951.
- 15 *Van Heynigen*, W. E. - Bacterial toxins, Oxford, 1950, Blackwell Scientific Publ.

*(Travail du Laboratoire bactériologique de l'État.)*



*Ambulances spéciales pour longs parcours  
pour un ou deux malades*

**Garage Ch. Schalz & Fils**

**Luxembourg**

**41, Allée Scheffer - Téléphone 276 75**

Nouveauté

# Mobilat

Traitement percutané d'arthrites  
et d'arthroses

Extrait surrénal

Polyester sulfurique de mucopolysaccharide

Acide salicylique

Les principes actifs  
du Mobilat interviennent  
à plusieurs endroits  
dans le  
processus inflammatoire.

La somme de ces effets  
amène la sédation  
des douleurs et aboutit  
à d'heureux résultats  
thérapeutiques.

Tube de pommade de 25 g  
Présentation clinique de 125 gr.

LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

Représentants L. F. WILL et Cie (Belgique) S. A.  
Rue Van Camp, 42, BRUXELLES 3 - Tél.: 16.16.02

# LA RESPONSABILITÉ DU PHARMACIEN ET LE CONTROLE DES MÉDICAMENTS

par ARMAND LONTIE \*)

En vous parlant de la responsabilité du pharmacien, je vais me limiter à un aspect de cette responsabilité, notamment en ce qui concerne la conformité des médicaments délivrés.

La base légale de cette responsabilité se trouve définie dans l'A.R. du 31 mai 1885 qui dit que le pharmacien est responsable de la qualité des médicaments qu'il délivre ou qu'il détient et que l'excuse d'avoir été induit en erreur par des tiers n'est pas valable.

D'autre part, il est de tradition dans les milieux pharmaceutiques de revendiquer la responsabilité sur la conformité des médicaments.

Cette revendication est basée sur le fait que de par ses études, le pharmacien étant qualifié pour juger de la qualité des médicaments, son monopole de délivrance est basé, d'une part sur sa compétence et, d'autre part, il est évident que l'intérêt de la santé publique exige que la délivrance des médicaments soit réservée aux seules personnes compétentes.

Cependant l'évolution de la thérapeutique, l'introduction de produits nouveaux de formes inhabituelles, d'exigences de qualité de plus en plus poussées qui rendent certains contrôles difficiles ont placé le Corps Pharmaceutique devant des problèmes nouveaux.

Tant qu'il s'agit de préparer et de délivrer des préparations magistrales ou officinales, la responsabilité du pharmacien n'a jamais été contestée par personne et dans la majorité des cas, le pharmacien dispose à l'officine des moyens nécessaires pour juger de la qualité des produits utilisés et éventuellement pour faire un contrôle de produits préparés.

---

\*) Conférence faite à Luxembourg, le 18 novembre 1962.

Pour la spécialité pharmaceutique, le problème est beaucoup plus complexe: l'appareillage nécessaire et les techniques analytiques à utiliser mettent le pharmacien individuel devant un problème insoluble. C'est ce que les dirigeants de «La Nationale Pharmaceutique» avaient compris dès 1918 en créant le Laboratoire de la Nationale Codex.

Ainsi que M. le Pharmacien Guisset vous le montrera par des chiffres, ce laboratoire s'est développé constamment surtout depuis 1950 lorsqu'il est devenu le Laboratoire du «Service de Contrôle des Médicaments» et ce qui était impossible pour chaque pharmacien individuel est devenu une réalité de tous les jours pour les pharmaciens belges et luxembourgeois.

Vous savez sur quelles bases s'est développée l'activité de ce Service: sur une base contractuelle résultant de l'application d'une convention à laquelle les producteurs et les pharmaciens ont adhéré individuellement.

Nous sommes heureux de remercier aujourd'hui les pharmaciens du Grand-Duché de Luxembourg qui par une convention signée avec l'A.P.B. le 23 décembre 1959 ont adhéré au système de collaboration et à son financement.

En dehors de ces activités régies par un système contractuel, certains contrôles sont effectués sur une base légale: le Laboratoire S.C.M. a été explicitement reconnu par l'État pour faire, au nom des pharmaciens d'officine, le contrôle par lot de fabrication au stade de la dispensation de certains médicaments: antibiotiques, sérums et vaccins, pansements stériles, liquides pour perfusions etc. . .

Dans les deux cas, le laboratoire apparaît comme un prolongement de l'officine. L'achat des appareils, le rassemblement de la documentation, la centralisation des renseignements sont devenus possibles grâce à la collaboration de tous les pharmaciens d'officines de la Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg.

Je n'insisterai pas sur le travail du laboratoire et sur les différentes techniques qui y sont utilisées.

Le film qui vous sera présenté tout à l'heure vous montrera nos services en pleine activité.

Pour consacrer l'aspect officinal du contrôle, l'A.P.B. a tenu à s'assurer également du concours de pharmaciens travaillant dans leur propre officine et de professeurs d'université travaillant dans les laboratoires universitaires.

Qu'il me soit permis de remercier publiquement les pharmaciens luxembourgeois MM. Kuffer et Nicolay qui collaborent comme analystes extérieurs.

En dehors de cette collaboration analytique de quelques pharmaciens, je dois cependant attirer l'attention de nos con-

frères sur la nécessité d'une collaboration effective de tous les pharmaciens qui a également son importance.

Si le financement auquel vous collaborez tous est essentiel, l'activité du service ne peut atteindre cependant sa pleine efficacité que par la collaboration de chaque pharmacien dans le domaine du contrôle et du retrait des spécialités, trouvées non conformes et notre Directeur-Général, M. Guisset, vous parlera de cet aspect particulier.

Cet exposé sommaire, au cours duquel j'ai évité volontairement toute digression dialectique, vous aura fait saisir que l'activité du S.C.M. est importante, que l'existence du Laboratoire est un facteur majeur dans la mise en pratique du principe éthique et une réponse valable aux problèmes devant lesquels les pharmaciens se trouvent posés puisqu'ils se voient obligés de par la loi à ne détenir et à ne délivrer que des médicaments de bonne qualité.

En parlant du Service de Contrôle des Médicaments de l'A.P.B., on peut appliquer les paroles émouvantes qu'on trouve dans «Die Weise von Liebe und Tod des Cornets Christophe Rilke» de Rainer Maria Rilke

«Meine Gute Mutter  
seid stolz: Ich trage die Fahne,  
«Seid ohne Sorge: Ich trage die Fahne»

et j'espère que la réponse des praticiens de l'art de guérir tant médecins que pharmaciens correspondra à la réalisation du troisième souhait contenu dans cette citation:

«Habt mich lieb: Ich trage die Fahne.»

# Traitement des états dépressifs

# SURMONTIL

7162 R. P. - [(Diméthylamino-3' méthyl-2' propyl) - 5 iminodibenzyle]

Nouveau médicament anti-dépressif dont la structure chimique participe à la fois de celle de l'imipramine et de celle de la lévomépromazine (Nozinan).

Champ d'action particulièrement étendu intéressant à la fois la dépression et l'anxiété.

TOUS LES SYNDROMES MÉLANCOLIQUES  
VRAIS ET ATYPIQUES  
TOUTES LES FORMES DE DÉPRESSION NÉVROTIQUES

\*

**COMPRIMÉS** dosés à 25 mg  
Tubes de 50

**AMPOULES** dosées à 25 mg  
Boîtes de 10

Documentation détaillée et échantillons sur demande

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
Rhône



D'EXPANSION CHIMIQUE  
Poulenc

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

# HISTORIQUE ET FONCTIONNEMENT DES LABORATOIRES DU SERVICE DE CONTROLE DES MÉDICAMENTS DE L'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE BELGE

par MARC GUISSSET \*)

vient de vous exposer en quoi consiste la responsabilité du pharmacien d'officine belge et l'effort fait par celui-ci pour répondre à cette obligation.

Je m'excuse de reprendre quelques points déjà exposés par Monsieur Lontie, mais cela est nécessaire pour vous retracer en quelques minutes l'histoire du S.C.M. et de vous en détailler le fonctionnement surtout en ce qui concerne le contrôle des spécialités dans le cadre contractuel, c'est-à-dire basé sur une convention librement consentie entre fabricants et pharmaciens.

L'origine des laboratoires remonte aux années 1918 – 1920; à l'époque seul l'arrêté royal de 1885 rend responsable le pharmacien de la qualité des médicaments et l'excuse d'avoir été induit en erreur par d'autres n'est pas admise.

Si le pharmacien est à même de contrôler les médicaments vrac qu'il achète, pour les spécialités, l'analyse est plus difficilement réalisable. C'est pour cette raison que nos confrères eurent à l'époque, l'idée de fonder un laboratoire chargé de faire en leur nom les examens et contrôles des spécialités. Les fabricants contactés marquèrent leur accord; ainsi naquit une convention qui fut modifiée plusieurs fois dans la suite. Elle était basé dans ses grandes lignes sur la procédure suivante: après avoir été contrôlée, la spécialité est immatriculée et doit porter un timbre; le recontrôle au stade de la dispensation est effectué avec retrait de la spécialité en cas de non conformité.

---

\*) Conférence faite à Luxembourg, le 18 novembre 1962.

Il faut souligner qu'à l'époque n'importe qui pouvait mettre n'importe quelle spécialité sur le marché, sans contrôle.

C'est dans la maison privée du Docteur Schammelhout que le laboratoire commence à fonctionner; il est bien entendu des plus modestes. Les quelques photos que je vous présenterai après ma communication vous donneront une idée assez précise du matériel d'analyse de l'époque. Vous pourrez le comparer avec les réalisations actuelles que le film vous développera.

De 1920 à 1949 le développement du laboratoire fut lent – une personne en 1920, dix personnes en 1949. Il n'y avait pratiquement pas de recontrôle; toute l'activité était consacrée aux analyses en vue de l'immatriculation des spécialités.

En 1955 parut l'arrêté royal imposant le contrôle des antibiotiques par les pharmaciens d'officine; jusqu'à cette date ces produits étaient contrôlés par l'État et celui-ci reconnaissait par le fait même la compétence des pharmaciens en leur confirmant la responsabilité déjà exprimée par l'A.R. de 1885.

En effet, l'article 2. paragraphe I de ce nouvel arrêté prescrit que «les pharmaciens sont tenus, pour les substances et préparations antibioriques qu'ils délivrent, d'en contrôler la composition qualitative et quantitative, ainsi que la conformité aux lois et règlements sur les médicaments». Le paragraphe II précise «qu'ils peuvent sous leur responsabilité, charger des contrôles prévus au 1<sup>er</sup> paragraphe, un organisme professionnel agréé à cette fin par le Ministre de la Santé publique et de la Famille».

L'activité du laboratoire va, à partir de 1953, se diviser en deux: analyses exécutées conformément à l'arrêté précité avec analyse par lot avant la mise sur le marché et apposition d'un timbre en cas de conformité. En cas de refus, un rapport d'analyse détaillé est envoyé à l'Inspection Générale des Pharmacies qui décide du sort réservé au lot litigieux.

Ce nouveau système est tout à fait différent du système contractuel; en effet, d'après le régime conventionnel les timbres sont accordés une fois pour toutes après que l'analyse a révélé un produit conforme. L'autorisation d'apposer le timbre n'est d'ailleurs retirée que dans des cas exceptionnels. Les recontrôles sont effectués périodiquement sur ces produits mis sur le marché. En cas de non conformité dûment constatée et admise par le fabricant le lot refusé est retiré de la vente.

En 1955 parut un nouvel arrêté royal. Dans son article 10, cet arrêté précise que «les détenteurs d'une autorisation de fabriquer ou de préparer les produits visés par le présent arrêté sont tenus de confier à un pharmacien d'industrie engagé par eux c'est-à-dire à une personne titulaire du diplôme de pharmacien... la surveillance effective de la fabrication des médicaments et le contrôle de leur conformité aux lois et règlements».

Cet arrêté important ne modifie pas le rôle joué par le pharmacien d'officine; celui-ci est toujours responsable des médicaments délivrés et conserve son monopole de dispensation.

L'A.R. de 1955 ne supprime d'ailleurs pas l'A.R. de 1953 imposant le contrôle par lot des antibiotiques.

Après quelques hésitations et malgré les frais qui leur sont imposés par la présence du pharmacien d'industrie et par les contrôles exigés par la loi, les fabricants continuent à adhérer à la convention.

Toutefois, alors qu'auparavant les frais de la première analyse et l'entièreté du coût du timbre était à charge des fabricants, à partir de cette date les frais d'analyse leur sont supprimés et leur intervention dans le coût du timbre diminue. Les pharmaciens prennent la différence à leur charge.

Il n'y eut pas d'autre modification jusqu'en 1960.

Cette année là, le 6 juin, parut un arrêté important et lourd de conséquences pour l'avenir de la pharmacie belge.

En effet, outre l'analyse des antibiotiques, le Service de Contrôle des Médicaments allait devoir, au nom des pharmaciens d'officine, examiner par lot les sérums, vaccins, antigènes, les préparations microbiennes thérapeutiques, les préparations pour transfusion ou perfusion, les ligatures, les pansements stériles, le matériel stérile de perfusion, de transfusion ou de drainage et le matériel stérile d'injection.

Cet arrêté confirmait une nouvelle fois l'obligation pour le pharmacien d'officine de vérifier la qualité des médicaments et l'état belge se déchargeait du contrôle des sérums, vaccins et ligatures.

Malgré les arrêtés de 1953, 1955 et 1960, le recontrôle des spécialités prit de l'extension et se développa suivant le plan établi.

Le S.C.M. occupe en 1962, 124 personnes alors que ses effectifs étaient, je le rappelle, d'une personne en 1920 et de 10 personnes en 1949.

Il est ainsi le laboratoire professionnel le plus important d'Europe.

Le personnel est actuellement réparti en trois sections: l'Administration, le Laboratoire de Chimie et le Laboratoire de Biologie. Chacune de ces sections est divisée en sous-sections:

*A l'Administration:* la comptabilité, le département ARRETE, le département recontrôle, le service du timbre, l'indicateur, les analyses de base etc. . . .

*Le Laboratoire de Chimie* (dirigé par Monsieur le D<sup>r</sup> en Sc. Pharm. Braun): comporte l'Homéopathie et la Chimie Générale / l'Infrarouge / La Microchimie / La Chromatographie et la Pharmacognosie / les Vitamines / la Chimie Générale / les

analyses prévues dans le cadre de l'A.R. du 6 juin 1960 surtout en ce qui concerne les liquides pour perfusion, la résistance et le diamètre des catguts la section Routine mise à la disposition de l'P.R.A. pour exécuter les contrôles en fonction de l'A.R. d'août 1955 et / un service Électricité qui s'occupe de l'ensemble des laboratoires.

*Le Laboratoire de Biologie* (dirigé par Madame le D<sup>r</sup> en Sc. Pharm. Dony): comporte la section Produits du sang, Bactériophages, Biométrie, Néphélométrie Diffusion, Substances chimiothérapeutiques / Vitamines, Acides aminés, Facteur intrinsèque / Antibiotiques non routine, Champignons, Protozoaires / Antibiotiques routine, Enzymologie, Essais sur animaux, Toxicités, Pyrogènes, Histamines, Sérologie in vivo / Sérologie in vitro, Oeufs embryonnés, Culture de Cellules / Préparations microbiennes, Diététiques / Stérilité, Pouvoir Antiseptique / Cuisine.

Chaque directeur scientifique est aidé par un directeur scientifique adjoint; chaque section est dirigée par un pharmacien spécialisé.

En ce qui concerne la superficie des locaux, celle-ci est passée de 20 m<sup>2</sup> en 1920, à environ 60 m<sup>2</sup> en 1949 et de 400 m<sup>2</sup> en 1952 à 1900 m<sup>2</sup> actuellement. L'Association Pharmaceutique Belge a en effet construit de 1952 à 1961 de vastes laboratoires qui se trouvent derrière les 11 et 13, rue Archimède.

En ce qui concerne l'activité, elle se traduit par quelques rapports en 1920, quelques centaines en 1950 pour se fixer à environ 9.000 expertises en 1962. Depuis un an le Comité Directeur de l'A.P.B. m'a chargé de faire des conférences dans les Unions Professionnelles du pays pour augmenter le nombre de confrères collaborant à l'activité du Service et en quelques mois ce nombre a presque doublé. Une dizaine de confrères attendent encore actuellement leur agrégation et la procédure d'usage est en cours.

Je suis très heureux de pouvoir compter parmi nos pharmaciens d'officine analystes extérieurs deux confrères luxembourgeois; ce sont, Messieurs Kuffer et Nicolay et je tiens personnellement à souligner ici combien leur collaboration nous est précieuse et réconfortante.

Depuis l'application de l'A.R. du 6 juin 1960, les fabricants n'interviennent plus dans le coût du timbre prévu par l'arrêté; ils continuent toutefois à participer au coût du timbre conventionnel.

Actuellement de nouvelles tractations sont en cours entre l'A.P.B. et les organismes représentant les fabricants. Les pharmaciens sont disposés à prendre à leur charge l'entièreté du coût du contrôle. Ainsi les frais d'analyse qui au début étaient totalement supportés par les fabricants et importateurs sont passés progressivement, dans leur entièreté à charge des pharmaciens d'officine.

Je ne voudrais pas m'étendre ici sur les multiples difficultés analytiques, financières et autres qui sont survenues après l'A.R. du 6 juin 1960 mais je voudrais insister plus particulièrement sur le système conventionnel actuel.

La base de ce système repose sur la Convention, le Contrat de garantie et le Règlement d'immatriculation, documents signés librement par les fabricants. Il ne faut pas oublier que c'est en partie grâce à leur collaboration que le laboratoire du S.C.M. est devenu ce qu'il est aujourd'hui.

Un principe que nous nous sommes toujours efforcés de défendre et qui nous guide dans notre travail journalier est le suivant: exécuter un contrôle le meilleur possible avec le moins de frais possible et permettre au laboratoire d'effectuer la mise au point de nouvelles méthodes de contrôle.

Dans ce but, nous avons pris certaines dispositions pratiques telles les réunions qui se font régulièrement avec les Directeurs scientifiques et au cours desquelles sont décidés les contrôles à effectuer sur les spécialités. Il est inutile en effet d'effectuer pour certains tous les dosages des principes actifs et on peut se limiter au contrôle des produits labiles ou aux plus délicats à manipuler. Nous nous attachons en outre au contrôle de série de produits de composition identique et susceptibles d'altération. Nous avons procédé de la sorte à des recontrôles sur des suppositoires à base d'éléments volatils, sur des ampoules au point de vue mirage, sur des préparations à base de Vitamine A, de trinitrine, d'ergotamine, etc. . .

Après avoir fixé sur les rapports les examens à effectuer, le laboratoire reçoit ces expertises qui doivent être terminées dans le délai fixé. Auparavant on examine la conformité aux prescriptions légales en ce qui concerne la formule, les étiquettes spéciales, le numéro d'enregistrement, le numéro de lot et on effectue un contrôle organoleptique. Les produits refusés lors de cet examen ne vont pas au laboratoire.

Lorsque les résultats analytiques fournis nous amènent à refuser une spécialité, une discussion contradictoire a lieu avec le fabricant pour nous permettre de décider si oui ou non l'altération, la déficience ou l'excès constatés sont dus à un manque de stabilité, un défaut de fabrication ou à un mode de conservation non adéquat.

Lorsqu'il est prouvé que l'anomalie révélée n'est pas due à de mauvaises conditions de conservation, le produit, suite à un avis donné par le fabricant aux annales pharmaceutiques belges, est retiré du marché et les conditionnements retournés au S.C.M. aux fins de destruction.

Le fabricant paie les frais inhérents au contrôle du produit en cause. Simultanément à cette procédure, nous demandons à une série de pharmacies pilotes de nous signaler les différents

lots de la spécialité incriminée qu'ils pourraient avoir en leur possession et nous sommes ainsi arrivés à des résultats positifs qui peuvent aller jusqu'au retrait du marché de tous les lots d'une spécialité et même à sa suppression.

Il est bon d'insister sur le fait que la procédure du refus ne veut pas avoir une action négative ou répressive mais qu'elle nous permet, par un dialogue constructif avec le fabricant, d'arriver à faire modifier par exemple la formule de composition ou à trouver un emballage plus adéquat ou à faire préciser les conditions de conservation d'une façon plus stricte.

J'espère que la collaboration existant entre les pharmaciens d'officine et le S.C.M. continuera dans la voie où elle est engagée pour que ceux-ci nous renvoient les conditionnements dont les avis de retrait paraissent dans les Annales Pharmaceutiques Belges.

Nous avons édité à cet effet des tryptiques qui permettent de retourner au S.C.M. les conditionnements non conformes avec le maximum d'efficacité et le minimum de formalités.

Je me permets d'insister également sur l'extrême nécessité pour les pharmaciens d'officine, de contrôler organoleptiquement avant la délivrance, tous les médicaments qu'ils dispensent et de les envoyer au S.C.M. lorsqu'ils ont un doute quant à leur composition ou leur bonne conservation.

Pour terminer, je voudrais signaler que nous recevons chaque année des stagiaires envoyés par l'Organisation Mondiale de la Santé et que de nombreux pharmaciens et personnalités belges ou étrangères visitent régulièrement nos laboratoires. Cela veut dire que le laboratoire des pharmaciens d'officine belges a acquis au point de vue santé publique, tant sur le plan national qu'international une renommée qu'on ne peut sousestimer. Il est du devoir de chaque pharmacien d'aider et de soutenir son laboratoire au maximum et de toutes ses forces car ainsi il préserve l'avenir de notre belle profession.

# NEUTRAPHYLLINE

*et ses  
associations*

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES

*sédative:*

NEUTRAPHYLLINE  
AU PHÉNOBARBITAL

*antispasmodique :*

NEUTRAPHYLLINE.  
PAPAVÉRINE-PHÉNOBARBITAL

*eupnéique :*

NEUTRAPIRINE

LABORATOIRES HOUDÉ - 9, RUE DIEU, PARIS X<sup>e</sup>

275.

Agent: G. Delforge & Cie

197, avenue Paul Deschanel - Bruxelles 3 - Tél.: 15.49.40

**Ein neues Mack-Produkt**

# **MIRAPRONT<sup>(R)</sup>**

**Appetithemmer mit Langzeitwirkung**

- reduziert übermäßige EBlust
- reguliert Nahrungsbedarf und Nahrungsaufnahme
- enthebt von einschränkender Diät
- gewährleistet hohe Wirtschaftlichkeit durch Depotwirkung
- 1 Kapsel morgens = Tagesdosis
- besitzt ungewöhnlich große therapeutische Breite
- ist frei von Nebenerscheinungen und verursacht keine Gewöhnung
- OP zu 20 Kapseln
- 1 Kapsel enthält 15 mg Phenyltert.-butylamin als Resinat

Literatur und Muster durch :

**Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois**

S. A.

23, Coin rue Mercier et rue Wedel

# L'OEUVRE MÉDICALE DU BARON HENRI-JEAN-NÉPOMUCÈNE CRANTZ

(1722 - 1797)

par J.-PAUL PUNDEL

Le baron Henri-Jean-Népomucène Crantz (1722 - 1797) est une des figures les plus remarquables et les plus curieuses parmi les savants d'origine luxembourgeoise, mais malheureusement aussi une des plus oubliées, comme vient de le remarquer si justement François-Léon Lefort<sup>8</sup> dans une étude sur son oeuvre botanique.

Mais le baron Crantz n'était pas seulement un des rares grands botanistes pouvant rivaliser avec Linné. Il était tout d'abord médecin, et une étude rétrospective de son oeuvre médicale et surtout obstétricale nous permet aujourd'hui de le ranger parmi les plus grands obstétriciens du 18<sup>e</sup> siècle.

## LA BIOGRAPHIE DE HENRI-JEAN-NÉPOMUCÈNE CRANTZ

La biographie de Henri-Jean-Népomucène Crantz (*fig. 1*) est malheureusement fort incomplète. En nous référant aux recherches de Koltz<sup>7</sup> et Neyen<sup>10</sup>, nous savons que Crantz est né le 24 ou 25 novembre 1722 à Roodt, près de Septfontaines, comme fils de Pierre Crantz, mayeur à Roodt, et de Anne Simon. Il fit ses études d'humanités au collège des Jésuites à Luxembourg, puis partit s'inscrire à la Faculté de médecine de Louvain où «il se fit bientôt remarquer par ses rapides et brillants progrès, tellement que la Cour de Bruxelles, qui reçut rapport de cette circonstance, crut devoir l'envoyer à Vienne avec une pressante recommandation pour l'impératrice, la grande Marie-Thérèse, qui cherchait à attirer dans cette ville tout ce que les provinces belges avaient de distingué» (Neyen). A Vienne, il devint l'élève préféré du grand Van Swieten sous lequel il fit son doctorat en médecine en 1750. Van Swieten



Fig. 1 - Frontispice du livre „Gesundbrunnen der österreichischen Monarchie”,  
Wien, 1777.

A droite, l'impératrice Marie-Thérèse, à gauche dans le médaillon, Gerhard van Swieten. On suppose que les personnages offrant à l'impératrice un livre représentent le baron Crantz et sa femme... ou du moins portent leurs traits.

avait remarqué rapidement l'intelligence et les capacités médicales extraordinaires de son élève à tel point qu'il le recommanda spécialement à la faveur de Marie-Thérèse. Depuis quelque temps, l'impératrice envisageait de créer à Vienne une Maternité Universitaire, et comme le jeune Crantz s'intéressait

particulièrement à l'obstétrique, Van Swieten était convaincu d'avoir trouvé en lui la capacité qu'il fallait pour diriger ce nouveau service obstétrical. Sur sa recommandation, Marie-Thérèse envoya aux frais de la Cour le jeune Crantz à Paris pour se perfectionner dans l'art des accouchements. A Paris, Crantz devient l'élève favori du grand Levret (fig. 2) et de Puzos. De retour à Vienne, Crantz est nommé en 1754 «Lector artis obstetriciae» à l'hôpital St. Mar. Appelé, en sa qualité de professeur d'obstétrique, auprès de Marie-Thérèse dans un cas difficile, il appliqua avec succès une nouvelle méthode opératoire, ce qui lui valut le titre de conseiller aulique (Neyen). Lefort suppose que c'est peut-être lui qui assista en 1755 Marie-Thérèse lors de la naissance de Marie-Antoinette, mais cette hypothèse est peu probable, d'après les archives de la cour impériale. Le pro-



Fig. 2 - André Levret (1703-1780).

Gravure offerte à Levret par son élève et ami J. H. N. Crantz, avec la dédicace:  
 Viro in arte obstetricia celebri in Germaniae amicitiaē Tessera ponit Henr.  
 Crantz Med. Doct. S. M. Imp. Pns.

(In: L'art des Accouchemens, Paris, 1761)

tocole de la Cour indique en effet que la naissance de Marie-Antoinette se déroula étonnamment vite. Il était alors d'usage d'exposer le Saint-Sacrement à l'église des Capucins, quand une naissance était imminente à la Cour. Mais lors de la naissance de Marie-Antoinette, on n'en avait plus le temps. L'empereur était allé avec ses enfants à l'Église de St. Augustin, puisqu'on était le jour des Morts, et rentré au palais, il apprit que l'impératrice était brusquement entrée en travail. L'accouchement s'est déroulé rapidement, probablement sans l'aide d'un médecin ni même d'une sage-femme, car on ne trouve aucune note dans l'acte de famille ni dans le journal du maréchal de la Cour, le comte Khevenhüller.

En 1757, Crantz quitte l'obstétrique pour accepter la chaire de physiologie et *materia medica*, devenue vacante par la mort du professeur Melchior Stoerck, et laisse l'obstétrique à l'in-signifiant Valentin Lebmacher. C'est alors qu'il se consacre presque exclusivement à ses deux thèmes favoris, la botanique et l'étude des sources thermales (*fig. 3*).

Après avoir été nommé baron par Joseph II, avec une rente annuelle de 6.000 florins, Crantz quitte brusquement l'université en 1773, et se retire sur son domaine de Judenburg en Carniole.

Quand on étudie les oeuvres de Crantz, on est frappé par une discordance inquiétante entre le nombre et l'importance de ses écrits et les idées parfois révolutionnaires et exactes qu'il y développe, sans toutefois à aller jusqu'à présenter le travail d'ensemble auquel on pourrait s'attendre. Au lieu de créer un tel ouvrage mémorable, Crantz se laisse entraîner à des critiques souvent très violentes contre ceux qui à ses yeux défendent des thèses erronnées. Ce caractère particulier a été très bien exposé par Lefort qui se demande quelle pourrait en être la cause, uniquement une sorte de misanthropie native ou un profond secret.

Personnellement, nous croyons que ce comportement déroutant de Crantz a une cause double. Tout d'abord, on peut conclure de l'étude de ses livres et polémiques que Crantz a un caractère honnête, mais renfermé. On a nettement l'impression qu'il aurait pu écrire des livres révolutionnaires non seulement pour l'obstétrique, mais encore pour la pharmacologie et la botanique. Mais dès qu'il voit que ses premières idées et découvertes n'ont pas trouvé l'accueil qu'elles méritent, il semble garder toutes ses découvertes pour lui tout seul et ne publie plus que des détails isolés, sans passer au grand oeuvre. Il s'isole de plus en plus, d'autant plus que sa vie privée ne lui procure pas le bonheur désiré, et c'est là une autre cause de son comportement de misanthrope.

Crantz a été marié deux fois, tout d'abord avec Anna Susanne Petrasch, née à Vienne et décédée en 1769, puis avec

HENRICI JOA. NEPOM. CRANTZ

S. C. A. MAJESTATIS CONSILIARII, INSTITUTIONUM MED. ET MATERIÆ MEDICÆ VINDOBONENSIS PROFESSORIS PUB. ORD. ACAD. IMP. NAT.

CURIOS. ET SOCIETAT. BOTANIC.

FLORENTI. SODALIS.

MATERIA MEDICA

ET

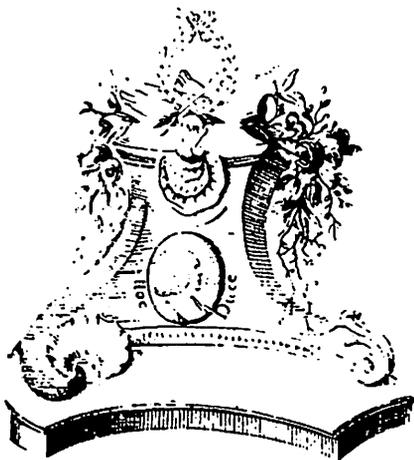
CHIRURGICA

JUXTA

SYSTEMA NATURÆ DIGESTA.

---

T. I.



---

VIENNÆ AUSTRIÆ,  
IMPENSIS, JOANNIS PAULI KRAUS,

MDCCLXII.

Fig. 3

Madeleine de Tremon, une jeune actrice de talent d'origine luxembourgeoise, née en 1748. Crantz semble avoir offert à ses femmes une vie mondaine très enviable, mais sans pouvoir récolter en retour le bonheur. Sa première femme est enlevée par une maladie longue et pénible. Sa seconde femme, très jeune, lui donne au début l'illusion d'avoir non seulement retrouvé un foyer, mais encore une nouvelle vie pleine de jeunesse. Mais, hélas! le bonheur de Crantz est de nouveau de courte durée et se termine par une catastrophe. Déjà peu de temps après le mariage, les réceptions que Crantz offre en sa maison de Vienne pour égayer la vie de sa jeune et belle épouse, attirent toute l'élégance de la ville impériale. Des intrigues amoureuses commencent à se nouer entre la jeune femme et un des archiducs à tel point qu'elles retentissent jusqu'à la Cour. Pour mettre fin à ce scandale, Joseph II ne voit qu'une solution: Crantz est prié de demander sa retraite de l'université qui lui est accordée avec tous les honneurs et privilèges dus à son titre de professeur et de baron. Officiellement, la cause de sa retraite est une maladie chronique, et voilà la fin de la vie scientifique et littéraire de Crantz.

Cette retraite ne met pas fin aux déboires de Crantz. A Judenburg, il s'adonne principalement à l'exploitation de ses mines sidérurgiques et d'une usine à Schladming. Mais les infidélités de sa femme continuent, et Crantz devient de plus en plus aigri. D'après Neyen, il aurait acquis une fortune considérable, comprenant outre plusieurs concessions de mines, six maisons à Vienne. Mais à la mort de Crantz, le 18 janvier 1797 qui l'a frappé à l'âge de 75 ans, à la suite d'une gangrène progressive («laufender Brand»), il n'en reste plus grand'chose: la maison N° 48 de Judenburg, où il est décédé, 4494 florins en argent et 20.000 florins en obligations de la banque de Vienne. Avant sa mort, les affaires de Crantz l'avaient entraîné à de nombreux procès coûteux, et en plus, sa femme contribuait largement à ce désastre financier par le luxe de son train de vie. A sa mort, Crantz a laissé trois enfants mineurs Clement, Henriette et Aloyse. L'enterrement eut lieu au cimetière de St. Nicolas de Judenburg. Son fils Clement dilapide bientôt le reste de la fortune, et sa mère meurt complètement ruinée le 11 mai 1809. La tombe de Crantz est rapidement délaissée, et en 1840 il n'en existe déjà plus de trace au cimetière. \*)

---

\*) Nous remercions très vivement le D<sup>r</sup> Marlene Jantsch, Docent à l'Institut d'Histoire de la Médecine de l'Université de Vienne, qui vient de publier une courte biographie de Crantz dans la «Neue Deutsche Biographie» et qui a bien voulu mettre à notre disposition de nombreux documents sur la vie de notre compatriote. C'est grâce à ces documents que nous avons pu compléter et corriger les données biographiques présentées par Neyens et Lefort.

## L'OEUVRE MÉDICALE DE HENRI-JEAN-NÉPOMUCÈNE CRANTZ

Nommé professeur d'obstétrique à Vienne, Crantz s'occupe tout d'abord de l'amélioration du niveau des sages-femmes, tâche la plus urgente. Son premier livre est ainsi un manuel d'accouchement à l'usage des sages-femmes, «*Einleitung in eine wahre und gegründete Hebammenkunst*» (Wien, 1756), un livre remarquable par sa clarté didactique. Comme professeur universitaire, Crantz peut enrégistrer rapidement un brillant succès. Il est au jugement de Kilian<sup>9</sup> (839) un excellent maître, «*sehr tüchtiger Lehrer!*», et ses élèves accourent de nombreux pays. Dans son service, Crantz démontre le nouveau forceps de Levret et s'attaque violemment à ceux qui utilisent encore les crochets pointus et autres instruments mutilants. Il devient de ce fait un adversaire redoutable du grand Roederer.

Dans ses écrits obstétricaux, Crantz se distingue non seulement par une érudition exceptionnelle, favorisée par la connaissance parfaite de plusieurs langues, mais encore par son bon sens, libre de tout préjugé. Ses conclusions sont surtout dictées par un profond sentiment d'humanité envers les malades et une honnêteté médicale au-dessus de tout reproche. Cette recherche de la vérité le pousse à condamner ouvertement certaines idées erronées de ses grands maîtres Levret<sup>9</sup> et Puzos<sup>11</sup> et il s'attire ainsi l'hostilité de nombreux collègues. Mais ces réactions ne l'impressionnent guère. Il lui importe avant tout de perfectionner le diagnostic obstétrical, d'un côté pour éviter des interventions, mais d'un autre, pour pouvoir intervenir à temps, avant que l'accouchement n'ait tourné à la catastrophe. À côté de ses deux ouvrages généraux «*Dissertatio de re instrumentaria in arte obstetricia*» (Nuremberg, 1757) (fig. 4) et «*Adversaria de praecipuis artis obstetriciae auxiliis*» (Vienne, 1760), Crantz a consacré un travail particulièrement intéressant à la rupture utérine au cours du travail (*Commentarius de rupto in partus doloribus utero*. Lipsiae, 1756, Napoli, 1776), dont nous trouvons la traduction française à la fin du *Traité d'accouchements* de son ancien maître Puzos<sup>11</sup> (fig. 5).

Dans ce travail, Crantz démontre un esprit particulièrement érudit, critique et synthétique, et sa thèse est écrite avec une rigueur scientifique qui peut encore servir d'exemple magistral pour aujourd'hui. Cet ouvrage contraste ainsi singulièrement avec la plupart des autres publications obstétricales de cette époque et dans lesquelles l'observation clinique, les résultats pratiques et la critique objective sont trop souvent faussés par des préjugés invraisemblables.

L'idée de cette thèse n'est pas née d'un besoin impérieux d'écrire selon les traditions des professeurs, mais en premier lieu de l'observation personnelle d'un cas fatal de rupture

**HENRICI NEPOMVCENI  
CRANTZ**  
PHIL. ET MED. DOCT.  
**DISSERTATIO**  
**DE**  
**RE INSTRUMENTARIA**  
**IN ARTE OBSTETRICIA**  
**CVM**  
**TRIBVS OBSERVATIONIBVS**  
**AD**  
**VIRVM CLARISSIMVM**  
**ANDREAM ELIAM BÜCH-**  
**NERVM**  
**ACAD. NATVR. CVRIOS. PRAESIDEM**  
**DIGNISSIMVM &c. &c.**

---

**NORIMBERGAE**  
**APVD WOLFGANGVM SCHWARZKOPFIVM**  
in Officina W. M. Enderiana: 1757.

Fig. 4

utérine où Crantz a été appelé trop tardivement et a dû avouer que cet accident fatal aurait pu être évité par une césarienne précoce, si la sage-femme et le médecin traitant avaient pu dépister à temps l'imminence de cette catastrophe.

La rupture de l'utérus au cours du travail d'accouchement n'est pas rare, mais jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, il est exceptionnel que la mère survive à une telle catastrophe, même si

HENRICI NEPOMVCENI CRANTZ

PHILOSOPH. ET MED. DOCT.  
CAESAREAE SCIENTIARVM ACADEMIAE  
MEMBRI

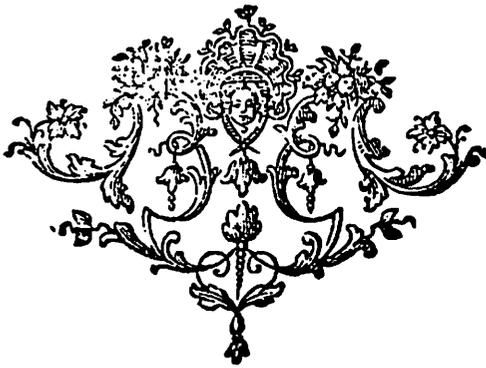
COMMENTARIVS

DE

R V P T O

IN PARTVS DOLORIBVS

A FOETV VTERO.



---

L I P S I A E,  
IMPENSIS IOHANNIS PAVLI KRAVSII,  
BIBLIOPOLAE VIENNENSIS.

M D C C L V I.

Fig. 5

elle est soignée par l'art. Cependant, la rupture utérine n'avait pas préoccupé beaucoup les anciens accoucheurs, car ils l'acceptaient comme une fatalité. Mais est-elle absolument inévitable et mortelle ou cette plaie est-elle plus dangereuse que celle pratiquée par le bistouri? C'est là le problème auquel Crantz essaie de donner une réponse satisfaisante.

Dans la première partie de son ouvrage, Crantz démontre que les plaies de l'utérus ne sont pas fatalement mortelles par elles-mêmes, puisque l'on a réussi à pratiquer avec succès des opérations césariennes et même des hystérectomies partielles ou totales, et que dans d'autres cas, des femmes ont pu survivre à des suppurations et même à des gangrènes de l'utérus. Jusqu'à ces temps, on a considéré la rupture utérine obstétricale comme un accident inévitable et pour lequel il n'y aurait pas de remède. Ce fatalisme provenait de l'ignorance totale des causes et des signes avertisseurs de la rupture utérine. Pour Levret<sup>9</sup> (Art des Accouchemens 596 et 597), «le déchirement de la Matrice, indépendant de causes extérieures, est le plus souvent occasionné par les convulsions de l'Enfant dont la tête se trouve enclavée. – C'est toujours avec ses pieds que l'Enfant déchire la Matrice en les débandant, pour ainsi dire, tout à coup et par secousses violentes et répétées». Cette idée erronée que la rupture utérine serait provoquée par les pieds de l'enfant en convulsions se retrouve encore longtemps plus tard dans de nombreux ouvrages obstétricaux qui ignorent volontairement ou non le travail de Crantz,

Pour pouvoir éviter la rupture utérine et en trouver le traitement prophylactique rationnel, il importe donc avant tout d'étudier les causes et les symptômes de cet accident. Crantz passe ainsi en revue les différentes observations de rupture utérine publiées jusqu'alors, et avec son esprit critique il parvient à en dégager toute une liste de causes possibles auxquelles les accoucheurs modernes n'ont à ajouter que quelques étiologies rarissimes. Crantz en distingue trois groupes principaux:

1. *Causes maternelles*: bassin étroit, sténose du col, dilatation insuffisante, obstruction du bassin par des tumeurs, altérations de la paroi utérine par l'insertion placentaire, et en général toutes les contractions utérines violentes sur un enfant qui est empêché par une cause quelconque dans sa progression normale vers l'extérieur.

2. *Causes fœtales*: enfant trop gros, tête trop grosse, présentations anormales, tête enclavée.

3. *Causes diverses externes et internes*: traumatisme par contusion du ventre de la mère, chute ou blessure, interventions obstétricales brutales, médicaments ocytociques.

Après cet exposé remarquable de l'étiologie de la rupture utérine, Crantz explique l'anatomie pathologique de cet acci-

dent qui peut intéresser n'importe quelle partie de l'utérus. Les descriptions anatomiques des ruptures utérines sont bien nombreuses alors, mais malheureusement, jusque-là personne ne s'est encore intéressé à étudier sérieusement la clinique de ces accidents pour en dégager les symptômes avertisseurs éventuels d'une telle catastrophe qui pour Crantz ne pourra être évitée que si l'on parvient à la dépister à temps et à donner un traitement correct de première urgence.

*La symptomatologie* qu'il dégage de ces observations est réunie dans un chapitre remarquable: «Quibus igitur in partus negotio rumpendus uterus est, iis vastum et distentum abdomen, retracta vagina, orificium altum, dolores quidem veri sed violenti, sine magnis intervallis frequentes, sine partu progressu ingrati, cum causis recensitis statim ab initio, aut medio naturalis nixus tempore absunt. Atque hoc adeo terribilis mali exordium est. Ruptis aquis vero, dolores vehementius instant, sine intermissione improbi, sine partus spe crudeles ita mulierem discruciant, ut et ignarum vulgus his non enixam miserantur miretur. Atque tum alia omnium rerum ratio est, eaque vel maxime periculosa; iam enim se iactare foetus, uterum variiis, nec limitatis intervallis premere, donec, quater, sedem angoris dolenter circumstantibus monstrare mater, donec tandem violentissimo subsultu elatus foetus, contractum calcitratu uterum perodat, aut membro magis obtuso dilaceret.»

Crantz nous donne ici déjà les signes classiques de la rupture utérine imminente, avec la tétanie, et on peut se demander s'il ne décrit pas déjà par *retracta vagina et orificium altum* le signe souligné plus tard par Bandl.

Le tableau de la rupture utérine établie est également déjà classique. Lors de la rupture utérine que dans certains cas les assistants peuvent entendre et que la mère ressent en général par une douleur très violente, la symptomatologie clinique change totalement: la mère perd habituellement connaissance à la suite de la douleur atroce qui accompagne la rupture, mais après un certain temps, elle peut reprendre ses sens. Comme en même temps les douleurs utérines ont pratiquement cessé ainsi que l'agitation maternelle, *ce changement est interprété trop facilement par les assistants comme une amélioration de la situation*. Mais hélas, quelle erreur! En effet, les signes les plus fréquents de la rupture utérine sont justement la disparition des douleurs de contraction, le relâchement de l'abdomen, auxquelles s'ajoute la perception facile des membres du foetus à travers la paroi abdominale, l'apparition fréquente d'une perte de sang par le vagin, la disparition de la présentation foetale. Mais ce dernier signe n'existe que si la rupture utérine est très large et a permis au foetus de passer presque complètement à travers la brèche utérine dans la cavité abdominale. A ces signes locaux s'ajoutent bientôt des signes généraux: la décoloration

progressive des téguments, l'affaissement des yeux, des bourdonnements d'oreille, l'effondrement du pouls, le refroidissement des extrémités, la prosternation et une nouvelle perte de connaissance allant vers le coma, ou, dans d'autres cas, une transpiration visqueuse, le hoquet, les vomissements, comme signe d'une péritonite.

Dans les cas classiques de rupture utérine, il s'agit presque toujours d'accouchements qui trainent et dans lesquels l'ignorance des sages-femmes ou accoucheurs peut devenir catastrophique s'ils acceptent l'accentuation des douleurs de contraction comme étant un bon signe et s'en servent pour faire courage à la parturiente jusqu'au moment où, par la cessation brusque des douleurs, la femme se croit sauvée alors que tout est perdu.

Les conclusions qui s'en dégagent pour Crantz sont nombreuses. Elles soulignent tout d'abord l'importance des moindres soins et signes cliniques lors d'un accouchement. Si le médecin est appelé, il doit d'abord faire un interrogatoire très complet, se renseigner sur les accouchements antérieurs éventuels, les maladies antérieures etc., le traitement déjà appliqué etc., puis il doit faire un examen obstétrical minutieux du bassin, de la présentation, de la dilatation et des contractions, et surtout il ne doit pas perdre de vue qu'un bassin normal ne doit pas nécessairement garantir un accouchement normal ou empêcher une rupture utérine dont les causes peuvent être très diverses.

Si l'examen clinique et le tableau de l'évolution de l'accouchement font craindre la possibilité d'une rupture utérine, alors la surveillance doit être renforcée. Si les signes classiques de l'imminence de la rupture surviennent, il faut intervenir immédiatement. Mais que faut-il faire? Dans les traités d'obstétrique de ces temps, on ne trouve pratiquement aucun conseil. Seul Levret<sup>9</sup> estime dans son «Art des Accouchemens»: «Quant à la cure prophylactique de ce terrible accident, il faut dès la première secousse douloureuse que la Femme en travail se plaindra de ressentir vers la région Epigastrique, lui tirer du sang du bras, jusqu'à ce qu'elle tombe en syncope, si la chose est possible, afin de rendre la Matrice souple etc.» Malheureusement cet etcetera n'est pas défini plus amplement par Levret. «Si d'ailleurs on peut trouver le moment favorable d'introduire la main dans Matrice, et que la Tête puisse être repoussée sans danger, on doit se hâter de retourner l'Enfant pour essayer, par ces précautions méthodiques, de le sauver avec sa Mère.» Actuellement, nous condamnerons ce conseil comme étant de la pure folie et ce traitement proposé par Levret est une faute médicale gravissime. Mais déjà Crantz ne peut plus suivre ici le raisonnement de son maître Levret, car spécialement dans les cas où le bassin paraît être normal, la version prophylactique

pour éviter une rupture utérine est non seulement particulièrement illogique, mais encore dangereuse, puisqu'il s'agit alors le plus souvent d'un enfant à grosse tête: «*Quod versio infantis, quam quidem, vix non omnes in casu pacitis crassi nimis, satis inepte proponunt, foetui semper lethalis, matri vero maxime periculosa sit: ut it in alio argumento quod Acad. Nat. Curios. misi, plusquam satis probavi.*» On pourrait encore pratiquer dans un tel cas la perforation qui sacrifie délibérément l'enfant, mais ne peut pas non plus éviter toujours la perforation utérine, «*sed et ipse uterus ab auxilio in mali prophylaxin ut credunt adhibito, citius perumpatur.*»

Il reste donc pour Crantz comme seule prophylaxie utile pour la mère et l'enfant la césarienne qui tout en étant assez dangereuse (et la césarienne entraîne alors une mortalité maternelle variant entre 50 et 80%) est sûrement moins risquée que de laisser arriver la rupture utérine dont la mortalité maternelle et foetale est pratiquement 100%. «*Quo auxilio rupturam uteri praevenire velim rogas? Dicam, operatione Caesareo. Hoc vero praesidium iterum primus contra omnium opinionem ex his rationibus propono.*»

Crantz ajoute ainsi le premier une nouvelle indication pour la césarienne qui jusque-là n'était permise que s'il existait une impossibilité absolue pour un accouchement par les voies naturelles. Jusque-là, toute indication pour une césarienne en présence d'un bassin apparemment normal était inconnue pour les uns ou condamnée formellement par les autres. En effet, Simon <sup>13</sup> (1743) qui a défendu avec tant d'ardeur la césarienne dans son célèbre mémoire, semble être d'un avis différent. Certes, «il n'est pas douteux» pour lui ainsi que pour Levret (1753) que la césarienne est absolument indiquée si la rupture utérine est arrivée, et «il y a même peu de cas où l'indication de la pratiquer soit aussi pressante; car l'enfant ne peut pas survivre long temps à cet accident; la mère est pareillement en danger de perdre la vie par l'hémorragie considérable qui se fait ordinairement dans la cavité du bas ventre». Mais Simon ne semble pas admettre la césarienne avant la rupture utérine déclarée, et surtout si le bassin paraît être normal: «Dès que la femme a les os du bassin bien conformés et que les parties molles ne présentent aucun obstacle par une disposition contre-nature, quelque soit le volume de l'enfant, il ne paroît pas qu'on puisse être dans le cas de pratiquer l'opération Césarienne.» Il faudrait alors choisir la perforation dont Crantz a souligné suffisamment les désavantages et dangers.

Crantz discute ensuite certains problèmes de détails de la technique opératoire et il termine son livre par l'observation très détaillée d'un cas de rupture utérine après un travail violent de plus de 48 heures et dans lequel il a pratiqué la césarienne

sur la femme moribonde, sans cependant pouvoir sauver ni la mère ni l'enfant.

Il est aujourd'hui étonnant que ce travail si logique et pour ainsi dire si moderne de Crantz n'ait pas été accueilli à sa juste valeur par les obstétriciens de son époque, car nous n'avons trouvé que de rares commentaires qui démontrent d'autre part que leurs auteurs ont le plus souvent mal lu ou mal compris le livre de Crantz, n'ont pas pu saisir l'importance de cette première indication relative de la césarienne ni la différence que Crantz fait nettement entre la rupture imminente et la catastrophe de la rupture accomplie.

Puzos<sup>11</sup> seul semble avoir accordé quelque importance au travail de son ancien élève, puisqu'il en publie la traduction française en annexe à son «Traité d'accouchemens». Levret<sup>9</sup>, par contre, ne paraît pas avoir apprécié beaucoup la thèse de son ancien élève et «ami» Crantz, et dans une édition ultérieure de son Art des Accouchemens (1761), il conserve encore intégralement ses vieilles conceptions sur le mécanisme et le traitement de la rupture. Dans une note il ajoute amèrement:

«Je saisis ici l'occasion de rendre publiquement mes actions de grace à M. Crantz, mon disciple et mon ami, au sujet de tout ce qu'il a dit de moi dans sa Dissertation sur la Rupture de la Matrice pendant la Grossesse, et de ce que je vois avec plaisir qu'il n'y a pas de Paragraphes, où il n'ait fait usage de mes préceptes, excepté dans le trente-neuvième et le quarantième, dont il se déclare être seul l'Auteur. Ces deux Paragraphes renferment suivant lui *le point qui fait le but principal de sa Dissertation*. Loin de disputer à cet Auteur la propriété de ce point, je proteste que mon amour-propre et mon amitié pour M. Crantz, souffriront jusqu'à ce que ce galant homme ait confessé publiquement qu'il s'est trompé dans ce même point.»

Dans cette note se reflète l'orgueil blessé du grand maître Levret qui aime seulement les louanges de ses élèves bien dociles, mais qui ne semble pas pouvoir admettre qu'un seul puisse avoir le courage d'avoir des idées personnelles contraires aux siennes. De plus, Levret est loin d'écrire lui-même en «galant homme», car il commet deux erreurs qui frisent la mal-honnêteté. Tout d'abord Levret passe sous silence total le vrai sujet et la vraie conclusion du travail de Crantz qui propose la césarienne comme traitement prophylactique de la rupture utérine. Ensuite, les articles 39 et 40 n'ont aucun rapport direct avec cette conclusion principale. Dans ces deux articles incriminés, Crantz ne traite que certains détails de la technique de la césarienne et ses conclusions ne méritent nullement ce reproche singulier de Levret.

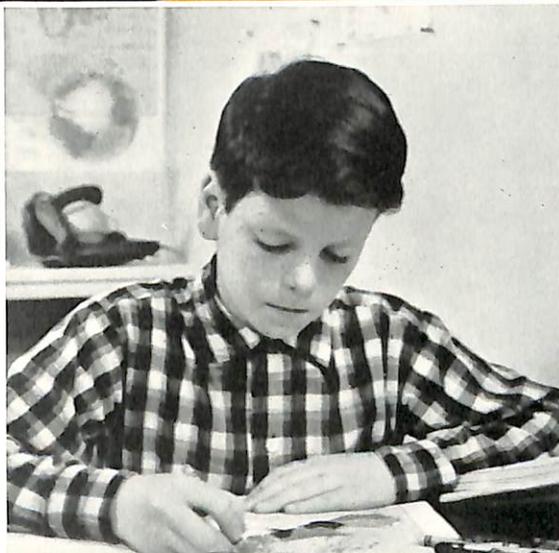
Astruc<sup>1</sup> (1768) qui suit dans son Art d'accoucher les préceptes de Levret fait également une confusion regrettable dans sa cri-



Troubles du  
comportement

MELLERETTES

Dragées  
Gouttes



ven la peroration a la cesarime prophylactique tout en

Troubles du  
comportement

MELLERIL 10

Dragées



tique du livre de Crantz: «Un Médecin Allemand, qui a écrit une fort bonne Dissertation sur cette matière, propose l'opération césarienne, comme un remède dans ce malheureux accident, quand il est arrivé, et il a raison.» Certes Crantz a raison, mais Astruc a tort ici puisqu'il confond la prophylaxie avec le traitement de la rupture déclarée, et le commentaire d'Astruc, tout en étant justifié, est un nouvel argument, bien qu'involontaire, en faveur de la thèse de Crantz: Il est certain, dit Astruc, qu'on sauveroit l'enfant, et qu'on aurait juste sujet d'espérer de sauver la mère: car après tout, la déchirure de la matrice n'est pas incurable, ou ne l'est pas toujours. Mais pour rendre cette opération salutaire, il faudroit la faire presque dans le moment que la rupture vient de se faire; car la mère et l'enfant périssent bientôt après, et comment faire cette opération sur une femme qui vient d'essuyer un assaut très rude, qui est alors, pour l'ordinaire, dans un évanouissement alarmant, et qui est d'une si grande faiblesse, qu'on a peine à sentir son pouls. Dans des circonstances si tristes, il faut donner quelque relâche à la malade, tâcher de rétablir ses forces par quelques cuillerées de vin d'Alicante, ou de quelque cordial léger, et profiter du premier moment favorable, pour faire, non pas l'opération césarienne, car il n'y a point d'incision à faire à la matrice, mais une simple incision au bas-ventre, ce qui est beaucoup moins dangereux; et peut suffire pour sauver la mère et l'enfant.» Malheureusement, l'expérience a démontré que l'intervention tardive vient presque toujours trop tard pour sauver du moins la mère, puisque l'enfant succombe en général très rapidement après la rupture utérine.

Plus tard, la thèse de Crantz est encore citée brièvement dans quelques grands traités d'obstétrique, e. a. par Kilian <sup>6</sup>, puis elle tombe dans un oubli total. Ainsi, par exemple, dans le traité de Scanzoni <sup>12</sup> (1853) un des meilleurs livres d'obstétrique ed l'époque, la rupture utérine est encore décrite d'une manière très rudimentaire, et au lieu de donner le beau tableau clinique de Crantz, Scanzoni ne sait citer comme seul signe avertisseur possible de la rupture utérine que celui décrit par Robertson, c'est-à-dire une douleur localisée et continue et qui n'est nullement spécifique. C'est ainsi que tout le mérite d'une étude détaillée et correcte de la rupture utérine revient finalement à Bandl <sup>3</sup> (1875), dont le travail magistral ne vient que confirmer, avec quelques détails complémentaires, les descriptions de Crantz. Mais il a fallu attendre encore le perfectionnement de la technique opératoire de césarienne, pour que le conseil prophylactique de Crantz puisse être accepté comme ligne de conduite en pratique. Encore vers 1900, on ne veut pas encore admettre la menace de la rupture utérine comme une indication défendable pour la césarienne, et on préfère alors encore souvent la perforation à la césarienne prophylactique tout en

n'ignorant pas que la perforation entraîne une mortalité maternelle égale et même parfois supérieure à celle de la césarienne qui offre par contre la chance d'obtenir un enfant vivant. conduite en pratique. Encore vers 1900, on ne veut pas

Aujourd'hui, grâce à l'amélioration des conditions de surveillance et de traitement prophylactique aux antispasmodiques, le danger de rupture utérine pendant l'accouchement a considérablement diminué, mais il reste toujours un certain nombre de cas où la menace de rupture utérine devient sérieuse. Et l'accoucheur moderne suit alors le conseil donné par Crantz en pratiquant une césarienne prophylactique, solution la plus logique et la moins dangereuse pour la mère et l'enfant.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Astruc, J.* - L'art d'accoucher réduit à ses principes. Paris, 1763.
- 2 *Baldinger, E. G. C.* - Biographien jetzt lebender Ärzte und Naturforscher. Jena, 1768, Band I.
- 3 *Bandl, L.* - Über Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien, 1875.
- 4 *De Luca.* - Das gelehrte Deutschland. Wien, 1776, Band I, p. 83.
- 5 *Engelmann, W.* - Bibliotheca medico-chirurgica. Leipzig, 1848 - 68.
- 6 *Kilian, H. Fr.* - Die Geburtslehre von Seiten der Wissenschaft und Kunst dargestellt. Frankfurt, 1839.
- 7 *Koltz, J. P.* - Notice biographique sur H. J. N. baron de Crantz. Bruxelles 1875.
- 8 *Lefort, F. L.* - Le botaniste Henri-Jean-Népomucène Crantz. In: Biographie Nationale du Pays de Luxembourg. Luxembourg, 1951, Fascicule 3, page 171.
- 9 *Levret, A.* - L'Art des Accouchemens démontré par des principes de physique et mécanique. Paris, 1753, 1761.
- 10 *Neyen, C. A.* - Henri-Jean-Népomucène Crantz, Médecin, Botaniste et Industriel. Biographie Luxembourgeoise. Luxembourg, 1876, Tome 3, Suppl. p. 85-89.
- 11 *Puzos, N.* - Traité des Accouchemens. Paris, 1759.
- 12 *Scanzoni, F. W.* - Lehrbuch der Geburtshilfe. Wien, 1853.
- 13 *Simon, J. Fr.* - Recherches sur l'opération césarienne. Mém. Acad. Royale de Chirurgie, 1743, 1, 623; 1753, 11, 308; 1787, 2, 623.

## ANNEXE

D'après Neyen<sup>10</sup>, il existerait un portrait de Crantz dans la salle d'anatomie de l'université de Vienne, et ce tableau pendrait en face du portrait de van Swieten. Le Doc. Dr Marlène Jantsch nous communique à ce sujet: «Unsere mehrfachen Versuche, doch noch ein Bild von Crantz zu finden, waren bisher vergeblich. Das Bild von Crantz könnte in der alten Anatomie – in der ehemaligen Gewehrfabrik – gewesen sein, vielleicht auch im anatomischen Gebäude der ehemaligen Josephinischen Militärakademie, in dem jetzt das gerichtsmedizinische Institut untergebracht ist. Im jetzigen anatomischen Institut ist ein Bild von Crantz nicht bekannt, auch nicht an der Wiener Universität.» Fr. L. Lefort publie de son côté une photographie d'un tableau qui serait le portrait supposé de Crantz, un tableau non signé appartenant à M. H.-E. François.

SOU MIS A L'A. R. DU 31-12-30  
ONDERWORPEN AAN K. B. VAN 31-12-30

**BIOCODONE** cat. **B**

**BIOS**

**BIOCODONE**  
*Prolongatum*

S.A. • PRODUITS BIOS N.V. • BRUXELLES • BRUSSEL

**3-schichtige  
Ulcustherapie  
mit neuem  
Wirkstoffkomplex**

# Neoplex<sup>®</sup>

**Saftschiicht:**

Magnesiumtrisilicat beseitigt Säurespitzen

**Mucosa:**

oberflächenaktiver Cocosfettalkohol bildet einen lokal-anaesthesierenden Schutzfilm, der natürliche Gerbstoff Tannin erzeugt eine härtende Adstriktion.

**Submucosa:**

Extractum Liquiritiae hat eine in praxi erwiesene Ulcus-Heilwirkung und stellt den Geschmack des Präparates auf

das Magenkranken eigene Bedürfnis ein.

**Indikationen:**

Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis, Duodenitis, Gastralgien.

**Dosierung:**

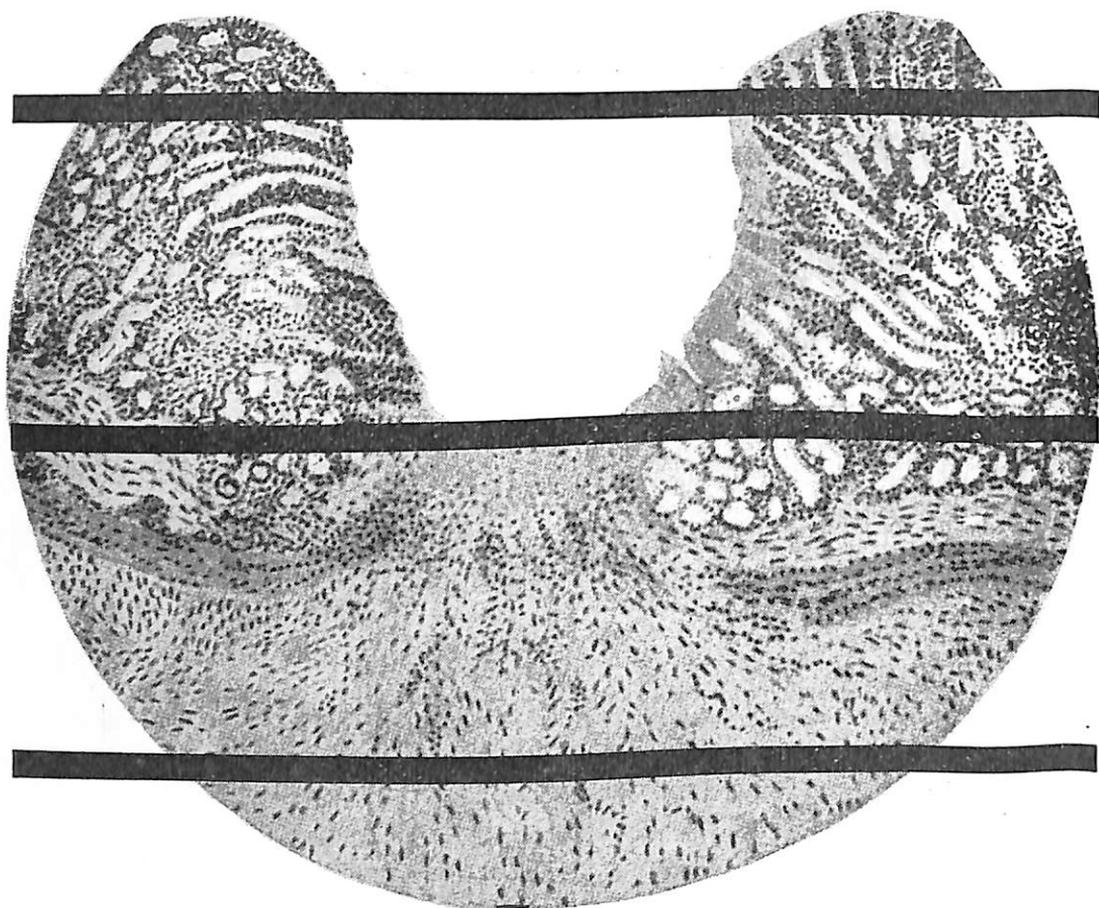
3mal täglich 1-2 Tabletten.

**Handelsformen:**

OP mit 24 Tabletten

OP mit 50 Tabletten

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein



Integral S. A., Luxembourg 61, rue de Strasbourg, Téléphone 235 26

# CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU LABORATOIRE BACTÉRIOLOGIQUE DE L'ÉTAT

par RAYMOND SCHAUS

Les réalisations d'envergure exceptionnelle sont souvent la résultante de trois forces: une idée qui germe dans le cerveau d'un homme décidé; une nécessité ayant atteint un stade favorable de maturation; enfin, le consentement d'un bailleur de fonds – aide privée ou pouvoirs publics.

Essayons d'éclairer d'un jour vif l'essentiel des initiatives et des volontés ayant culminé, à l'aube de l'ère pasteurienne et à la jonction de deux siècles, dans la construction du Laboratoire bactériologique de l'État, contrefort sans équivalent de la médecine et de l'hygiène publique en Luxembourg.

Son histoire est en même temps celle de l'oeuvre d'un grand Luxembourgeois: le docteur Auguste Praum (*fig. 1*). D'abord éphémère praticien de médecine générale, il cède vite à sa vocation d'homme de laboratoire et «monte» à Paris apprendre la bactériologie auprès des savants de l'Institut Pasteur. En 1897 il a le bagage nécessaire pour créer à Luxembourg un laboratoire pratique de bactériologie, dont les débuts sont fort modestes.

Cet embryon du futur Laboratoire de l'État est installé, rue Clairefontaine (Badenburgerstraße), dans l'ancienne banque Fehlen, achetée peu de temps auparavant par l'État, après la banqueroute du propriétaire. Il en occupe le rez-de-chaussée, alors que les étages hébergent d'autres services publics (chemins de fer vicinaux, comptabilité communale, bureau de l'ingénieur en chef des travaux publics etc.). \*)

Le laboratoire est encore sans existence légale, son personnel comporte le D<sup>r</sup> Praum, «directeur ff.» et un appariteur . . . Mais

---

\*) Lorsque ce bâtiment, et avec lui quelques maisons d'habitation attenantes, aura été démoli, l'ensemble fera place, un demi siècle plus tard, au parking derrière le Ministère des Affaires étrangères.

le processus est déclenché qui transformera cette ébauche en institut scientifique.

Le 8 avril 1899, le D<sup>r</sup> Praum met la dernière main à un texte de plusieurs pages, qui servira de base de discussion et de travail. Dans ce «rapport du directeur», il consigne ses idées, ses prévisions, ses recommandations, le fruit de son expérience et de ses recherches. Il ouvre à la médecine luxembourgeoise les portes des conceptions scientifiques modernes et fait puissamment souffler le vent du progrès.

## RAPPORT DU DIRECTEUR

*Les progrès réalisés en médecine par la bactériologie étant universellement reconnus, j'estime superflu de faire l'éloge d'une science qui a parlé elle-même si éloquemment en sa faveur; je puis donc me borner à établir la nécessité qu'il y a de créer définitivement chez nous un Institut bactériologique et à signaler les services que cet établissement rendra au public.*

*Depuis longtemps déjà un Institut de recherches médicales a été réclamé par tout le corps médical du pays: en effet, l'ère de la médecine empirique est passée et les sciences exactes occupent actuellement une large part dans la thérapeutique et le diagnostic des maladies. Cependant les nouvelles méthodes d'investigation exigent un ensemble d'instruments très coûteux que le gros des médecins ne voudrait pas acquérir; en outre, ces instruments, en dehors de leur prix, sont d'une manipulation très délicate et généralement si difficile qu'ils exigent des études spécialement approfondies pour être consultés avec fruit; ensuite, dans la clientèle d'un seul médecin, ces appareils trouveront forcément un usage plus restreint; ils ne seront pas constamment tenus à la hauteur des progrès de la science, et leur propriétaire finira par perdre l'habitude de leur maniement. En dernier lieu, plus un médecin aura de clients, moins il pourra se livrer à des investigations scientifiques qui prennent parfois un temps très long à l'expérimentateur et l'empêchent de vaquer à d'autres occupations pendant toute la durée de l'expérience.*

*Néanmoins, dans l'intérêt de ses malades, un médecin consciencieux ne pourra ni ne voudra renoncer à l'appui que lui prêtent les sciences modernes; de là son désir, bien légitime, d'avoir à sa disposition un établissement où se feront les recherches dont il a besoin, par un personnel spécialement préparé et outillé. Il s'opérera ainsi une division du travail dont l'humanité souffrante sera la première à profiter.*

*Mais ce désir est difficilement réalisable sans l'intervention de l'État; c'est seulement avec son aide qu'on peut espérer d'obtenir ces recherches à des prix modiques, voire même gratuitement, de manière à en faire profiter tout le monde sans exception.*



Fig. 1 - Le Docteur Auguste Praum (1870-1928)



Un autre motif qui réclame la création d'un Institut bactériologique, c'est qu'à l'instar des autres pays nous devons avoir à notre disposition un établissement où se feront les investigations médicales destinées à assurer l'exécution des lois et des arrangements internationaux concernant les épidémies et les épizooties. De pareils instituts, c'est-à-dire des laboratoires complets de bactériologie et d'hygiène, ont été créés depuis longtemps et se créent encore toujours par les gouvernements de tous les autres pays, non seulement dans les capitales, mais également aux chefs-lieux des provinces.

Une troisième considération à invoquer, c'est que les parquets de la justice auront assez souvent l'occasion de recourir aux services d'un laboratoire pour certaines investigations biologiques qu'un médecin ordinaire ne saurait exécuter qu'imparfaitement, faute d'habitude et d'instruments. Il peut s'agir p. ex. de rechercher la transmission d'une maladie contagieuse d'un individu à un autre; d'établir le diagnostic de certains empoisonnements qui peuvent revêtir les caractères de maladies microbiennes; de déterminer si des lésions survenues à la suite de mauvais traitements ont été la conséquence directe des violences subies, ou si elles tirent plutôt leur origine d'autres causes d'ordre purement biologique.

Ensuite l'agriculture profitera largement du nouvel institut, qui sera également adapté à l'étude de toutes les contagions qui déciment le bétail. Disons pour le moment que le laboratoire est officiellement chargé de contrôler toutes les importations de plantes et fruits d'Amérique sur la présence de la cochenille San José, pour préserver nos arbres fruitiers de cet insecte dévastateur.

Voilà, succinctement exposés, les motifs qui plaident en faveur de la création, dans notre pays, d'un laboratoire bactériologique; examinons maintenant les services que rendra cet institut, ou, en d'autres termes, établissons son programme de travail.

Le laboratoire se livrera aux recherches suivantes:

## A. – TRAVAUX EXCLUSIVEMENT BACTÉRIOLOGIQUES

1. Diagnostic des maladies microbiennes. – Une simple énumération de ces maladies suffira pour donner une idée du travail à fournir sous ce rapport: charbon, tuberculose, morve, tétanos, blennorragie, actinomycose, choléra, fièvre typhoïde, diphtérie, pneumonie, rouget, pneumo-entérite, colibacilliose, suppurations, voilà les ennemis à combattre. L'essentiel est de reconnaître ces maladies dès le début; c'est alors, et alors seulement qu'on pourra espérer sauver l'individu atteint, et préserver les autres de la contagion.

Laissons un instant de côté les grandes épidémies qui, au moment donné, occuperont tout particulièrement le laboratoire, pour ne parler que de deux affections qui, si elles ne se présentent pas d'une façon si effrayante que le choléra p. ex., font tout de même chaque année plus de victimes que ce fléau dans ses périodes les plus meurtrières: la diphtérie et la tuberculose. Quant à la diphtérie, nous pouvons affirmer que la bactériologie a gagné la bataille contre cet ennemi de l'humanité. Dequies que l'examen bactériologique permet de reconnaître cette maladie dès le début et que le sérum antidiphtérique la guérit, ce fléau a perdu beaucoup de son aspect terrible. C'est une victoire à enregistrer.

Mais sur le même terrain la lutte est engagée contre la tuberculose, ennemi d'autant plus redoutable qu'il opère plus clandestinement. On peut affirmer sans exagération que plus d'un cinquième de tous les décès sont dus à cette maladie. Et tout de même, comme il résulte des récentes discussions à l'Académie de médecine française, ce grand mal social qui se transmet avec une extrême facilité et s'attaque à tous les âges, est parfaitement curable si on le traite dès le début. Or, les investigations cliniques seules sont insuffisantes à reconnaître cette affection à une époque où elle peut encore être guérie; il n'y a que la bactériologie qui la dévoile à temps et qui indique les moyens pour guérir le malade et pour protéger son entourage contre la contagion.

La gravité de la situation est tellement bien comprise qu'en France p. ex. une commission de la Chambre discute en ce moment une proposition de loi ayant pour objet la création dans chaque département, aux frais du pays, d'un ou de plusieurs laboratoires de recherches bactériologiques destinés à combattre et à prévenir les maladies contagieuses, en particulier la tuberculose.

2. Dépôt à tenir de sérums curatifs. — Il s'agit en premier lieu du sérum antidiphtérique; viennent ensuite les sérums antitétanique, antistreptococcique, anticancéreux, antivéni-  
meux, etc.

Le laboratoire luxembourgeois n'aspire pas à devenir un institut sérogène. Un tel établissement réclame des frais considérables, un personnel nombreux, spécialement instruit, et nécessite la construction, d'écuries coûteuses, l'entretien de chevaux, etc.; comme l'Institut Pasteur de Paris et les instituts analogues de l'étranger nous fournissent des sérums à des prix modiques au fur et à mesure des besoins, nous aurions tort de vouloir fabriquer ces produits chez nous avec des frais considérables et sans aucun avantage. Le laboratoire ne fera donc qu'acquérir des sérums à l'étranger; il les examinera au point de vue de leur activité, les conservera à l'abri de toute décomposition et

assurera ainsi aux médecins des substances dans lesquelles ils peuvent avoir toute confiance.

Nous n'avons non plus la prétention de créer un coûteux institut antirabique. La rage est heureusement si rare dans nos contrées que le laboratoire peut et doit se borner à en établir, le cas échéant, le diagnostic et à diriger ensuite la personne malade ou suspecte sur un Institut Pasteur étranger.

3. Dépôt à tenir de vaccins. — Ce dépôt concerne principalement la tuberculine. Cette merveilleuse substance qui permet de reconnaître sur les bovidés la tuberculose à une époque où on serait encore loin d'en soupçonner même l'existence, a trouvé une vaste application dans l'agriculture. Dans la plupart des pays, la tuberculose a déjà préoccupé le législateur, et le Grand-Duché aussi se verra bientôt amené à la nécessité d'en répandre et d'en réglementer l'emploi. A cette fin, pour avoir toujours à sa disposition un produit actif et identique et surtout pour empêcher les fraudes, le Gouvernement doit créer un dépôt de cette substance et s'en réserver éventuellement le monopole. C'est de ce dépôt que la tuberculine sera distribuée aux vétérinaires. Le dépôt s'étendra naturellement à tous les vaccins qui, dans la suite, seront reconnus d'une utilité générale comme p. ex. la malléine, réactif de la morve.

Pour les motifs exposés déjà ci-dessus, le laboratoire ne fabriquera pas lui-même ces vaccins; il les acquerra à l'étranger, en opérera la dilution et la répartition en doses. Il se chargera également de la vérification des thermomètres et de la stérilisation des seringues et instruments servant à la vaccination.

## B. — TRAVAUX DE NATURE HYGIÉNIQUE

1. Surveillance de l'exécution des mesures à prescrire par les autorités afférentes à l'approche d'une épidémie ou d'une épizootie. — Lorsqu'un de ces fléaux nous est signalé, une surveillance étroite des frontières s'imposera et on devra éventuellement procéder à la désinfection des personnes et des marchandises qui entrent dans le pays. Or, de pareilles mesures doivent être minutieusement étudiées et ne peuvent être exécutées par le premier venu; il est donc indispensable que les employés qu'on chargera de cette besogne reçoivent, avant d'entrer en fonctions, une instruction pratique sur les procédés à employer. C'est de cette façon seulement qu'une désinfection efficace pourra avoir lieu, et cette instruction ne peut être donnée que par le personnel du laboratoire, qui, grâce à ses études spéciales, connaît les procédés à employer, leur valeur et les moyens de s'en servir en occasionnant le moins d'entraves possible à la circulation des voyageurs et des marchandises.

2. Désinfection publique. — Quand une épidémie sévit; si dans un ménage un membre a été atteint de diphtérie, de fièvre

typhoïde, il sera nécessaire, pour éviter toute propagation du mal, de procéder à la désinfection des appartements occupés par les malades, et de leurs effets. Les méthodes employées généralement (combustion de soufre, vaporisation d'acide phénique) sont tout à fait insuffisantes et une désinfection efficace ne saurait être pratiquée que par un personnel spécial; à ce personnel incombera surtout la besogne d'étudier tous les procédés recommandés pour la désinfection, de les contrôler au point de vue de leur activité, leur efficacité, et de choisir ceux qui donneront les meilleurs résultats, tout en incommodant le moins le public.

De pareils services de désinfection existent dans toutes les villes quelque peu importantes de l'étranger et ils sont d'office requis d'opérer partout où un cas de maladie contagieuse a été signalé. Le laboratoire luxembourgeois, grâce aux appareils dont il dispose, peut facilement pratiquer la désinfection à domicile et localiser ainsi toute contagion dans son foyer.

3. Analyse des eaux destinées à l'alimentation. — Il a été universellement reconnu que l'examen physique et chimique des eaux est insuffisant pour s'assurer si elles sont bonnes ou mauvaises; une eau, quelque pure qu'elle paraisse à l'examen chimique, peut renfermer p. ex. les germes de la fièvre typhoïde et causer de graves dangers à celui qui l'absorbe. Ces germes nuisibles ne sont révélés que par l'analyse bactériologique.

Cette analyse renseigne, en dernier lieu, sur la bonne ou mauvaise qualité d'une eau, ses sources de souillures et les moyens pour la purifier.

4. Examen des denrées alimentaires (viandes, lait, poissons, crustacés, conserves) au point de vue des altérations microbiennes que ces substances peuvent avoir subies et les effets nuisibles que ces altérations pourront causer à la santé. — Les dangers résultant de la consommation d'aliments décomposés sont suffisamment connus et je peux me dispenser d'entrer en détails; disons seulement que sous ce rapport le laboratoire prêterait son appui à la justice pour l'exécution de la loi du 6 avril 1881, sur la falsification des denrées alimentaires.

5. Essai et contrôle d'appareils hygiéniques. — Journellement des inventeurs annoncent de nouvelles inventions hygiéniques, telles que de nouveaux désinfectants, des ventilateurs, des purificateurs d'air, d'eau, etc., sous des noms plus ou moins pompeux; avant cependant que l'État ou les particuliers décident d'acquiescer de pareils produits, il serait nécessaire que des essais de contrôle fussent faits pour constater si les nouvelles inventions méritent réellement les éloges que leur prodiguent sans exception leurs auteurs, et à cet effet le laboratoire servira utilement de station d'essai.

*Cette occupation du laboratoire s'étendra p. ex. aux laiteries coopératives qui, tôt ou tard, seront obligées d'acquérir des appareils stérilisateurs de lait. Ces établissements trouveront dans le laboratoire le seul auxiliaire qui puisse les renseigner sur la valeur et l'utilité des appareils à mettre en usage.*

### C. – TRAVAUX DE DIAGNOSTIC MÉDICAL

1. Travaux de chimie biologique. – *Cette division comprend l'examen des liquides de l'organisme, de ses sécrétions et excrétiens (sang, urine, expectorations etc.) des tissus normaux et des tissus de néoformation.*

2. Optique médicale. – *Il s'agit des examens microscopiques, spectroscopiques et spectrophotométriques; de la microphotographie et de la radiographie (application des rayons Roentgen).*

*Les recherches de ces deux catégories sont celles qui seront le plus souvent demandées. C'est grâce à elles que le médecin saura, dans des cas douteux, de quelles maladies ses clients sont atteints et si ces affections sont curables ou non; le laboratoire dira au praticien si les régimes prescrits produisent les effets voulus; il le renseignera s'il doit tenter une intervention chirurgicale, ou s'abstenir de faire souffrir par une opération inutile un malade pour qui tout espoir a cessé.*

### D. – TRAVAUX DE MÉDECINE LÉGALE

*Dans cette division je rangerai les autopsies plus difficiles, l'examen des cheveux, de taches, d'empreintes, l'analyse d'aliments décomposés ou altérés; l'examen de personnes atteintes de maladies microbiennes nécessitant la séquestration; la transmission de maladies d'un individu à un autre; l'anthropométrie et la photographie judiciaire.*

*Par ces recherches le laboratoire contribuera à entourer les décisions de la justice de toutes les garanties désirables, tant dans l'intérêt de la société que dans celui des justiciables.*

*Voilà les services que rendra le laboratoire bactériologique; comme on le voit, il englobe dans sa besogne, outre la bactériologie, une assez grande partie de la pathologie et de l'hygiène, mais il n'y aura aucun inconvénient à cet état des choses, lequel, au contraire, sera plutôt avantageux pour le pays. On pourrait seulement réfléchir si le nom plus général de «laboratoire de recherches médicales» ne conviendrait pas mieux à cet établissement.*

*Les frais annuels que ce service occasionnera, varieront, d'après l'expérience acquise, de 3000 à 4000 francs, si l'on fait abstraction des indemnités à verser au personnel.*

*Du 4 au 7 mai 1899, le D<sup>r</sup> Praum et l'architecte de l'État, M. Prosper Biwer, se rendent à Berne et à Fribourg, pour y visi-*

ter les laboratoires bactériologiques, en l'espèce le laboratoire hygiénique de Fribourg, le laboratoire bactériologique de l'Université de Berne, le laboratoire bactériologique des laiteries coopératives de Berne et le laboratoire bactériologique du service agricole à Berne. Ils en rapportent des plans, une moisson d'idées et de données concrètes, et concluent qu'il est désirable de construire, pour le laboratoire de Luxembourg, un édifice spécial, non contigu à d'autres bâtiments. *Bien qu'il ne soit pas à redouter*, précisent-ils, *que le laboratoire devienne jamais la source d'une infection et que nous n'invoquions pas cette crainte pour motiver notre desideratum, la construction d'un bâtiment isolé se recommande pourtant déjà pour calmer dans le public le soupçon même d'une contamination possible du voisinage. Mais le motif principal qui nous guide ici, c'est de donner au laboratoire le maximum d'air et de soleil, considération indispensable pour la bonne exécution des travaux qui devront y être faits. Il est recommandable de réserver le sous-sol et le rez-de-chaussée du bâtiment exclusivement au laboratoire et à ses annexes directes, et de refouler bureaux, bibliothèque, service de radiographie etc. aux étages supérieurs, dont la désinfection par leur nature même serait beaucoup plus pénible . . .*

La même année, le Dr Praum visite l'Institut Pasteur de Lille. Il se procure les plans de l'Institut Pasteur de Paris (inauguré en 1888) qu'il connaît pour y avoir travaillé, et du Kaiserliches Gesundheitsamt de Berlin.

Ainsi préparée, l'affaire entre dans sa phase officielle. Par dépêche du 9 juin 1899, M. Rischard, Directeur général des travaux publics du Gouvernement grand-ducal transmet au Conseil d'État un *avant-projet ayant pour objet la création définitive d'un laboratoire pratique de bactériologie*.

Le Conseil d'État estime que *cette nouvelle institution sera appelée à exercer une influence des plus salutaires sur la situation hygiénique et médicale du pays*. En séance plénière, le 30 octobre 1899, sous la présidence de M. Vannérus, il décide d'en appuyer l'adoption par la législation.

Le lendemain, le Grand-Duc Adolphe signe au château de Hohenbourg, un arrêté chargeant le Directeur général des travaux publics de présenter le projet de loi à la Chambre des Députés.

Le 7 novembre 1899, M. Rischard dépose en conséquence sur le bureau de la Chambre *un projet de loi portant organisation du Laboratoire de bactériologie . . .* Au banc du Gouvernement se trouvent en outre M. Paul Eyschen, Ministre d'État, Président du Gouvernement, M. Henri Kirpach, Directeur général de l'intérieur, M. Mathias Mongenast, Directeur général des finances.

Le projet est renvoyé aux sections.

## PROJET DE LOI PORTANT CRÉATION D'UN LABORATOIRE PRATIQUE DE BACTÉRIOLOGIE

Nous Adolphe, etc., etc., etc.;  
Notre Conseil d'État entendu;  
De l'assentiment de la Chambre des députés;  
Avons ordonné et ordonnons:

### Art. 1<sup>er</sup>.

Le Gouvernement est autorisé à établir à Luxembourg un laboratoire pratique de bactériologie appelé à procéder aux recherches médicales requises.

### Art. 2.

Le personnel du laboratoire comprend:

- 1° un directeur, docteur en médecine admis à la pratique de l'art de guérir d'après les dispositions légales en vigueur;
- 2° un appariteur.

### Art. 3.

Il peut en outre être attaché au dit établissement, si les besoins du service l'exigent, seulement à titre temporaire, un médecin, un vétérinaire et un chimiste.

Dans ce cas, le médecin et le vétérinaire à attacher au dit laboratoire devront être admis à la pratique de l'art de guérir d'après les lois en vigueur, chacun dans la branche spéciale de cet art pour laquelle il est diplômé.

### Art. 4.

Le directeur du laboratoire est nommé par Nous. Les autres employés à emploi fixe ou temporaire sont nommés par le directeur général du service afférent.

### Art. 5.

Le directeur jouira d'un traitement de 5200 - 5600 fr.

Les indemnités revenant aux autres employés sont fixées par le directeur général du service afférent dans les limites des crédits budgétaires.

### Art. 6.

Le directeur ne pourra exercer une des branches de l'art médical.

### Art. 7.

Le Gouvernement est autorisé à déterminer par voie de règlement d'administration publique:

1° le mode de fonctionnement du laboratoire et les attributions diverses du personnel y attaché;

2° le montant des taxes à payer par les particuliers qui auront recours aux soins du dit établissement, ainsi que les conditions qui peuvent exempter éventuellement du paiement de ces taxes.

Mandons et ordonnons etc.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

*Le laboratoire bactériologique existe depuis deux ans à titre provisoire. Ce temps d'essai a prouvé que cette nouvelle institution est non seulement utile, mais nécessaire, puisqu'il est*

constaté aujourd'hui et universellement reconnu que cette création a exercé l'influence la plus salutaire sur la situation hygiénique et médicale de notre pays. Inutile donc de justifier plus amplement l'utilité de la création nouvelle, institution qui est appelée à rendre à l'État et au public les services les plus signalés pour toutes les questions intéressant la thérapeutique, les épidémies, les épizooties, les sérums et les vaccins, l'examen des denrées alimentaires, etc., etc. Pour de plus amples détails sur ce point, je me permets de renvoyer à un rapport de M. le D<sup>r</sup> Praum qui envisage ce côté de la question sous toutes les faces qu'elle peut présenter.

L'essai fait a également prouvé que le public sait apprécier les services que ce nouveau service rend tous les jours à l'humanité souffrante. En effet, dans l'exercice écoulé, le nombre des analyses faites au dit laboratoire était de 1199. En présence de ces résultats et des vœux que, dans un avenir rapproché, le laboratoire sera appelé à satisfaire, le Gouvernement a pensé que le temps des essais pourrait être définitivement clôturé et que le moment était venu pour procéder à une organisation définitive de cette institution; c'est pour satisfaire à cette conviction que le présent projet de loi a été élaboré.

L'art. 1<sup>er</sup> autorise la création d'un laboratoire bactériologique et en définissant la mission qu'il est appelé à remplir, il la formule dans des termes assez larges pour permettre d'y faire rentrer les matières qui à l'avenir pourront venir encore augmenter le nombre de celles qui en ressortent aujourd'hui directement.

Les art. 2 et 3 énumèrent les différents employés qui, à titre permanent ou seulement temporaire, seront ou pourront être attachés au dit établissement.

Il convient de remarquer d'abord que seul le directeur aura le caractère et les droits d'un fonctionnaire de l'État. Il jouira partant de tous les pouvoirs qui compètent au fonctionnaire comme aussi il sera soumis à toutes les obligations professionnelles et au pouvoir disciplinaire auquel sont soumis tous les autres fonctionnaires. Tous les autres employés, engagés soit à titre permanent, soit temporairement, n'auront pas cette qualité et ne jouiront partant que d'indemnités à fixer en regard des services qu'ils peuvent être appelés à rendre.

On remarquera que le projet d'organisation ne prévoit pas, tel que cela est le cas pour les pays qui nous entourent, la création d'un emploi fixe d'assistant, parce qu'on a admis que pendant un certain temps encore le travail peut être fait par le directeur seul.

Une autre considération qui a déterminé le Gouvernement à en agir ainsi, c'est qu'il est à prévoir que de nouvelles découvertes faites en bactériologie pourraient à l'avenir donner une

autre orientation au laboratoire, et rendre nécessaire plutôt l'adjonction permanente d'un vétérinaire ou d'un chimiste que celle d'un médecin. En attendant cependant et pour que, dans un cas donné, l'organisation ne présente pas de lacune, l'art. 3 met le Gouvernement à même d'assurer au directeur le concours des hommes de l'art dont il pourrait avoir besoin.

C'est ainsi que l'assistance d'un chimiste devra être requise pour certains travaux hygiéniques, tels que les analyses complètes d'eaux et de denrées alimentaires, de falsifications compliquées, etc. etc.

Il est cependant entendu que pour autant que possible la partie chimique de pareilles analyses sera confiée aux laboratoires chimiques de Luxembourg et d'Ettelbruck, et que l'adjonction au directeur d'un chimiste spécial ne se présentera qu'exceptionnellement.

Le concours d'un vétérinaire peut devenir nécessaire si p. ex. une épizootie prend des dimensions plus grandes, ou si la science met à la disposition du public de nouveaux vaccins pour les maladies du bétail, de façon à rendre nécessaire ou utile la création d'un service spécial de cette nature.

Enfin, si le nombre des analyses pathologiques et hygiéniques venait à s'accroître extraordinairement, il y aurait lieu de faire appel à un second médecin; celui-ci devrait encore intervenir en cas de maladie ou de congé du directeur.

L'art. 5 fixe le traitement du directeur, tout en abandonnant au Gouvernement le pouvoir de fixer le montant des indemnités éventuellement dues aux autres employés, ceci toutefois dans les limites des crédits budgétaires.

Le traitement du directeur comporte un minimum de 5200 fr. qui, au moyen de biennales successives, peut monter à un maximum de 5600 fr. Le taux du traitement est celui du traitement d'un conseiller de Gouvernement de 1<sup>re</sup> classe. Il se justifie par la considération que tout le temps du titulaire est déjà aujourd'hui absorbé par les travaux qui lui incombent en cette qualité; qu'en regard du caractère intime et confidentiel de certaines investigations auxquelles il doit procéder, il serait peut-être dangereux pour la marche utile du laboratoire de forcer le titulaire à rechercher la clientèle privée, et enfin il convient de remarquer que pour toutes les questions intéressant l'hygiène publique et l'organisation de notre service médical et sanitaire, le titulaire futur est appelé à remplir à l'égard du Gouvernement les fonctions d'un conseiller de Gouvernement.

Un des motifs développés ci-dessus, pour justifier le montant du traitement du directeur, a décidé le Gouvernement à inscrire dans le projet une défense formelle pour le directeur de rechercher la clientèle privée. Cette prohibition forme l'objet de l'art. 6 du projet; elle se trouve justifiée par les considérations reprises ci-dessus.

*L'art. 7 contient enfin les délégations nécessaires pour permettre au Gouvernement de garantir l'exécution de la loi, en lui attribuant les pouvoirs requis pour procéder par voie de règlement d'administration publique à l'organisation du service intérieur du dit établissement, à la fixation des taxes à payer et des causes d'exemption, etc., etc.*

\* \* \*

La séance du 13 mars 1900 de la Chambre des Députés est consacrée à plusieurs problèmes concernant la médecine luxembourgeoise. M. le baron de Blochausen donne d'abord lecture du rapport de la section centrale concernant le projet de loi sur l'organisation du personnel de la Maison de Santé d'Ettelbruck et de l'Hospice du Rham, puis le D<sup>r</sup> Michel Welter lui succède à la tribune. Personnage pittoresque – à qui l'importation de chèvres pendant la guerre de 1914–1918 vaudra un sobriquet resté célèbre – il est médecin à Hollerich-gare. La tâche lui incombe de présenter le rapport de la section centrale sur le projet de loi portant création du Laboratoire de bactériologie. La mythologie classique lui fournit une introduction de circonstance:

*Depuis qu'Épiméthée avait ouvert, malgré les sages conseils de son frère Prométhée, la boîte de Pandore, cadeau inique de l'envieux Jupiter, les maladies n'ont cessé d'affliger l'humanité. Aux temps primitifs, lorsque les hommes regardaient les maladies comme le fait de génies malfaisants ou des fléaux envoyés par les Dieux, il entrait dans les attributions des sorciers et des prêtres d'apaiser la Divinité courroucée, comme c'est encore aujourd'hui le cas chez les tribus sauvages de l'Afrique centrale et de la Polynésie. Mais à mesure que les hommes passaient de l'état sauvage à l'état de barbarie et de civilisation, leurs notions sur la nature des maladie subissaient des transformations. Les agents surnaturels devenaient des nuisances météorologiques, telluriques, cosmiques prenant dans la suite les dénominations de miasmes, contagiums etc., dénominations usitées encore en partie jusqu'à nos jours. Grâce à l'esprit philosophique moderne, et pas en dernier lieu aux méthodes exactes d'observation, d'analyse et d'expérimentation, ces influences pathogéniques, plus ou moins indécises et vagues, ont pu être fixées et étudiées sous les rapports les plus variés. C'est la gloire du siècle qui vient de finir d'avoir démontré d'une façon péremptoire que les maladies dites infectieuses sont dues à l'invasion de l'individu par des êtres microscopiques ou microorganismes spécifiques.*

*Les découvertes biologiques qui ont illustré la dernière moitié du siècle passé, ont donné naissance aux instituts hygiéniques et bactériologiques, formant partie intégrante des institutions universitaires. Mais non seulement dans les villes universitaires, le besoin de ces établissements s'est fait sentir, mais*

partout où il y a des médecins ayant le feu sacré de leur profession, des Gouvernements comprenant leur mission, nous voyons surgir de ces établissements plus ou moins richement dotés et appareillés, suivant les besoins et les ressources. Ces laboratoires rendent non seulement de précieux services aux médecins pour leur faciliter le diagnostic de maladies infectieuses dont la nature est, au commencement surtout, douteuse, mais ils servent encore et avant tout à guider les autorités dans l'exécution des travaux d'hygiène publique.

Le laboratoire de bactériologie qui existe maintenant à peu près depuis deux ans à Luxembourg, à titre d'essai, a fonctionné dans les limites les plus modestes. Un médecin, ayant fait des études spéciales, dans ses moments de loisirs que lui laissait sa clientèle privée, s'est voué à des recherches minutieuses et méticuleuses; un appariteur le seconda dans ses manipulations: voilà tout le personnel du laboratoire de bactériologie. Une modeste indemnité, allouée chaque année par voie budgétaire, constituait sa rémunération.

Le projet de loi, soumis à la Chambre, n'entend rien changer à cet état de choses, quant au fond, bien entendu. Le laboratoire pratique de bactériologie continuera à mener son existence modeste, à moins que des circonstances, impossibles à prévoir aujourd'hui, ne viennent à étendre le cercle de son activité. Le projet de loi a seulement pour objet de faire passer le laboratoire de bactériologie de l'état précaire et provisoire à l'état organisé définitivement. Le chef de l'établissement, appelé médecin-directeur, sera nommé définitivement et touchera un traitement fixe de 5.200 fr. qui pourra aller moyennant biennales jusqu'au maximum de 5.600 fr. C'est là le traitement d'un conseiller de Gouvernement de première classe, auquel le directeur est assimilé hiérarchiquement. La nature de ses fonctions le désigne du reste comme conseiller de l'autorité médicale supérieure pour toutes les questions intéressant l'hygiène publique.

Comme le champ d'action du laboratoire bactériologique pourra s'étendre et s'étendra certainement dans un avenir plus ou moins rapproché, il est loisible au Gouvernement d'y attacher encore, et seulement à titre temporaire, un médecin, un vétérinaire et un chimiste, si les besoins s'en font sentir. Pour le moment, ces besoins ne semblent pas encore exister.

Pour ne pas distraire le médecin-directeur des nombreux travaux réclamés par le laboratoire de bactériologie, le projet de loi lui interdit de rechercher la clientèle privée, comme s'exprime, dans un langage emprunté au Palais, l'exposé des motifs.

Dans le rapport du directeur du laboratoire bactériologique, annexé au projet de loi, se trouve esquissé le programme du futur institut. Outre les travaux micrographiques et bactériolo-

giques proprement dits, le laboratoire s'occupera encore de travaux hygiéniques, d'analyses d'eaux potables, d'examens de denrées alimentaires, de l'essai et du contrôle d'appareils hygiéniques, ensuite de chimie biologique, d'optique médicale, de travaux de médecine légale etc. Dès lors on doit se demander, avec le directeur, s'il n'est pas préférable de donner à cet institut le nom de «Laboratoire de recherches médicales». Certainement, si le laboratoire pratique devait s'occuper de tous ces travaux, alors la dénomination de laboratoire pratique de bactériologie serait on ne peut plus défectueuse. On pourrait même dire que cette dénomination n'exprime pas le caractère dominant de l'institut; elle pécherait contre le criterium: à potiori fit denominatio. Ce serait à proprement parler un institut hygiénique, dans lequel les recherches bactériologiques ne formeraient qu'une des nombreuses méthodes d'investigation.

Quoique la grande utilité d'un institut hygiénique proprement dit, permettant de faire toutes les recherches qui intéressent l'hygiène publique et privée, ne puisse pas être contestée, des difficultés pratiques s'opposent certainement, pour le moment, à la création d'un pareil institut.

Il sera donc nécessaire de confier, comme par le passé, les recherches hygiéniques et en particulier les opérations d'analyse quantitative, aux laboratoires de chimie de Luxembourg et d'Ettelbruck, en réservant les travaux bactériologiques à l'institut de bactériologie.

Mais comme les sphères d'action de ces deux espèces d'instituts ont de nombreux points de contact et qu'elles s'entrecroisent nécessairement, les conflits ne sont pas à éviter. C'est affaire de règlement, prévu par l'art. 7 du projet de loi, de réduire les causes de conflit à leur minimum, en délimitant les champs d'opérations du laboratoire bactériologique d'un côté, et des laboratoires de chimie de l'autre, aussi exactement que possible.

Le projet de loi n'a guère donné lieu à des observations dans les sections ni dans la section centrale. Il a été adopté, à l'unanimité, sans autres modifications.

Le 27 mars 1900 la discussion et le vote du projet de loi figurent à l'ordre du jour. M. Rischart, au nom du Gouvernement, déclare:

Le projet a pour but de régulariser une situation qui date de deux ans. Du moment qu'on admet que l'autorité a le devoir d'obvier aux causes qui engendrent les épidémies et les épizooties, il faut mettre à sa disposition les moyens de les prévenir, de les détruire ou d'en paralyser au moins les effets. Le plus efficace de ces moyens, d'après l'expérience faite, est le traitement par la sérothérapie. Les causes de toutes les maladies infectieuses se trouvent dans l'air ambiant, dans l'eau qu'on

absorbe, etc., et peuvent être combattues utilement par des moyens scientifiques; car les germes de ces maladies ne se produisent pas spontanément dans l'intérieur de l'organisme humain; ils s'y introduisent soit par les voies respiratoires, soit par l'eau polluée, soit par le contact et la contagion. Aujourd'hui, la science peut combattre l'éruption de ces germes.

Ces maladies non seulement atteignent la vie et la santé, mais elles ont une répercussion sur la situation financière et économique des pays dans lesquels elles se propagent. En Allemagne, en 1898, les compagnies d'assurances ont payé aux assurés pour les indemnités du chef de maladies plus de 100 millions de marks. Il est évident que si par des précautions et des mesures préventives, on arrive à détruire les causes de ces infections, ou à en paralyser les effets, on rend un service économique sensible à toutes les familles que la maladie aurait pu atteindre.

La science de la sérothérapie est non seulement utile pour permettre au médecin d'établir avec certitude son diagnostic et de fixer en conséquence le traitement, mais elle permet de constater également durant la période dangereuse de la convalescence apparente, si la maladie a vraiment disparu. Ainsi pour les diphtériques qui paraissent guéris en apparence, ils ne le sont pas et on a constaté que le bacille de Loeffler existe encore un mois après dans le mucus nasal et pharyngien.

L'organisation définitive du laboratoire bactériologique rendra donc de grands services et les sacrifices financiers qui sont demandés, sont peu de chose en comparaison de ces services qu'elle est appelée à rendre.

Pour démontrer la vérité de la thèse qui consiste à soutenir que la sérothérapie a la plus grande efficacité préventive pour paralyser les effets désastreux des maladies infectieuses, permettez-moi de vous citer quelques mots d'un rapport présenté à l'Académie de Belgique: «Un autre fait digne de louange, c'est la confiance qu'inspirent, dans les différentes provinces, les laboratoires de bactériologie; les succès de la sérothérapie ont fini pour avoir raison de nombreux préjugés.»

Nous avons ensuite à combattre la tuberculose, cette grande ennemie de l'humanité. A Paris seulement, cette terrible maladie enlève jusqu'à deux cents personnes par semaine.

A ce point de vue, l'établissement que nous allons créer rendra des services non seulement à l'humanité, mais aussi à l'agriculture pour la conservation du bétail. Au moyen de la tuberculinisation, on peut constater si le germe de la maladie se trouve déjà dans l'organisme d'un individu ou d'un animal, et la lutte contre le mal devient possible si l'on peut enrayer le mal dès le début.

Pour la fièvre typhoïde, c'est la même chose. Il est établi que 99 fois sur 100, la cause primordiale de cette maladie est

*dans l'eau contaminée. Quand on parvient à découvrir le siège de cette contamination, et que par mesure de police on interdit de puiser de l'eau au puits ou à la source maligne, la maladie disparaît en peu de temps.*

*Je pourrais ajouter d'autres considérations, mais j'espère avoir suffisamment exposé l'utilité de cette nouvelle organisation dont la Chambre a parfaitement saisi toute l'utilité, puisqu'elle insistait l'année dernière sur l'organisation définitive de ce service. J'espère qu'il rendra de plus en plus des services aux praticiens aussi bien qu'au public, car le nombre des analyses faites augmente d'année en année. Aucune section n'ayant fait d'observation, je me borne à ces simples remarques, me réservant de revenir au besoin sur les points qui seraient éventuellement mis en discussion.*

Pour toute discussion, la Chambre se borne à une brève recommandation du D<sup>r</sup> Welter, qui demande au Directeur général des travaux publics de délimiter les attributions des trois laboratoires qui existent à cette époque, à Luxembourg et à Ettelbruck, y compris celui-ci. Il prie la Chambre de voter le projet.

L'ensemble des articles est adopté à l'unanimité des 26 votants et la dispense du second vote constitutionnel est prononcée.

\* \* \*

L'idée du Laboratoire étant ratifié par les représentants du peuple, il ne reste qu'à la matérialiser.

A la date du 15 janvier 1901, le directeur général des travaux publics écrit au Conseil d'État auquel il soumet un projet de loi correspondant, précédé de quelques considérations devant en établir le bienfondé: *... le Gouvernement a pensé que, après avoir organisé définitivement l'administration du dit service par la loi du 17 avril 1900, il était de son devoir impératif de prendre les mesures nécessaires pour installer ce nouveau service dans des conditions assez larges pour lui permettre de faire face en toutes éventualités aux services qu'on sera dans le cas de lui demander, l'installation provisoire et rudimentaire dont il jouit à ce jour, étant absolument insuffisante à ces fins.*

*Dans l'avant-projet dont les plans sont joints, on a du tenir compte d'ores et déjà de l'augmentation certaine des branches de service qui, à l'avenir, viendront s'ajouter nécessairement à celles déjà acquises à ce jour; telles sont: l'installation d'un ensemble d'appareils pour rayons Roentgen, qui faute de place, n'a pu se faire; du service de tuberculisation, de celui concernant les analyses des ferments, et tant d'autres, etc. etc.*

*En dehors de cet accroissement prévu, il faut réserver une large part pour l'augmentation imprévue, mais qui sera impor-*

tante, puisque dans aucune branche des sciences le progrès n'est aussi accentué que dans celle qui nous occupe. En effet, ici les découvertes sont de tous les jours et se suivent coup sur coup.

Enfin, sous le rapport hygiénique, l'installation future doit répondre à des conditions absolument spéciales et de nature non seulement de préserver de tout danger de contamination toujours possible, quelques grandes que soient les précautions prises, mais même d'exclure toute communauté et promiscuité avec d'autres services, la nature particulière des opérations faites au laboratoire rendant cette situation sinon dangereuse, au moins et toujours pénible et désagréable . . .

Le 12 février 1901, le Conseil d'État demande des précisions sur l'emplacement où l'on projette de construire le Laboratoire. Elles font l'objet d'une dépêche gouvernementale qui lui est adressée le 25 février.

Le 5 novembre 1901, la Chambre est saisie du projet de loi concernant la construction d'un bâtiment pour le Laboratoire bactériologique.

Au nom de la section centrale (composée de M. Simon, président, MM. Xavier Brasseur, Hess, Mousel, Bastian, Prum et Welter), le D<sup>r</sup> Welter présente devant les députés réunis le 15 avril 1902 un rapport en conséquence.

Après avoir rappelé les origines modestes de l'institution, l'orateur continue:

*Pour qu'un laboratoire bactériologique puisse fonctionner normalement, il faut qu'il renferme constamment des collections de colonies de bactéries pathogènes les plus variées: bacilles du choléra, du typhus, de la diphtérie etc., et cela sous les formes les plus diverses. En même temps, la pratique courante exige de continuelles expériences des différentes maladies infectieuses sur les animaux appropriés: souris, rats, lapins, cobayes etc.*

*Il en résulte qu'un laboratoire bactériologique présente un foyer d'infection qu'il faut entourer des précautions les plus minutieuses, si on ne veut pas exposer les parages ambiants aux dangers les plus graves.*

*C'est pourquoi une première précaution consiste à choisir comme emplacement un lieu inhabité, assez loin des habitations humaines pour que tout danger de contamination soit réduit à un minimum.*

*Cette simple considération en dit assez sur l'installation du laboratoire à l'ancienne banque Fehlen. En second lieu, les travaux qui sont exécutés dans un laboratoire bactériologique exigent des installations et des aménagements spéciaux. D'abord il faut des salles grandes et spacieuses, éclairées au grand jour, pour permettre l'étude microscopique des préparations bacté-*

riologiques et anatomo-pathologiques. Enfin, il faut des installations particulières pour y loger les animaux d'expérience et d'observation.

Le projet de loi soumis aux délibérations de la Chambre tient compte de toutes ces considérations . . .

. . . D'après les plans et devis mis à la disposition de la section centrale, l'édifice comprend un sous-sol avec huit compartiments, un rez-de-chaussée, respectivement un premier étage, chacun de quatre pièces. Au sous-sol se trouveront les étables pour les animaux à expérience et à observation, l'installation du chauffage central, une chambre noire pour la microphotographie, une chambre réfrigérante pour les cadavres, une cave à acides et une cave à fourrages. Au premier étage et au rez-de-chaussée se trouveront les laboratoires de bactériologie, de chimie biologique, les salles d'opération et de dissection, les chambres pour l'installation des appareils, etc.

La section centrale est d'avis qu'un pareil bâtiment nécessite un logement pour le concierge chargé des travaux de nettoyage journalier, et elle croit que c'est par oubli qu'un tel logement n'a pas été prévu. Elle est donc d'avis d'aménager une loge de portier et des mansardes pour le logement du concierge. Le crédit serait dans ce cas à majorer de 10.000 francs.

Le devis soumis à la section centrale prévoit sub 5° 250 mètres c. de pierres de taille d'Ernzen ou de Born, pour 30.000 francs. Plusieurs membres de la section centrale ont trouvé ce chiffre exagéré. Ils ont été d'avis qu'un bâtiment pareil n'exigeait pas un tel luxe en pierres de taille. D'autres membres cependant ont émis l'opinion que la dépense de 30.000 fr. pour les pierres de taille, bien qu'étant très forte, était pourtant contrebalancée par l'économie résultant de ce qu'un bâtiment construit en pierres de taille ne réclamerait à l'avenir peu ou pas d'entretien.

Le bâtiment prévu par le projet de loi, abstraction faite de la loge et du logement du portier, auxquels il est facile de suppléer, semble donc répondre au but proposé. Seulement il pourrait paraître nécessaire d'y annexer un hangar de désinfection, qui, en temps d'épidémie, pourrait rendre d'immenses services. Comme cette installation de désinfection ne pourrait desservir que l'agglomération de la ville de Luxembourg et ses environs immédiats, il sera plus rationnel d'abandonner cette installation à la ville de Luxembourg. Cependant, comme ces deux établissements, laboratoire de bactériologie et hangar à désinfection, ont entre eux une certaine connexité, il serait indiqué de réserver à côté de l'institut bactériologique un emplacement convenable, pouvant servir éventuellement à la construction d'un hangar de désinfection.

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, le projet de loi a été admis à l'unanimité par la section centrale.

*Au dossier se trouvent deux modèles de façade principale, désignés par les n<sup>os</sup> 6 et 7. La section centrale se prononce unanimement pour le n<sup>o</sup> 6, reflétant un goût plus artistique que le n<sup>o</sup> 7.*

Le 24 avril 1902, enfin, le projet de loi est adopté sans discussion, à l'unanimité. Il comprend comme article unique l'octroi d'un crédit de 84.000 fr. pour couvrir les dépenses de la construction d'un Laboratoire bactériologique à Luxembourg.

\* \* \*

Le choix de l'emplacement alimente d'interminables discussions et fait couler des flots d'encre. L'architecte Biwer et le D<sup>r</sup> Praum parcourent la ville, inspectant les terrains, et dès juin 1899 consignent plusieurs possibilités dans une lettre au Gouvernement: 1) les terrains situés derrière la caserne du St. Esprit; 2) les terrains avoisinant la villa Gillard qu'occupe l'ambassade de France au coin de l'avenue Pescatore et du boulevard du Prince; 3) les terrains situés au glacis derrière le parc de la Fondation Pescatore (versant nord-est des anciens glacis; 4) la place du St. Esprit.

Pour ce qui est de la première solution (derrière la caserne), elle ne leur semble pas convenir, d'une part en raison de l'insuffisante étendue du terrain disponible et de son accès difficile notamment en hiver, d'autre part parce que *les travaux de terrassement et de fondation y seraient ruineux.*

Le terrain situé près de la villa Gillard n'est pas non plus considéré comme une candidature à retenir, à cause de la proximité des maisons du côté sud-est et ouest qui occasionneraient une forte perte de lumière.

Pour ce qui est du glacis derrière la Fondation Pescatore, les auteurs estiment qu'il répond le moins au but proposé. *Abstraction faite de l'éloignement de la ville, devant lequel reculeraient clients et médecins qui auraient des analyses à présenter, abstraction faite encore des actes de vandalisme auxquels serait exposée une construction isolée dans ces parages, une descente sur les lieux nous a convaincus que des travaux indispensables de fondation et de terrassement entraîneraient de fortes dépenses, qu'il serait avantageux d'employer plus rationnellement.*

Et les auteurs d'en venir à plaider la cause de la place du St. Esprit. *En effet, continuent-ils, cet emplacement est situé au centre de la ville haute, des faubourgs et des quartiers de la gare et à courte distance de la gare centrale, circonstance très avantageuse pour les médecins et autres personnes qui désirent, entre deux trains, recourir aux services du laboratoire.*

*Sous le rapport de l'hygiène, le laboratoire sera tout-à-fait isolé, disposera d'un éclairage parfait; la ventilation, à cause de la situation exposée, y sera des meilleures; le sous-sol, à*

*cause de la pente naturelle du terrain, pourra facilement être relié à l'égoût, condition essentielle pour cette construction. Ensuite ce sous-sol, par la nature du terrain même, n'aura rien à redouter de l'humidité, ennemie de tous les appareils sensibles et de toutes les opérations délicates.*

*Au point de vue financier, les travaux de terrassement et de fondation seront peu importants.*

*Actuellement la place du St. Esprit présente un aspect plus désagréables à la vue, tant par ses plantations que par les constructions qui l'entourent. Cet aspect, on n'arrivera pas à le changer, en établissant en ce lieu un square ou d'autres arbres à haute tige. Les masures et hangars qui s'y trouvent ne seront pas masqués de cette façon et à la chute des feuilles, le contraste d'avec la belle saison deviendra encore plus saisissant. Par contre en élevant à cette place une construction simple, mais élégante, sans surcharges disproportionnées à nos ressources, avec un magnifique square établi devant la façade principale, l'entrée actuelle, fort disgracieuse, de la ville gagnerait évidemment à ce changement, qui relèverait tout le paysage...*

Argumentation fortement étayée, où ni le côté réaliste ni les préoccupations esthétiques ne sont négligés.

Le D<sup>r</sup> Praum s'était-il à ce moment plié à l'avis de M. Biwer, ou allait-il par la suite changer d'avis? Toujours est-il que plus tard, il s'entretient de vive voix avec le Directeur général des travaux publics, à la demande de celui-ci qui doit fournir des précisions au Conseil d'État, et lui propose pour l'emplacement du laboratoire le glacis derrière la Fondation Pescatore. Il mentionne comme moins favorable *la place servant actuellement de chantier et située au coin de l'avenue Monterey et du boulevard extérieur* et revient à la charge pour rejeter la solution du plateau derrière la caserne.

A ce stade des discussions, le Directeur des travaux publics fixe sa préférence sur le terrain derrière la Fondation Pescatore.

Mais le choix final ne se portera sur aucun des emplacements d'abord envisagés.

Le 4 octobre 1902, l'architecte de l'État informe l'ingénieur en chef que *Monsieur le Directeur général des travaux publics préfère faire élever le Laboratoire bactériologique sur un emplacement du terrain domanial au lieu dit «Verlorenkost»*. Contre cette solution le D<sup>r</sup> Praum allègue plusieurs arguments: éloignement de la ville, fumée et trépidations engendrées par la proximité de la ligne du chemin de fer etc. L'architecte de l'État et l'ingénieur en chef le secondent. Les discussions vont bon train, finalement les vues gouvernementales prévaudront, et lorsque les travaux commenceront au printemps de l'année 1903, ce sera sur les hauteurs du «Verlorenkost» qu'on posera la première pierre.

Le 30 mars 1903, le Directeur général des travaux publics approuve les plans, devis et cahiers de charges établis par l'architecte de l'Etat M. Biwer, et demande à l'ingénieur en chef des travaux publics, M. Albert Rodange (fils de l'auteur du «Rénert») de faire mettre l'entreprise en adjudication publique à Luxembourg, par les soins de l'architecte de l'Etat. L'adjudication a lieu le 18 avril 1903.

Les travaux dureront jusqu'en 1907. L'architecte Biwer n'en verra pas la fin puisque la mort le fauchera inopinément en 1905.

\* \* \*

Une controverse va bientôt naître sur les attributions du Laboratoire, sur l'étendue de son champ d'action. Tirant argument de l'épithète *bactériologique*, certains la désirent strictement limitative, mûs en cela par des intérêts privés que de leur propre aveu ils craignent de ne voir lésés. La tâche du Laboratoire est inscrite dans sa dénomination même, insistent-ils, et la bactériologie représente selon eux à elle seule un domaine suffisamment vaste et complexe.

Mais le D<sup>r</sup> Praum ne l'entend pas ainsi. Il entrevoit ce que sera la médecine de demain, qui s'appuiera sur les données fournies par les sciences de base, dont la bactériologie n'est pas la seule représentante. *Dans un petit pays comme le nôtre, rétorque-t-il, on ne peut pas se payer le luxe de plusieurs laboratoires médicaux distincts: voilà pourquoi notre institution doit à la fois remplir les fonctions de laboratoire de bactériologie et d'institut de pathologie et d'hygiène.* Dans une lettre au Directeur général des travaux publics, il rappelle que dans son rapport initial concernant l'organisation du Laboratoire bactériologique il s'exprimait en englobant dans sa besogne, outre la bactériologie, une assez grande partie de la pathologie et de l'hygiène: *... Ce programme a été accepté par tous les facteurs consultés et personne n'a songé à limiter la besogne du Laboratoire à la stricte tâche qu'on serait tenté de lui attribuer en se basant uniquement sur sa dénomination de Laboratoire bactériologique. L'idée prédominante était que le nouveau service s'occuperait de l'hygiène en général et de la bactériologie en particulier ...* Le directeur du Laboratoire décrit sa vision d'une équipe de médecins, de vétérinaires et de chimistes travaillant côte à côte et fraternellement à la grande tâche commune: la préservation de la santé publique. Il montre la connexion intime entre la bactériologie et la chimie. *Les deux bactériologistes les plus éminents, s'écrie-t-il, n'étaient-ils pas l'un, Koch, médecin, l'autre, Pasteur, chimiste? Si aujourd'hui la bactériologie est rentrée pour la majeure partie - l'étiologie et le traitement des maladies contagieuses - dans le domaine médical, une large part - les fermentations, les altérations microbiennes des ali-*

ments – restent plutôt à la chimie; mais à toutes deux, l'examen microscopique et les cultures restent communes. Loin donc de séparer la bactériologie et la chimie, il faut au point de vue de l'hygiène, les réunir plus étroitement. Ainsi l'Institut Pasteur de Paris s'est adjoint un laboratoire complet de chimie biologique. . . L'Institut für Infektionskrankheiten à Berlin possède une section de chimie. . . Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que le Laboratoire de bactériologie s'adjoigne chez nous aussi une section de chimie. . .

La dispute prend une orientation décisive lorsque le Gouvernement s'apprête à donner gain de cause au directeur du Laboratoire dans le cas particulier de l'inspection des viandes importées.

En effet, une nouvelle législation a été promulguée en Allemagne concernant le contrôle des viandes étrangères, dont les dispositions ont dû être acceptées, en vertu du Zollverein, par le Grand-Duché, selon un accord conclu avec l'Allemagne. D'après cette loi, les viandes doivent être examinées sous la surveillance de la douane, par des hommes de l'art et dans des endroits clos. Cet examen nécessite des locaux, des appareils, du personnel. L'avantage semble évident d'installer également dans le bâtiment du Laboratoire bactériologique les locaux nécessaires pour exécuter ces analyses, afin de réaliser ainsi au trésor public une économie notable sur les instruments de précision et le personnel qualifié.

Les adversaires de cette solution réagissent avec vigueur. Selon eux, le service des denrées alimentaires ne serait pas un service purement sanitaire. Dans les plupart des cas, il n'aurait pas le moindre rapport avec l'hygiène. Le laboratoire d'analyses alimentaires devrait rester autonome et son personnel se recruter *parmi les professeurs des établissements d'enseignement moyen ou supérieur ou parmi les pharmaciens de mérite.*

Le directeur du Laboratoire bactériologique oppose ses arguments à cette thèse. Outre l'examen chimique, l'inspection des viandes par exemple comprend encore *des investigations microscopiques et bactériologiques destinées à reconnaître les microorganismes et les parasites rendant la viande insalubre ou dangereuse. Cette partie de l'inspection ne saurait être détachée du Laboratoire de bactériologie, parce qu'elle rentre absolument et exclusivement dans son cadre de travail; mais il ne serait non moins imprudent d'en séparer la partie chimique, de scinder en deux un service qui doit rester uni . . .*

Et le D<sup>r</sup> Praum de citer l'exemple des «Hygienische Institute» que l'on trouve dans presque toutes les grandes villes allemandes et qui s'occupent à la fois de bactériologie et de chimie alimentaire. En fin de compte, l'étude de la situation à l'étranger lui a montré que l'inspection des denrées alimentaires

relève de la compétence du médecin et du «Nahrungsmittelchemiker» spécialement formé, mais nullement des membres du corps enseignant ni des pharmaciens.

L'administration se rallie finalement à cette manière de voir, et consent à élargir les projets primitifs *de telle façon que la nouvelle construction... puisse suffire à recevoir les installations du service de l'inspection des viandes importées de l'étranger.*

Outre l'installation d'un service de contrôle des viandes, le Gouvernement a estimé que la construction d'un hall spécial de désinfection s'imposait. \*)

Voici donc, sur deux points, les projets primitifs dépassés. Le problème des crédits, corollaire inévitable, va se poser de façon aiguë.

Après la loi du 18 mai 1902 ayant alloué à l'administration une première somme de 84.000 fr, d'autres crédits ont été mis à sa disposition par diverses décisions ministérielles, avec imputation de la dépense sur les budgets de 1904 et de 1905. En 1905, le Directeur général des travaux publics, qui est maintenant M. Ch. de Waha, calcule que le coût du Laboratoire bactériologique sera finalement de 316.000 fr, soit le quadruple de la dépense autorisée par la loi de 1902! Sur cette somme, il reste à trouver 120.000 fr, qui feront l'objet d'un projet de loi.



Fig. 2 - Le Laboratoire bactériologique de l'Etat, face nord, peu de temps après son achèvement.

\*) Cette annexe abritera plus tard les services de l'Inspection Sanitaire.



Fig. 3 - Le Laboratoire bactériologique, face sud, photographié en 1962.

L'exposé des motifs insiste sur la nécessité de consentir cette nouvelle dépense, afin que le nouveau bâtiment du Verlorenkost puisse être achevé.

Le 27 octobre 1906, le Conseil d'État donne en principe son accord, tout en préconisant que la somme demandée soit amputée des 20.000 fr nécessaires à la construction d'une terrasse avec escalier extérieur, cette dépense étant estimée superflue. Le Gouvernement allègue que la déclivité du terrain et la volonté de conserver au nouvel édifice un caractère monumental, rendent cette terrasse indispensable, et il maintient telle quelle sa demande de crédits.

Le 6 novembre 1906, le projet de loi est déposé et renvoyé aux sections.

Le 18 décembre 1906, lors de la discussion du budget, le D<sup>r</sup> Welter prononce un grand discours où il effleure également la situation du Laboratoire et se prononce avec fermeté pour l'adoption du projet de loi.

\* \* \*

La dernière bataille pour le Laboratoire va s'engager, dans un climat qui s'est échauffé au cours des années. Alors que les projets primitifs avaient bénéficié de l'unanimité du Parlement, des remous défavorables vont s'y faire jour. Des critiques ont fusé çà et là dans le pays. Les unes – assouvissant souvent des rancunes personnelles – s'en prennent au directeur qu'elles accusent de velléités autoritaires et d'ambitions démesurées;

selon les autres, les travaux du Verlorenkost relèvent de la folie des grandeurs, et entraînent un scandaleux gaspillage des deniers publics. La position morale des adversaires du Laboratoire est renforcée du fait que le Gouvernement s'est manifestement rendu coupable de dépassements de crédits.

Plusieurs députés finalement se liguent pour recommander qu'on examine la possibilité d'affecter le bâtiment du Laboratoire à un autre service *dont l'importance serait en rapport avec les proportions du dit bâtiment . . .*

L'attaque est sérieuse: une construction spacieuse en pierres de taille se dresse définitivement sur le plateau du Verlorenkost, à cela il n'y a plus rien à changer. Mais on peut encore décider d'y loger d'autres services administratifs tout en laissant le Laboratoire dans ses locaux actuels, ou en le reléguant dans quelque'autre coin à découvrir.

Le 1<sup>er</sup> mars 1907, la section centrale de la Chambre – composée de MM. Laval, président, Kayser, Prum, Ludovicy, Neumann, Bastian et Housse, rapporteur – donne son avis:

*La section centrale, par quatre voix contre deux, se prononce en faveur de l'affectation primitive du bâtiment.*

*Il serait en effet injuste et peu logique de désaffecter le bâtiment construit pour le Laboratoire bactériologique, pour le destiner à un autre but, alors que la nécessité impérieuse de la construction et de l'aménagement d'un bâtiment spécial et approprié pour le Laboratoire bactériologique de l'État a été reconnue à l'unanimité par la Chambre et sanctionnée dans le vote de la loi du 18 mai 1902, sans parler qu'une désaffectation même partielle, et nullement justifiée, occasionnerait des dépenses frustratoires et des ennuis multiples.*

*Le bâtiment du Laboratoire en dehors du service proprement dit du Laboratoire bactériologique fournit les locaux nécessaires à l'inspection des viandes étrangères, et si peut-être les dispositions du nouveau bâtiment peuvent paraître trop spacieuses pour les besoins de l'heure actuelle, il est certain que dans un avenir rapproché le Laboratoire bactériologique de l'État, avec toutes les extensions naturelles sur lesquelles s'étendront ses services multiples, occupera largement et utilement les locaux lui destinés. Quelques salles du Laboratoire pourraient servir temporairement comme salles de bibliothèque pour le Collège Médical ou lieux de réunions pour les assemblées médicales, vétérinaires ou autres; des examens pratiques dans l'art de guérir pourront être tenus dans les locaux y appropriés dans le bâtiment du Laboratoire et les nouvelles découvertes médicales et hygiéniques, ainsi que leurs applications pratiques pourront y être aisément démontrées, enseignées et vulgarisées. Il est évident qu'un jour seront concentrés au Laboratoire bactériologique de l'État tous les services se rapportant à l'hygiène, à*

*l'analyse des denrées alimentaires, aux services des fermentations etc.*

*Enfin, il vaut mieux que le Laboratoire paraisse peut-être trop vaste pour ses besoins actuels, que si, en restant fidèle aux fâcheux errements du passé, on l'avait construit dans des dimensions plus restreintes qui auraient sous peu nécessité de nouveaux agrandissements. En construisant le Laboratoire sur un pied large et suffisant, l'administration a avec raison abandonné le système détestable de construire par petits paquets ou d'aménager, sous le prétexte d'économie, mais en réalité par des sacrifices très importants, des vieilles casernes ou des maisons particulières impropres aux services publics pour lesquels on s'efforçait de les faire servir, et ce à grands frais et au prix de multiples inconvénients.*

*Cependant, l'une des deux voix dissidentes s'est prononcée en principe pour l'affectation telle qu'elle tout en estimant que le bâtiment était trop vaste pour ses besoins actuels, tandis que l'autre membre dissident a fait valoir principalement que le Laboratoire bactériologique logé dans l'ancienne banque Fehlen, rue Clairefontaine, disposait de locaux suffisants et aptes à ses besoins, plus vastes que ceux affectés à des services analogues dans les pays voisins, subsidiairement ce même membre pense qu'une partie du nouveau bâtiment pourrait être employée à abriter une autre administration, sauf à définir plus tard laquelle. Ces conclusions tant principales et subsidiaires sont réfutées par le vote de principe de la Chambre décrétant en 1902 la construction d'un nouveau bâtiment pour le Laboratoire et par les considérations développées ci-dessus.*

*La deuxième question est celle de savoir s'il y a lieu de se prononcer pour l'allocation de la somme de 120.000 fr pour faire parachever le nouveau bâtiment du Laboratoire tel que ce parachevement est demandé par le projet de loi afférent.*

*Par cinq voix contre une la section centrale adopte le projet de loi tel qu'il est présenté par le Gouvernement et se prononce pour l'allocation du crédit demandé . . .*

*. . . La nécessité de la construction d'un hall spécial de désinfection également compris dans le crédit de 120.000 fr est entièrement justifiée, le dit hall est appelé à rendre de grands services en temps d'épidémie et à l'occasion de maladies contagieuses.*

*Si la Chambre vote la somme demandée par le Gouvernement de 120.000 fr, le coût total du bâtiment, tout compris, ne dépassera pas 316.000 fr.*

*S'il est vrai, ainsi qu'il a été dit dès l'ingrès de cet exposé, que les crédits originaires prévus ont dépassé d'une façon notable les premières prévisions, il n'est cependant pas à méconnaître non plus que le bâtiment une fois parachevé, suivant les*

*plans du Gouvernement, présentera tant quant à sa situation extérieure exceptionnelle que quant au fini de son aménagement intérieur, un établissement pouvant servir de modèle même à l'étranger, pour des constructions et installations de ce genre.*

Analyse particulièrement clairvoyante et courageuse d'un groupe d'hommes de grande envergure, en avance sur bon nombre de leurs contemporains.

En attendant le vote du projet de loi, les opposants ne chôment pas. Le 9 avril 1907, lors de la discussion du budget M. Antoine Kayser déclenche à la Chambre une escarmouche qui se heurtera à une résistance décidée.

Le député du canton de Luxembourg-campagne exige qu'une commission de surveillance pour le Laboratoire de bactériologie soit nommée. Situation qui serait exceptionnelle dans le pays, rétorque le Gouvernement. Seul le directeur du Laboratoire est compétent pour diriger son service. *C'est à voir*, interjette M. Kayser. Interruptions. Le ton monte et des animosités latentes s'extériorisent. M. Kayser prétend que beaucoup d'instruments *sont relégués dans un coin et recouverts de rouille, parce qu'on ne s'en sert jamais. On fait là des dépenses exagérées. On gaspille les deniers des contribuables et c'est pour cela que j'ai le droit de demander l'institution d'une commission de surveillance pour contrôler la gestion financière de cet établissement et l'achat des instruments.* L'orateur est seul de son avis, d'autres représentants du peuple voient dans sa proposition une mesure *grotesque, choquante, à but vexatoire*, on prononce les mots *d'insinuations* et de *haines personnelles*. Pour M. Robert Brasseur, *cette proposition a sinon pour but, en tout cas pour effet de jeter la suspicion non seulement sur le directeur du laboratoire – j'admets qu'il est au-dessus de ces soupçons, je l'ai déjà dit – mais de jeter la suspicion sur l'institut, sur cet établissement qui rend quotidiennement de grands services à la ville et au pays.* De part ni d'autre, l'altercation ne pêche pas par la sérénité (M. Xavier Brasseur: *Si on débitait de l'eau de Lourdes, on ne ferait pas cette campagne contre l'institut en question*). L'attaque avorte, l'affaire en reste là, et la discussion se poursuit sur d'autres articles du budget.

La cause du Laboratoire paraît entendue. Malgré les objections d'une minorité chagrine la Chambre s'apprête à voter le crédit décisif de 120.000 fr. Le projet de loi figure à l'ordre du jour de la séance du 23 juillet 1907. Personne ne demande la parole, et le vote a lieu par appel nominal.

Vingt-sept députés votent pour: MM. Lacroix, Laval, Mathieu, Meris, Metzler, Munchen, Neumann, Pammers, Probst, Prum, Putz, Schmit, Schmitz, Schoué, Spoo, Thilges, Thinnes, Weinandy, Welter, Wilhelmy, Bastian, Robert Brasseur, Xavier Brasseur, Didier, Hess, Housse et Jeitz.

MM. Schiltz et Foehr votent contre.

MM. Philippe Bech, Hemmer et Kayser s'abstiennent.

M. Bech n'a pas voulu voter contre, parce que le bâtiment doit nécessairement être achevé. Il n'a pas voté pour, parce qu'il le trouve *beaucoup trop spacieux pour trois employés qui n'ont pas grand'chose à faire* . . .

Explication analogue de M. Hemmer, qui refuse en outre d'absoudre le Gouvernement d'avoir si considérablement dépassé le devis primitivement soumis à la Chambre.

Quant à M. Kayser, il pense que *le bâtiment est hors de proportion avec les besoins réels du pays*, affirmation qui soulève des murmures sur plusieurs bancs.

\* \* \*

Séance anodine et sans histoire, que d'aucuns avaient espérée houleuse. A la tribune publique, un homme se lève, passe l'index sur sa moustache, rajuste son faux col. Quelques bras amis se tendent pour lui serrer la main. Dans son sourire se mélangent un soupçon d'ironie et beaucoup de satisfaction. Il décroche son chapeau melon et sa canne. La porte geint derrière lui. Le D<sup>r</sup> Auguste Praum, fondateur et directeur du Laboratoire bactériologique, longe le Palais et se dirige vers la grand-rue, en savourant son triomphe.

Il est né le 20 janvier 1870, à Luxembourg, avant-dernier enfant d'une famille qui en comptait huit. Ses parents – son père Auguste Praum de Luxembourg a épousé Marianne Schoetter de Larochette – tiennent un commerce d'étoffes, de denrées alimentaires et de boissons à Luxembourg, d'abord rue Beaumont N<sup>o</sup> 9, puis grand-rue N<sup>o</sup> 13 (aujourd'hui N<sup>o</sup> 56).

Ses études secondaires achevées à l'Athénée grand-ducal, il choisit de faire sa médecine, à Leipzig, Berlin, Vienne et Paris. Plusieurs de ses professeurs portent des noms célèbres: His Döderlein (*fig. 4*), Virchow, Zuckerkandl, Kölliker, Curschmann, etc. Il revient s'installer omnipraticien dans sa ville natale.

Mais les servitudes de la clientèle ne s'harmonisent guère avec son tempérament. Il décide de donner à sa vie une autre orientation. De ses conversations avec son ami intime le D<sup>r</sup> Max Namur sort la décision commune de retourner à l'alma mater. Le D<sup>r</sup> Roux l'accueille à l'Institut Pasteur de Paris, tandis que le D<sup>r</sup> Namur devient ophtalmologiste.

Rentré dans sa patrie, le D<sup>r</sup> Praum se lance à corps perdu dans le projet qu'il a conçu et qu'il va réaliser contre vents et marées. Des années de lutte précèdent le succès. Quand le découragement le gagne, ses proches l'entendent caresser l'idée d'un laboratoire qu'il construirait à ses propres frais. Ses adversaires l'accusent tantôt d'être un idéaliste impénitent, tantôt de se conduire en autoritaire, mais il trouve aussi des appuis puis-

Weg der stud. med. Jenseitig.  
Praum aus Leipzig im  
Sommersemester 1891 von Herrn  
Dr. med. A. Döderlein, Professor  
an der Universität zu Leipzig,  
speziell aus gebihrlichem Prognose-  
A. N. glücklich best. fest, befristet

Leipzig, 16/10/91.

Dr. Dr. Döderlein

Weg der stud. med. Jenseitig.  
Praum aus Leipzig im Sommersemester  
1891 von Herrn Dr. med. H. Hies,  
a. Professor an der Universität zu Leipzig,  
speziell aus gebihrlichem Prognose-  
A. N. glücklich best. fest, befristet

Hies

Leipzig, 21/7/90

Fig. 4 - Certificats de stage établis pour le Dr. Praum par les Professeurs Döderlein et Hies.



sants notamment de la part d'hommes politiques éclairés tels que le Ministre d'Etat Eyschen, qui l'aideront à persévérer dans la voie qu'il s'est courageusement tracée.

Au cours de sa carrière, les charges et les honneurs ne lui seront pas mesurés.

Le Gouvernement le nomme dans des commissions et des groupes d'études, et le délègue à des congrès scientifiques à l'étranger. Il devient secrétaire (1895 – 1905) puis président (1914 – 1920) de la Société des Sciences Médicales; membre, puis président des jurys d'examen pour la médecine et la pharmacie; secrétaire puis président du Bureau de Bienfaisance; curateur de l'École Industrielle et Commerciale de Luxembourg; membre du Conseil d'Administration de la Croix Rouge luxembourgeoise.

Le 27 novembre 1924, à la salle Poirel dans la capitale lorraine, le titre de docteur honoris causa de l'Université de Nancy lui est conféré lors d'une séance solennelle, en même temps qu'à M. Emile Reuter, Ministre d'État.

Des décorations, tant luxembourgeoises qu'étrangères, sanctionnent ses mérites: Commandeur de l'Ordre d'Adolphe de Nassau; Officier de la Couronne de Chêne; Commandeur de la Légion d'Honneur; Commandeur de l'Ordre de la Couronne d'Italie; Chevalier de l'Ordre de Léopold de Belgique; Croix de première classe de la Décoration Civique de Belgique; Médaille de la Reconnaissance Française.

Il continuera à présider aux destinées du Laboratoire jusqu'à sa mort.

Au mois de mai 1928, il rentre d'un voyage à Paris et doit s'aliter, frappé d'un mal mystérieux dont le diagnostic ne sera jamais éclairci.

La science à laquelle il a consacré sa vie sera impuissante à le sauver, et il s'éteint au N° 4 de la rue Dicks, le 6 juin 1928, laissant une oeuvre qui fait de lui, à tout jamais, une des figures de proue de la médecine luxembourgeoise.



# MODITEN<sup>®</sup>

DICHLORHYDRATE DE FLUPHENAZINE

**l'agent tranquillisant le plus actif**

**effet prolongé**

**Dose quotidienne :**

1 à 2 dragées

**Présentation :**

flacon de 20 dragées à 0,5 mg.

Catégorie A du F.N.A.M.I.



**LABAZ 1 avenue De Béjar, Bruxelles 12**

42-22

<sup>®</sup> = marque déposée Olin Mathieson Chem. Corp.

ANTIALLERGIQUE et ANTIHISTAMINIQUE  
de conception originale **HOMBURG**

# Andantol

Chlorhydrate de N-diméthylamino - isopropyl - thiophenylpyridylamine

**Prurits**  
de toute nature  
piqûres d'insectes



**Rhume  
des foins**

Dragées à 4 mg.  
Dragées « FORTE »  
à 12 mg.  
Sirop (2 mg. par  
cuillerée à café).  
Ampoules à 4 mg.

Cat. Ac  
du  
F.N.A.M.I.



Gelée à 0,75 %, pour traitement local



**Urticaire**  
maladie  
du sérum  
idiosyncrasie  
médicamenteuse  
cinétose - migraine

Haute efficacité - Tolérance remarquable - Pas de somnolence secondaire



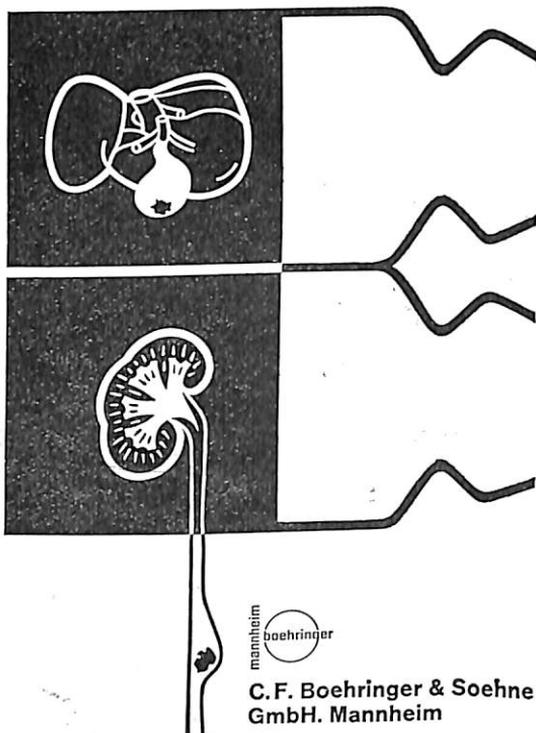
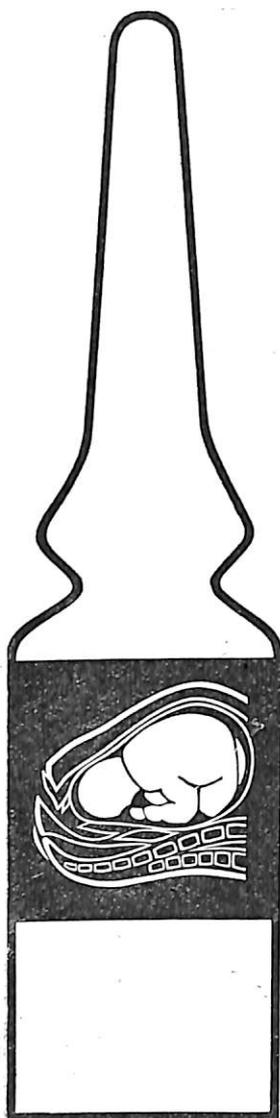
CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN  
Ets A. de BOURNONVILLE & FILS, S. A.  
Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques  
30-38, rue aux Fleurs, Bruxelles - Tél. 17.89.00-17.53.34



# Algaphan® Ampullen

D-Propoxyphen  
modernes Spasmo-Analgetikum  
mit intensiver und schnell  
einsetzender Wirkung

zur Erleichterung der Geburt  
zur Schmerzlinderung bei Nieren-  
und Gallensteinkoliken



mannheim  
boehringer

C. F. Boehringer & Soehne  
GmbH. Mannheim

PROPHAC, Luxembourg, 125, rue Adolphe Fischer

Travaux luxembourgeois publiés à l'étranger

# Kinderbad »TÖPFER«

*Dieses gebrauchsfertige, leicht lösliche Präparat enthält die Wirkstoffe von Kleie, Molke und besonders hautfreundlichen Heilpflanzen. Das völlig reizfreie Bad erhält den wichtigen natürlichen Säureschutzmantel der Haut. Kinderbad „Töpfer“ heilt wunde Haut - Rötungen verschwinden schnell - und gibt Sicherheit in der Säuglingshautpflege.*



COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.  
LUXEMBOURG

# EMPLOI DE LA THIOPROPÉRAZINE DANS LES TROUBLES CARACTÉRIELS CHEZ LES ÉPILEPTIQUES, LES DÉBILES ET LES PSYCHOPATHES

par FERNAND HASTERT

Réf. orig.: *Hastert, F.* - Emploi de la thiopropérazine dans les troubles caractériels chez les épileptiques, les débiles et les psychopathes.

*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, Vol. 62, Fasc. 5, pages 509-513, 1961.

## CHOIX DES MALADES

Cette étude porte sur 16 malades (5 femmes et 11 hommes), dont 7 oligophrènes au niveau de l'idiotie, 5 oligophrènes épileptiques et 4 psychopathes dysthymiques.

L'âge des malades variait entre 18 et 45 ans.

Ils étaient hospitalisés depuis des années et se caractérisaient tous par des troubles très graves du caractère et du comportement, notamment: inadaptabilité sociale totale, tendance auto-destructrice, irritabilité extrême, agressivité et impulsivité.

Ces troubles du caractère avaient résisté à toute autre thérapeutique antérieure (barbituriques, largactil, nozinan, phénergan, théralène, stémétil, méprobamates etc.).

Il s'agissait donc de cas cliniques vraiment ingrats, et nous recherchions dans l'emploi de la thiopropérazine, une amélioration symptomatique dans le sens d'une sociabilité accrue.

Les oligophrènes épileptiques avaient un traitement anticomitial équilibré depuis longtemps, qui a été maintenu durant les cures au Majeptil.

Nos premiers essais remontent au mois d'octobre 1960.

## TECHNIQUE EMPLOYÉE

Ayant appliqué au début la méthode discontinue, qui a été décrite sous le nom de «chimiochoc» à doses progressives assez fortes – jusqu'à 90 mg – nous avons dû l'abandonner assez rapidement à cause de l'intensité des effets secondaires et du peu de résultats cliniques.

En effet, les signes excitomoteurs s'ajoutaient alors d'une façon gênante aux troubles caractériels préexistants.

Nous avons finalement adopté la méthode d'administration continue en commençant par des doses journalières assez faibles de 2 à 5 mg, en augmentant de 5 mg par jour suivant la tolérance des malades, tout en cherchant une imprégnation neurologique moyenne avec un minimum de signes neurodysléptiques (ceci nous a permis également d'éviter des réactions anxieuses).

Les doses journalières maxima variaient entre 30 et 50 mg et les doses d'entretien entre 2 et 10 mg (une prise orale le matin). Il faut toujours tenir compte de la réactivité individuelle dans la conduite du dosage et ces derniers temps nous n'avons pas dépassé 30 mg comme dose maxima.

## EFFETS SECONDAIRES ET CORRECTEURS

Les effets excitomoteurs apparaissent souvent tout au début des cures, même à doses réduites: akatisie et tasikinésie avec rondes monotones d'automates, les malades se prenaient par la main ou déambulaient l'un derrière l'autre autour de la salle de séjour. Vu que ces troubles amplifiaient souvent l'agitation psychomotrice antérieure de ce genre de malades, nous avons cherché à réduire l'apparition de ces manifestations. Ceci a été réalisé, soit en augmentant légèrement les doses, mais le plus souvent en y adjoignant du nozinan, ou dans les cas rebelles, injections intraveineuses de Dominal 80 mg. On tâchait toujours d'obtenir le plus rapidement possible l'effet neuroleptique, car l'hypertonie, l'akinésie, l'abattement empêchaient l'expression des phénomènes d'excitation. Malheureusement, on observait souvent au moment de l'imprégnation maxima, des difficultés de l'alimentation secondaires aux manifestations maxillo-linguo-faciales: ralentissement de la mastication, difficultés de la déglutition. Ceci était particulièrement pénible, étant donné qu'il s'agissait de malades qui ne prenaient aucun soin de leur personne. Pour cette raison, dans plusieurs cas nous avons dû interrompre la cure.

Ces manifestations désagréables, ainsi que l'hypertonie, le tremblement, ont pu être diminués en partie par l'adjonction systématique de correcteurs dès le début, notamment Artane, Disipal, Thiamine et Lidépran.

Nous avons dû également interrompre la cure chez un malade qui a présenté un syndrome pulmonaire avec encombrement bronchique et hyperthermie. Dès l'arrêt du médicament, le malade s'est assez vite rétabli, et nous avons noté depuis une nette amélioration de son irritabilité antérieure.

Du point de vue neurovégétatif, nous avons pu constater des sudations profuses avec sialorrhée et parfois une inversion du rythme nyctéméral avec insomnie nocturne.

La formule sanguine contrôlée durant les cures, n'a montré aucune modification.

## RÉSULTATS CLINIQUES

On notait le plus souvent, assez rapidement après le début des cures, une sédation de l'agitation avec une certaine sidération émotionnelle. Résultat d'autant plus précoce dans les cas où l'on avait ajouté le Nozinan comme adjuvant.

Ceci renforçait naturellement l'action sédative du produit, tout en maintenant le syndrome d'imprégnation neuroleptique dans des limites moyennes et en évitant les manifestations neurodysleptiques. Malgré cette association fréquente, on n'observait que rarement de la somnolence diurne. La sédation de l'agitation rendait les malades plus dociles et malléables et ainsi, nous avons pu réaliser une meilleure participation des malades à l'ergothérapie et à la ludothérapie, d'où disparition pratiquement complète de l'agressivité, de l'impulsivité, des crises de colère, des réactions d'opposition (tendance à briser les vitres et à déchirer les vêtements).

Nous n'avons constaté aucune influence directe sur la bradypsychie et la viscosité des épileptiques.

Cette sociabilité accrue se maintient généralement après l'arrêt du médicament, mais dans certains cas manifestant une bonne tolérance, nous avons maintenu un dosage de 2 à 5 mg pour stabiliser l'amélioration. Les épileptiques supportaient des doses assez fortes (50 mg) sans troubles secondaires trop manifestes et nous n'avons pas constaté d'influence sur le rythme des crises. (Il s'agissait naturellement de cas limites, stabilisés depuis longtemps par un traitement anticomitial équilibré.)

## CONCLUSION

Ces résultats n'ont jamais pu être atteints d'une façon si rapide et si complète avec aucun autre neuroleptique.

L'avantage de cette méthode réside donc surtout dans la possibilité de replacer rapidement ces malades caractériels très difficiles dans des conditions humaines.

Quoiqu'on ne puisse leur donner une conscience de leur personnalité, on peut cependant leur faire reprendre une vie

sociale acceptable à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, et ceci surtout par une insertion plus stable dans l'organisation ergothérapeutique.

### RÉSUMÉ

La Thiopropérazine réalise un traitement rapidement efficace des manifestations agressives et impulsives, de la turbulence, de l'irritabilité et des conduites d'opposition chez les débiles, les oligophrènes épileptiques et certains psychopathes dysthymiques.

Les meilleurs résultats ont été obtenus au moyen de doses relativement faibles (30 à 50 mg) et de cures de courte durée. L'amélioration qui se manifeste surtout par une meilleure sociabilité, se maintient dans quelques cas, malgré l'arrêt du médicament. Les effets secondaires étaient le plus marqués chez les malades les plus tarés du point de vue neurologique.

L'avantage de cette médication réside surtout dans la possibilité de replacer rapidement dans des conditions humaines, des malades très difficiles et rebelles à toute autre thérapeutique.



## Les Laboratoires Belges PHARMACOBEL



Société Anonyme

152, avenue de la Chasse - Bruxelles, 4 - Tél.: 33 18 19, 33 18 08  
avec leurs sentiments dévoués et leur gratitude, vous remercient  
pour la confiance dont vous honorez leurs spécialités.

ALGUE d'ARMOR  
BIOGLANDOL amp. buvables  
élixir  
sirop

CARDIOMONE  
COLLUTRICINE  
CORTINASAL

gouttes  
nébuliseur

GELHYDRAL comprimés  
gel

HEPATENE dragées  
solution

NEOTRICINE

OTOCALMINE  
PANTRICINE  
RECTOCURARE  
SULFAMIPHEDRINE  
gouttes, néb.

TRICINOCOLLYRE  
TRICINODOSE  
TRICINOPHEDRINE

gouttes, néb.

TRICINOVULES  
UROPYRINE  
VASOTENSYL normal  
forte

  
**SIEMENS**

#### INSTALLATIONS DE RAYONS X



Les nombreux types d'appareils fabriqués en série permettent un choix judicieux dans l'assemblage des installations de diagnostic et de thérapie.

#### APPAREILS DE PHYSIOTHERAPIE



Ondes courtes de hyperthermie  
Galvanisation pour le diagnostic et la thérapie · Ultrasonothérapie  
Electro-choc  
Electrochirurgie générale et spéciale

#### EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE



Electrocardiographie  
Phonocardiographie  
Surveillance électrique de la narcose  
Electronystagmographie  
Electrocardiographie abdominale  
Détermination du métabolisme basal

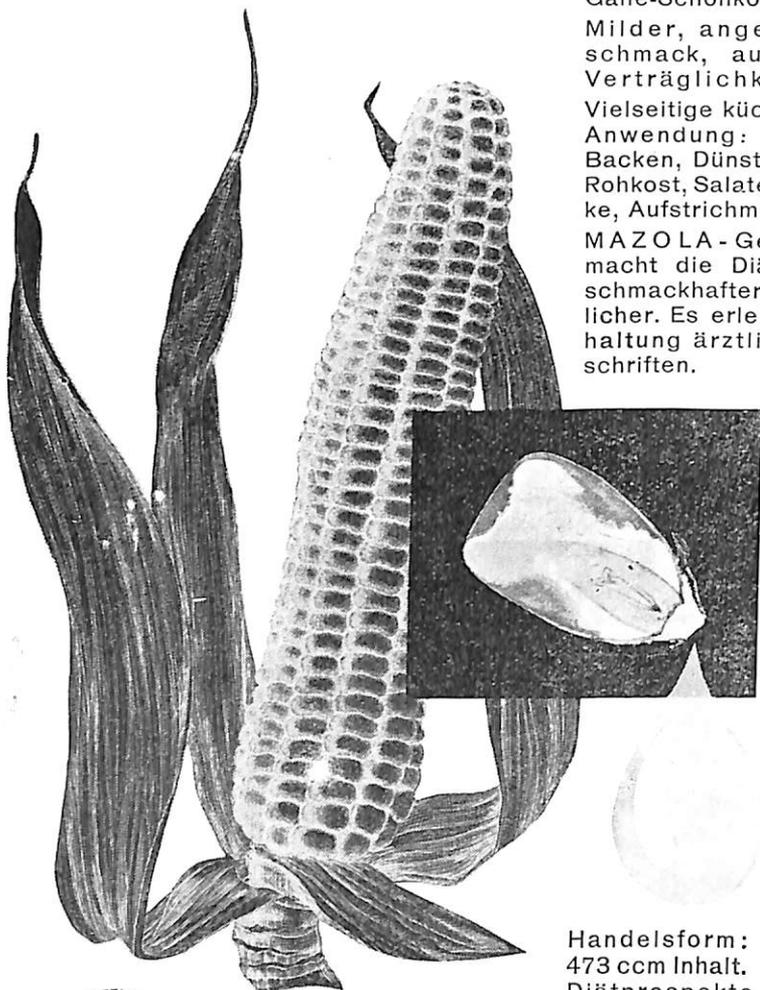
**NOS SERVICES** Sont toujours prêts à vous conseiller sans engagement de votre part et restent à votre disposition pour la démonstration et l'entretien des appareils.

Demandez nos prospectus!

SIEMENS-REINIGER-WERKE AG ERLANGEN

# Mazola®

GETREIDEKEIMÖL



Reines Maiskeimöl mit einem Gehalt an der essentiellen, mehrfach ungesättigten Linolsäure von etwa 55%.

MAZOLA - Getreidekeimöl eignet sich hervorragend für die allgemeine Leber- und Galle-Schonkost.

Milder, angenehmer Geschmack, ausgezeichnete Verträglichkeit.

Vielseitige küchentechnische Anwendung: zum Kochen, Backen, Dünsten, Grillen, für Rohkost, Salate, Mischgetränke, Aufstrichmischungen u. a.

MAZOLA - Getreidekeimöl macht die Diät vielseitiger, schmackhafter und bekömmlicher. Es erleichtert die Einhaltung ärztlicher Diätvorschriften.



Handelsform: Flasche mit 473 ccm Inhalt.

Diätprospekte stehen auf Wunsch zur Verfügung.

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH, HAMBURG

©  
**PRINCI-B**

TRAITEMENT

**de fond**

DES ALGIES

1<sup>ère</sup> association des trois vitamines antalgiques

à

doses

**PHARMACO  
DYNAMIQUES**

Thiamine (B1) 125 mg  
Pyridoxine (B6) 125 mg  
Cyanocobalamine (B12) 125 µg

**pour un comprimé à double noyau**

**PRÉSENTATION :**

Flacon de 24 comprimés



**LABAZ**

1, avenue de Béjar Bruxelles 12

292-121

# NÉVROSTHÉNINE - GLYCOCOLLE FREYSSINGE

AMPOULES BUYABLES DE 10 CC

*goût agréable*

**NÉVROSTHÉNINE**  
TONIQUE NERVIN

+

**GLYCOCOLLE**  
TONIQUE MUSCULAIRE

=

**TONIQUE NERVIN-  
MUSCULAIRE RATIONNEL**

SANS AUCUNE CONTRE-INDICATION

1 AMPOULE AU DÉBUT DES 2 REPAS

BOITES DE  
10 AMPOULES



COFFRETS DE  
20 AMPOULES

LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL - PARIS (XII<sup>e</sup>)

CONCESSION GENERALE EN BELGIQUE :

**ETABLISSEMENTS GEORGES KOTTENHOFF**

54, rue des Alliés - BRUXELLES 19 - Tél. 43.01.24

## LES LIVRES ET LES REVUES

COEUR ET MÉDECINE INTERNE, revue trimestrielle, directeurs: P. Soulié et P. Chiche; rédacteurs en chef: J.-P. Maurat et J.-L. Jullien, J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris VI<sup>e</sup>. Abonnement: 33 NF.

Une nouvelle revue trimestrielle intitulée «Coeur et Médecine Interne» achève sa première année de publication. Présentée par l'équipe de la Clinique Cardiologique parisienne de l'Hôpital Broussais du Professeur Soulié, cette revue répond à un double objectif. D'une part, elle publie des articles relevant de différentes disciplines médicales traitant d'affections susceptibles de toucher le système cardio-vasculaire; les meilleurs spécialistes de néphrologie, d'hématologie, de pneumologie... sont les collaborateurs occasionnels de la revue. D'autre part, les cadres du service du Professeur Soulié présentent d'excellentes mises au point concernant des questions de cardiologie d'actualité ou relativement peu connues. Sont bannis les articles trop techniques ou aux limites étroites qui reviennent aux revues classiques de spécialité. Ainsi ce journal intéresse aussi bien le généraliste que le cardiologue. «Coeur et Médecine Interne» jouit d'une présentation très soignée comprenant une iconographie de qualité. C'est un instrument de travail d'un intérêt soutenu qui mérite un large cercle d'abonnés.

Francis Cerf

\* \* \*

ERBLICHE STOFFWECHSELKRANKHEITEN, GENETIC DEFECTS OF BIOLOGICALLY ACTIVE PROTEINS, herausgegeben von Professor Dr med. Friedrich Linneweh, Direktor der Univ.-Kinderklinik Marburg/Lahn. Mit 167 Abbildungen und 97 Tabellen. XII und 620 Seiten. Gr. 8°, 1962, Urban und Schwarzenberg, Ganzleinen DM 138.-.

Quelques-unes de ces affections étaient connues lorsque Garrod créa pour les désigner, en 1908, l'expression «inborn errors of metabolism» dont l'éloquence imagée ne se traduit pas de manière entièrement satisfaisante dans une autre langue. Mais ces «erbliche Stoffwechselkrankheiten» qui sont des maladies du métabolisme intermédiaire, ont dû attendre les progrès des techniques de laboratoire, relevant pour la plupart ici de l'enzymologie, pour voir se préciser leurs mécanismes et se multiplier leurs exemples. Elles forment aujourd'hui un chapitre de la pathologie qui ne laisse plus indifférent aucun médecin, et qui est devenu partie intégrante surtout de la pédiatrie et de la médecine interne.

Le pédiatre a bien souvent à en établir le diagnostic, mais peu à peu la science fera franchir plus souvent à ces petits malades le cap des premières années, et l'«interniste» aura à s'occuper plus fréquemment de maladies innées du métabolisme intermédiaire. D'ailleurs, certaines parmi les plus anciennement connues font depuis longtemps partie de son bagage traditionnel: l'hémochromatose, les porphyries, l'ictère hémolytique congénital, les thrombocytopathies, etc.

L'ouvrage du Professeur Linneweh, est aussi concis que complet. Evitant l'ésotérisme, il est néanmoins solidement bâti sur les bases biochimiques indispensables à un édifice de ce genre.

Une soixantaine de spécialistes originaires d'une douzaine de pays ont collaboré à l'ouvrage. L'éditeur a réussi le tour de force d'amalgamer leurs contributions en un ensemble cohérent et homogène. La plupart des chapitres sont écrits en allemand, quelques-uns en anglais. La bibliographie est

internationale et très poussée. Elle réserve la place qu'ils méritent aux chercheurs et aux cliniciens français, ce qu'on ne peut dire de toutes les publications traitant cette matière. La présentation extrêmement bien réussie ajoute encore au régal intellectuel.

Livre indispensable, donc, à tous ceux qui par goût ou par nécessité s'intéressent à cette branche de la médecine hier encore noyée dans la confusion, aujourd'hui fixée avec clarté dans un stade de son évolution et que l'avenir ne manquera pas d'acheminer vers de nouveaux développements.

L'éventail des sujets traités, l'autorité des auteurs défie la tâche du critique. Il tenterait en vain d'en donner une juste idée, n'était la solution du recours pur et simple au sommaire que voici dans ses termes originaux:

Grundlagen der genetischen Beratung, von *W. Lenz* (Kinderklinik der Universität Hamburg);

Some Current Hypotheses in Human Biochemical Genetics, by *H. Harris* (King's College, Dept. of Biochemistry, London-Strand);

Ein-Gen-ein-Enzym-Hypothese, von *F. Kaudewitz* (Max-Planck-Institut für vgl. Erbbiologie und Erbpathologie Berlin-Dahlem);

Heterozygoten-Teste bei erblichen Enzymdefekten, von *F. Linneweh* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Transportmechanismen der Plasmaproteine, von *H. Ott* (Medizinische Klinik der Universität Tübingen);

Analbuminämie, von *H. Ott* (Medizinische Klinik der Universität Tübingen);

Haemoglobinopathies and Thassaemia, by *J. H. P. Jonxis* (Dept. of Pediatrics Groningen);

Hämoglobin Zürich-Syndrom, von *W. H. Hitzig* (Kinderklinik der Universität Zürich);

Methämoglobinämie infolge Hämoglobinanomalie (HbM), von *K. Betke* (Kinderklinik der Universität Tübingen);

Methämoglobinämie infolge Enzymdefektes (Typ Gibson), von *H. D. Waller* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Haptoglobin System, von *N. Nyman* (Dept. of Clin. Chemistry, Allmänna Sjukhuset, Malmö);

Transferrin und Transferrinmangel, von *W. Keiderling* (Medizinische Klinik der Universität Freiburg);

Hepatozerebrale Degeneration (Wilson'sche Krankheit), klinischer Teil, von *H. Bickel* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Hepatozerebrale Degeneration (Wilson'sche Krankheit), biochemischer Teil: Coeruloplasmin, by *G. Curzon* (The National Hospital, Dept. of Chem. Pathology, London);

Struktur und Wirkung von Enzymen, von *F. Turba*, (Physiol.-chem. Inst. der Universität Würzburg);

Enzyme unter biologischem Aspekt, von *Th. Bücher*, (Physiol. chem. Inst. der Universität Marburg a. d. Lahn);

Zystinose, von *F. Linneweh* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Zystinurie, von *M. Ehrlich* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Hartnup Disease, by *J. B. Jepson* (Courtauld Inst. of Biochemistry, The Middlesex Hospital, London);

Maple Syrup Urine Disease, by *L. I. Woolf* (The United Oxford Hospitals, Oxford);

The Lowe Syndrome, by *P. Royer* (Hôpital des Enfants Malades, Paris);

Glykokollkrankheit, von *W. L. Nyhan* (The Johns Hopkins Hospital, Baltimore);

Phenylketonurie, von *H. Bickel* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Albinismus, Alkaptonurie, Tyrosinose, von *K. Schreier* (Kinderklinik der Universität Heidelberg);

Glykogenosen, von *J. C. Gabilan* (Asnières, Seine);

The Biochemistry of Glycogen Storage Disease, by *H. G. Hers* (Lab. de Chim. Physiol. Louvain);

Saccharose-Intoleranz, von *A. Prader* und *S. Auricchio* (Kinderklinik der Universität Zürich);

Galactosaemia, by *A. Holzel* (Dept. of Child Health, University of Manchester);

Alactasia, by *A. Holzel* (Dept. of Child Health, University of Manchester);

Idiopathic spontaneous hypoglycemia, by *R. A. Ulström* (Dept. of Pediatrics, University of Minneapolis);

Renale familiäre Glukosurie, von *R. Reubi* (Medizinische Polyklinik der Universität Bern);

Fruktosurie und Fruktose-Intoleranz, von *E. R. Froesch* (Medizinische Klinik der Universität Zürich);

Fructose Intolerance, by *H. G. Hers* (Lab. de Chim. Physiol. Louvain);

Pentosurie, von *S. Hollmann* (Physiol. chem. Inst. der Universität Göttingen);

Glyzerinlipoidosen und Cholesterinosen, von *N. Zöllner* (Medizinische Klinik der Universität München);

Sphingolipidosen, Klinischer Teil, von *N. Zöllner* (Medizinische Klinik der Universität München);

Sphingolipidosen, Biochemical Aspects, by *J. N. Cumings* (Institute of Neurology, Dept. of Chem. Pathology, University of London);

Sideroachrestische Anämien, von *L. Heilmeyer* (Medizinische Klinik der Universität Freiburg);

Enzymopenische hämolytische Anämien. 1. Favismus, von *G. W. Löhr* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Enzymopenische hämolytische Anämien. 2. Sphärozytäre hämolytische Anämie (kongenitales hämolytischer Ikterus), von *J. Oehme* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Enzymopenische Anämien. 3. Nichtsphärozytäre hämolytische Anämien, von *G. W. Löhr* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Nichthämolytische Hyperbilirubinämien, von *M. Vest* (Kinderklinik der Universität Basel);

Porphyrien, von *W. Stich* (Medizinische Klinik der Universität München);

Hämochromatose, von *J. Lange* (Medizinische Klinik der Universität Bonn);

Proteinstruktur und Hormonwirkung, von *H. Turpy* (Institut für Biochemie der Universität Wien);

Adiuretin und Diabetes insipidus, von *K.-H. Jaraus*ch (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Störungen der Schilddrüsenhormon-Synthese, von *G. A. von Harnack* (Kinderklinik der Universität Hamburg);

Synthesestörungen der Nebennieren-Steroide, von *A. Prader* (Kinderklinik der Universität Zürich);

Blutstillung, von *R. Gross* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Purification and Properties of Thrombin, by *W. H. Seegers* (Dept. of Physiol. and Pharmacol., Wayne State University, Detroit);

Die Aktivierung des Prothrombins, von *E. Mamman* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn).

Plasmopathien (Faktor V-X-Mangel) von *E. Deutsch* (I. Medizinische Klinik der Universität Wien);

Afibrinogenämie, von *F. K. Beller* (Dept. of Obstetrics and Gynecology, New York University Medical Center);

Thrombozytenfaktoren, von *E. F. Lüscher* (Theodor-Kocher-Institut der Universität Bern);

Thrombozytopathien, von *R. Gross* (Medizinische Klinik der Universität Marburg a. d. Lahn);

Antikörper, Struktur und Funktion, von *H. E. Schultze* (Behring-Werke, Marburg a. d. Lahn).

Antikörpermangelsyndrom, von *S. Barandun* (Medizinische Abteilung, Tiefenauospital, Bern);

Morphologische Befunde bei Antikörpermangelsyndrom, von *H. Cottier* (Pathologisches Institut der Universität Bern);

Antikörpermangelsyndrom mit Neutropenie, von *F. Koch* (Kinderklinik der Universität Giessen);

Acatalasemia and Hypocatalasemia, by *Sh. Takahara* (University Hospital Okayama);

The Variants of Human Pseudocholinesterase, by *W. Kalow* (Dept. of Pharmacology, University of Toronto);

Hypophosphatasie, von *W. Swoboda* (Kinderklinik der Universität Wien);

Vitamin-D-Refraktäre Rachitis, von *W. Swoboda* (Kinderklinik der Universität Wien);

Progressive Muskeldystrophie, von *R. Richterich*, *U. Aebi* und *E. Rossi* (Medizinisch-Chemisches Institut der Universität Bern);

Periodische Paralyse, von *W. Richterich* (Medizinisch-Chemisches Institut der Universität Bern);

Gargylismus, von *F. Seitelberger* (Neurologisches Institut der Universität Wien);

A-Beta-Lipoproteinaemia, by *O. H. Wolff* (The Children's Hospital Birmingham);

Oxalosis, by *P. Durand* (Clinique Infantile G. Gaslini, Genua-Quarto);

Seltene hereditäre Stoffwechselkrankheiten, von *H. Bickel* (Kinderklinik der Universität Marburg a. d. Lahn).

*Raymond Schaus*



## Die entscheidenden Kräfte

Eine große Zahl von experimentellen Untersuchungen während der vergangenen Jahre bei Sportlern in zahlreichen Ländern der Welt hat gezeigt, daß

bei ausreichender Zufuhr von Dextrose durch Abfangen der Ermüdung bzw. Erschöpfung eine Leistungsverlängerung erzielt wird, und daß bei ausreichender Zufuhr von Dextrose durch die günstige Beeinflussung der Wiederherstellungsphase nach körperlicher Belastung eine Abkürzung der Erholungszeit eintritt.

Leistungsverlängerung und Erholungszeitverkürzung wirken sich in einer Leistungssteigerung aus.

Dextrosegaben bei körperlichen Anstrengungen bedeuten kein stimulierendes Doping, sondern stellen eine Regulierung des erhöhten Bedarfes an physiologischer Zellnahrung dar.

### **DEXTROPUR<sup>®</sup>**

Reine Hydratdextrose DAB 6

### **DEXTRO-ENERGEN<sup>®</sup>**

Reine Hydratdextrose DAB 6 in Tablettenform

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH · HAMBURG

# Remaxeen

**Antirheumaticum**

mit antiphlogistischen und  
analgetischen Eigenschaften  
Rasche Normalisierung des  
Redoxpotentials und der  
Kapillarresistenz durch  
Vitamin C + P  
Keine Nebenerscheinungen

**Dragées - Salbe - Suppositorien**

**DIVA LABORATORIEN A.G.**

Zürich 37, Schweiz

**INTEGRAL S. A.,** 61 rue de Strasbourg, LUXEMBOURG, Tél. 235 26



## Hämorrhoiden

ANALFISSUREN  
PURITUS ANTI  
ET RECTI  
ANALEKZEM  
PROCTITIS

**"F99"**

ALGAN + SULGÄN

Salbe/Suppositorien

schnelle Analgesie  
gewebsfreundlich  
desinfizierend

**Laboratoires Diva S. A., Zurich**

**Integral S. A.,** Luxembourg 61, rue de Strasbourg, Téléphone 235 26

# DISPERSA - Baeschlin

Collyres/ Augentropfen

in praktischen, hygienischen Kunststoff-Tropffläschchen

## Sulfa - Chloramphenicol

(Sulfacetamid 10%, Chloramphenicol 0,5%)

Gebrauchsfertige, haltbare Lösung mit Methocel-Zusatz.  
Kombination des bakteriostatisch wirkenden Sulfacetamid-Natriums mit dem bestverträglichen synthetischen Breitspektrum-Antibiotikum Chloramphenicol.

### Indikationen:

Sämtliche infektiöse Erkrankungen, gut geeignet als Vorbereitung für operative Eingriffe.

**Laboratoires Dr. E. Baeschlin,  
Winterthour, (Suisse)**

Représentant Général pour le Grand-Duché de Luxembourg :

**Propnac,** 125, rue Adolphe Fischer  
LUXEMBOURG

## Extraits de la gamme des Spécialités SANDERS :

**Asmosan . . . .** pour le soulagement immédiat de l'asthme (en comprimés, en ampoules injectables et en sirop).

**Bio-Lysan . . .** Tonique anti-anémique à base de Lysine (l'acide aminé indispensable), d'oligo-éléments, d'Extrait de foie et de Vitamine B12 (en sirop).

**Glycor . . . . .** contre toutes dermatoses et prurits. (pommade à base d'acide glycyrrhétinique et de cortisone).

**Recto-Glycor .** traitement des hémorroïdes internes et externes et du prurit anal. (petits suppositoires à base des mêmes principes)

**Sandorm . . . .** pour un sommeil profond et un réveil léger. (en comprimés).

**Sulfa-Retard .** L'action retard appliquée aux Sulfamides. Action immédiate et prolongée. (en comprimés, en gouttes et en sirop).

**Thiomucase . .** L'enzyme de diffusion étonnamment puissant utilisé comme agent propre en Médecine Générale, Chirurgie, Rhumatologie, Gynécologie, etc. et comme adjuvant thérapeutique. (en ampoules injectables et en suppositoires)

## Laboratoires SANDERS

47/51, rue Henri Wafelaerts - BRUXELLES 6

# LA MÉDECINE EN LUXEMBOURG

## Société des Sciences Médicales

Le *D<sup>r</sup> Félicien M. Steichen* a donné sa démission du comité de la Société des Sciences Médicales. Il a été nommé chirurgien de l'USAF Hospital Wiesbaden qui est l'hôpital central de chirurgie générale et thoracique pour le personnel de l'armée de l'air américaine stationné en Europe, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Dans quelques mois, le *D<sup>r</sup> Steichen* commencera à assumer à New-York les fonctions de Directeur adjoint du service universitaire de chirurgie du Lincoln Hospital et de Professeur adjoint de chirurgie à l'Albert Einstein Medical College.

\*

## Conférences et films scientifiques

Le 7 octobre 1962 avait lieu la conférence du *Professeur D<sup>r</sup> Leopold Breitenacker* de l'Université de Vienne, sur le sujet suivant: *Moderne Methoden der gerichtlichen Medizin.*

Le 10 octobre, réunion organisée grâce à la division pharmaceutique de l'UCB, avec deux films. L'ulcère gastrique de contrainte (*D<sup>r</sup> Lambling* et *D<sup>r</sup> Bonfils*, Hôpital Bichat, Paris); Angor, coronarite et infarctus du myocarde (*D<sup>r</sup> Heim de Balsac*, Paris).

Le 18 novembre: Le contrôle des médicaments, sujet traité par *M. Armand Lontie*, vice-président de l'Association Pharmaceutique Belge, et par *M. Marc Guisset*, directeur général du Service de Contrôle des Médicaments (Belgique). On lira ailleurs dans ce numéro le texte de ces deux exposés.

Le 2 décembre: La contamination hospitalière, film réalisé aux USA. Introduction et commentaires par le *D<sup>r</sup> Ost*.

Le 3 décembre, séance de films scientifiques sur des sujets d'oto-

rhino-laryngologie, par les Ets. A de Bournonville et Fils, S.A.

Conférence du *Professeur D<sup>r</sup> Röttgen*, directeur de la Clinique Neuro-Chirurgicale de l'Université de Bonn, le 9 décembre. Sujet: *Frühdiagnostische Probleme der Hirntumoren.*

Le 12 décembre séance de projection de films par les Établissements E. Baudrihay (Opération de la sténose pulmonaire; Opération du canal de Botal persistant; La radiocinématographie de l'écran radioscopique; Troubles fonctionnels du tractus intestinal).

Le 13 janvier 1963, le *Professeur J. François*, directeur de la Clinique d'Ophthalmologie de l'Université de Gand a parlé sur l'importance de l'ophtalmologie en médecine générale.

Le 17 janvier, le *D<sup>r</sup> Georges Muller* a traité l'importance de l'émotion dans la genèse des troubles fonctionnels. Un film a été projeté sur les «Facteurs émotionnels en médecine générale» (A. Christiaens, S.A. et J. R. Geigy, S.A.).

Conférence du *Professeur D<sup>r</sup> G. Korkhaus*, directeur de la Clinique Dentaire de l'Université de Bonn, le 3 février: *Arthropathien des Kiefergelenkes und Gebißfunktion.*

Le 6 février, par les Laboratoires Byk-Gulden, projection d'un film: *Rheumatologia practica.*

Le 10 février, début d'un cycle de conférences sur la médecine physique, par des exposés sur «les agents physiques en réadaptation» (*Professeur M. Mosinger*, directeur de l'Institut de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle, Marseille; *Professeur agrégé J. Dumoullin*, directeur du Service d'électromyographie à l'Hôpital Civil de Charleroi; *D<sup>r</sup> G. de Bisshop*, assistant d'électroradiologie, Marseille).

### Section des Sciences de l'Institut Grand-Ducal

Le 7 novembre 1962, à la tribune de la Section des Sciences naturelles de l'Institut grand-ducal, le *D<sup>r</sup> Raymond Schaus* a présenté une communication sur une méthode rapide du dosage de la phosphatase acide dans le liquide de sécrétion prostatique. *M. Paul Kayser*, docteur en pharmacie, a fait lors de la même réunion une communication sur la radioactivité des eaux thermales de Mondorf-les-Bains.

\*

### Société des Naturalistes Luxembourgeois

Deux conférences à signaler, par *M. Th. Mannon*: le 12 novembre 1962 sur les effets chimiques et les dangers biologiques des radiations nucléaires, et le 19 novembre sur le sujet: Radiations et hérédité.

\*

### Journées Internationales de Médecine Sportive

Le Comité Exécutif de la Fédération Internationale de Médecine Sportive a tenu ses assises à Luxembourg du 9 au 11 novembre 1962. A cette occasion, le *D<sup>r</sup> Ph. Encausse*, Paris, Chef du Service du Contrôle Médical Sportif auprès du Haut-Commissariat à la Jeunesse et aux Sports, a fait un exposé sur le mi-temps pédagogique et sportif, alors que le *D<sup>r</sup> A. Koch*, Münster, a parlé sur «Die Bedeutung der Sportmedizin».

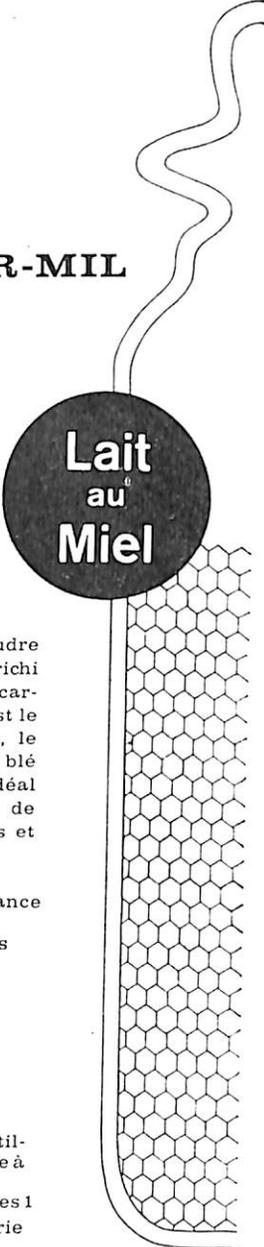
\*

### Hôpital militaire américain

Impressionnant exercice «Tricolor Team» en novembre dernier, du 15<sup>e</sup> hôpital militaire d'évacuation de l'armée américaine, qui s'était installé à Luxembourg sur le champ de foire et dans les casemates. Il s'agissait de manoeuvres sans le cadre de l'OTAN, avec la participation de l'armée luxembourgeoise. La popu-

1100-11

## NECTAR-MIL



Lait  
au  
Miel

est un lait en poudre coupé d'un tiers, enrichi de deux hydrates de carbone: le premier est le miel pur d'abeilles, le second la crème de blé entier. C'est un lait idéal pour l'alimentation de tous les nourrissons et des prématurés.

- favorise la croissance physiologique sans perturbations
- influence positivement la flore intestinale
- stimule l'hématopoïèse
- est bien toléré

Demandez des échantillons et de la littérature à

**MILUPA**, Bruxelles 1  
11, rue de la Buanderie

lation, invitée à visiter les installations, défila en nombre.

\*

#### La thalidomide, bienfaitrice de l'humanité?

Peu de temps après l'appel du Ministre de la Santé Publique demandant aux médecins de ne pas s'incliner devant les desiderata thérapeutiques de leurs patients, la Direction de la Santé Publique a relaté dans une lettre circulaire dans quelles circonstances elle a appris que ce n'est pas aux praticiens luxembourgeois de sauter le fossé séparant la recherche scientifique et les applications pratiques. A propos de la thalidomide, la lettre précise: «La grande presse s'était largement emparée des accidents dus à l'emploi de la thalidomide. Elle a signalé que les produits à base de thalidomide semblaient avoir un certain pouvoir anticancéreux. A la suite de ces révélations des malades cancéreux demandent à leurs médecins d'essayer ce médicament sur eux, et de nombreux médecins se sont adressés à nous pour l'obtenir dans le but visé.

Nous avons fait des démarches en ce sens, mais les autorités allemandes compétentes nous font savoir que d'autres effets nuisibles ayant été constatés entretemps avec cette drogue, p. ex. production de

polyneuropathies (*en fait, ces atteintes de nerfs périphériques étaient les premiers effets secondaires constatés avec le médicament incriminé. La réd.*) toute application à l'homme a cessé pour le moment et les tests animaux sont repris dès le début.

Dans ces conditions le produit se retrouve placé au stade expérimental et les autorités allemandes en refusent l'exportation...»

\*

#### Action syndicale

Le 16 décembre 1962 a eu lieu l'Assemblée générale de l'Association des médecins et médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg. Des rapports ont été présentés sur les relations avec les caisses de maladie (*D' Wilwert*), sur la caisse de pension (*D' Thibeau*), sur la situation financière (*D' Marx-Molitor*), sur le Marché Commun (*D' Widong*), sur des problèmes concernant les médecins-dentistes (*D' Montbrun*).

\*

#### Association Médicale Mondiale

Lors de l'Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale (WMA) à New Delhi, en novembre dernier, le *D' Félix Worré* de Luxembourg, a été élu Président du Conseil de l'Association Médicale Mondiale.

# UNIPEN

*Pfizer*

**pénicilline per os**

assure

**DES TAUX SANGUINS  
PLUS ELEVES**

et

**UNE MEILLEURE ACTIVITE  
ANTIBACTERIENNE DU SERUM**

**FLACONS  
DE 10 COMPRIMES  
DIVISIBLES A 250 mg.**

CATEGORIE

**A**

F.N.A.M.I.

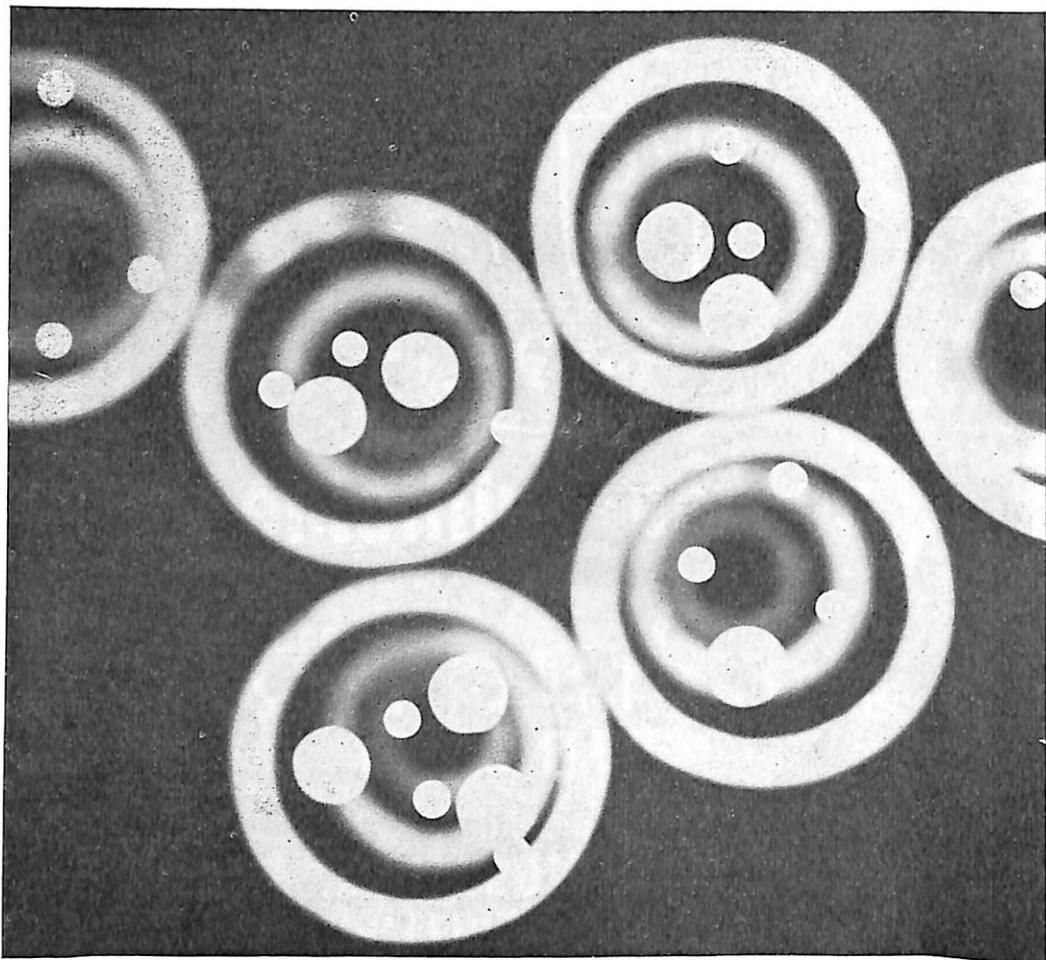
PFIZER S.A. 102 RUE LEON THEODOR - BRUXELLES 9 - TEL. 26.49.20.

# **potassium**



## **potassuril<sup>®</sup>**

Sel de potassium bien toléré (gluconate) d'utilisation com-  
mode permettant une posologie nuancée. Granulé de goût  
agréable, fondant, pouvant être pris pur ou dans l'eau, à  
raison de 3 cuillerées à dessert par jour (équivalent en  
potassium d'une prise de 1 gr en chlorure). - Laboratoires  
G.A. Cochard S.A. 5-7, rue Charles Parenté. Bruxelles.



**INTENSE ACTIVITÉ HYPOCHOLESTÉROLÉMIANTE  
ET RÉGULATRICE DU TABLEAU LIPÉMIQUE**

# **LIOXONE**

**action sûre  
rapide  
constante**

**PROPHAC - LUXEMBOURG**  
125, rue Ad. Fischer

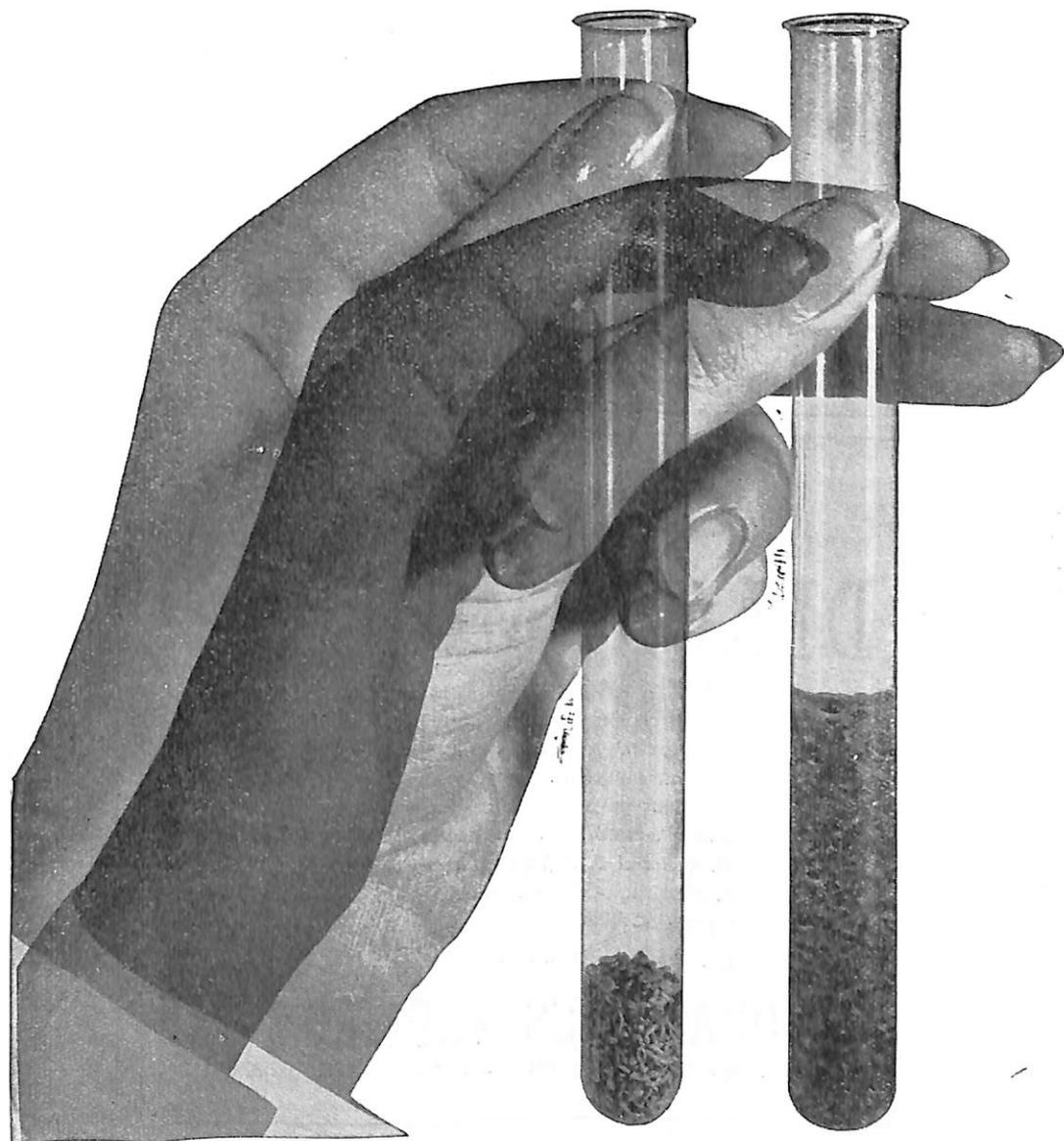
*Lepetit*

# Agiolax<sup>®</sup>

ein  
Darmregulans  
dessen  
Erfolge auf  
pflanzlichem  
Quelleffekt  
beruhen

Der abgebildete Psyllium-Samen, ein Bestandteil der Agiolax-Granula, zeigt bei Zugabe von Wasser im Reagenzglas seine erstaunliche Quellkraft. Die zuverlässige und schonende Wirkung von Agiolax beruht auf der Kombination quellender und pharmakodynamischer Pflanzenstoffe.

Indikationen:  
Habituelle Obstipation, auch wenn eine Gewöhnung an andere Abführmittel vorliegt; zur Stuhlregulierung in der Schwangerschaft; Entleerungsstörungen bei Anus praeternaturalis. Gut geeignet für Diabetiker!



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

# ESUCOS

**anxiolytique**

*médicament spécifique  
de l'anxiété  
et des  
troubles psychosomatiques*

dissout l'anxiété  
normalise le tonus neuro-végétatif  
procure un bien-être remarquable

**Présentation:**

Flacon de 25 comprimés à 10 mg.  
Boîte de 6 suppositoires à 20 mg



**Division Pharmaceutique**

68, rue Berkendael - BRUXELLES 6

**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 - Echantillons

## LABORATOIRES PROMEDY

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

# LEDERKYN\*

*Sulfaméthoxy pyridazine*

## POSOLOGIE SENSATIONNELLE

1<sup>er</sup> jour: 2 comprimés ou 1 gr.

Jours suivants: 1 comprimé ou 0,5 gr.

### CARACTERISTIQUES DU LEDERKYN

- Taux sanguin — rapidement obtenu
  - élevé
  - prolongé
- Très bonne solubilité dans les urines alcalines ou acides
- Acétylation lente
- Excellente pénétration des tissus et du liquide céphalo-rachidien
- Troubles secondaires pratiquement inexistantes
- Traitement de choix pour les affections chroniques et résistantes.

### PRESENTATION

Flacons de 6 et 12 comprimés à 500 mg.

Suspension pédiatrique: Flacon de 60 cc.



**LEDERLE BELGE, S. A.** Chaussée de St. Job, 506  
BRUXELLES 18

Tél. 74 58 57 - 74 48 55

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

AMERICAN CYANAMID COMPANY

WAYNE, New Jersey - U.S.A.

★ marque déposée

# Hormonothérapie „Retard” ROUSSEL

## **BENZOGYNOESTRYL RETARD** 5 mg.

Hexahydrobenzoate d'oestradiol  
Boîte de 1 ampoule de 1 ml.

## **LUTOGYL RETARD** 100-250 mg.

Oenanthate d'Hydroxyprogestérone  
Boîte de 2 ampoule de 1 ml.  
Boîte de 1 ampoule de 2 ml.

## **HEXA STERANDRYL RETARD** 50-100-250 mg.

Hexahydrobenzoate de testostérone  
Boîtes de 1 et 2 ampoules de 2 ml. à 50 mg.  
Boîtes de 1 ampoule de 2 ml. à 100 mg. et à 250 mg.

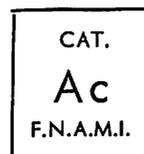
## **BI-STERANDRYL** (instantané-retard)

Propionate de testostérone & Hexahydrobenzoate de  
testostérone  
Boîtes de 1 ampoule de 2 ml.

## **GERANDRYL**

Hexahydrobenzoate d'oestradiol et Hexahydrobenzoate  
de testostérone  
Boîte de 1 ampoule de 2 ml.

Tous ces produits sont admis en...



Ech. et Litt. - **Labunis S. A.**, 33, Av. de Roodebeek,  
Bruxelles 4

Déposit. - **Ets. Herman Labor**, 25, rue des Cultivateurs, Bruxelles 4

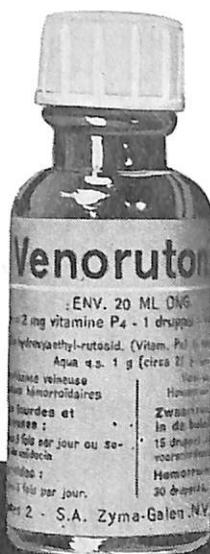
Insuffisance capillaro-veineuse

# Venoruton P<sub>4</sub>

Régulateur sélectif  
de la fonction capillaire



gouttes Venoruton P<sub>4</sub>  
capsules 100 mg Venoruton P<sub>4</sub>  
pommade Venoruton P<sub>4</sub>



Laboratoires ZYMA-GALEN S.A.  
209-213, rue de Wand, BRUXELLES 2



Rhinite aiguë

Coryza banal hivernal

Rhino - Pharyngite aiguë et subaiguë

○ Enfants

○ Adultes

○ Vieillards

# MUCORHINYL

Décongestif efficace et peroral des voies respiratoires supérieures  
à base de phényléphrine et de chlorphéniramine.

½, 1 ou 2 cuillerées à café, 2 à 4 fois par jour.

Aucun effet secondaire

Ets. A. COUVREUR, Bruxelles 3

PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN

Blend-a-med Forschung Mainz

Fluid: nicht ätzend, leicht applizierbar und angenehm für den Patienten.

Paste: netzmittelfrei; kräftigt das Zahnfleisch und vermindert die Gefahr der Rezidive.

Die wirksame Hilfe bei Parodontopathien:

Blend-a-med

PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN  
PARODONTOPATHIEN



Integral S. A. Luxembourg 61, rue de Strasbourg, Téléphone 235 26

Ungiftig - ausgezeichnet verträglich

hochwirksam - bewährt



# Zwintscher- Arzneimittel

aus Arzneipflanzen:

## **ARTERIOZET**

bei Hypertonie, Arteriosklerose, zur Apoplexieprophylaxe

## **BASOFER**

zur wirklich **kausalen** Therapie aller Formen der Gastritis, des Ulcus duodeni et ventriculi

## **NERVOBALDON**

Tropfen und Kapseln

bei nervösen Störungen als Tagessedativum; rein pflanzl. Ataracticum

## **ZETTAGALL**

bei Dysfunktion der Leber- und Gallenwege und chron. Gallenerkrankungen

## **ZET 26**

Kräutertabletten

bei chronischer habitueller Obstipation

**ALFRED ZWINTSCHER - HEIDELBERG**

---

**INTEGRAL S. A.** 61, rue de Strasbourg  
LUXEMBOURG

# Mondorf-les-Bains

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

---



La Station Hépatique  
du  
**BENELUX**

**SAISON: 1er Février - 15 Décembre**

## **La cure du foie et de l'intestin paresseux**

Il n'est jamais trop tôt, il est  
rarement trop tard pour conseiller  
à vos malades chroniques cette  
cure aux résultats heureux  
et réguliers.

**Pour tous renseignements prière de s'adresser  
à l'Établissement thermal de Mondorf - État à  
Mondorf - les - Bains.**

