

BULLETIN

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

FONDÉ EN 1864

100^e ANNÉE

JUIN 1963 - N° 2

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER - LUXEMBOURG



EUCARD[®]

Herz-Rhythmusstörungen
(20, 100 Tabl.)

EUFLUX[®]

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

EUPOND[®]

Kreislaufwirksames Anti-Adiposium
(50, 250 Drag.)

EUVITERIN[®]

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

EUCEBRAL[®]

Cerebrale Durchblutungsstörungen
(30, 100, 500 Drag.)

GASTRICHOLAN[®]

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

MES-ACTON[®]

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

Weitere
Präparate:

AEQUITON

ANTIFÖHNON

EUSTAGMON

CITRULLAMON

NEO-CITRULLAMON

**SÜDMEDICA G.M.B.H.,
MÜNCHEN-25**

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



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

FONDÉ EN 1864

100^e ANNÉE

JUIN 1963 - N° 2

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER - LUXEMBOURG

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

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Secrétaire général :
D^r JEAN NEUEN
3, rue Conrad I^{er}, Luxembourg

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
D^r RAYMOND SCHAUS
140, boulevard de la Pétrusse
Luxembourg

Comité de rédaction :

D^r PIERRE FELTEN
D^r CHARLES JONES
D^r LOUIS KLEES
D^r MARCEL LEMMER

D^r HENRI LOUTSCH
D^r GEORGES MULLER
D^r J. PAUL PUNDEL
D^r FERNAND SCHWACHTGEN
D^r 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)

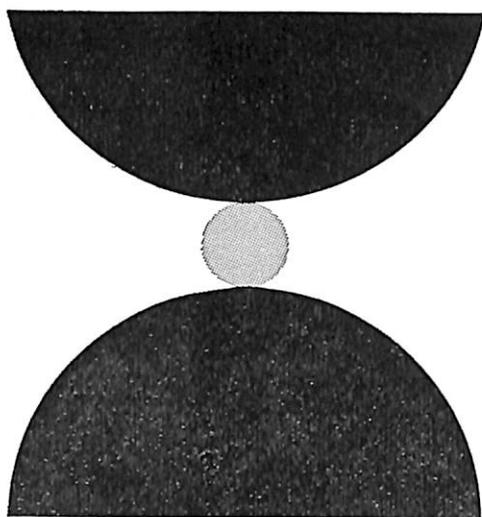
Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera, dans l'ordre, outre les noms d'auteurs et le titre du livre: a) la ville; b) l'année de parution; c) le nom de la maison d'édition.

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

Traitement des hyperthyroïdies par l'iode radioactif. Rapport sur 57 cas (Communication provisoire) . . .	141
CAMILLE KIOES	
Fistule labyrinthique due à un angiome du sinus latéral	151
ERNEST FABER	
Réflexions sur l'assistance psychiatrique extra-hospitalière et réalisations au Grand-Duché de Luxembourg . . .	161
FERNAND HASTERT	
Quelques commentaires sur les spasmes en flexion et l'hypsarythmie à propos de l'article du Dr. Georges Muller	179
HENRI METZ	
La polyarthrose	189
FRANÇOIS FRANÇON	
L'étymologie de l'opération césarienne avec quelques remarques sur la naissance de Jules César	201
J.-PAUL PUNDEL	
Travaux luxembourgeois publiés à l'étranger: La digi- taline en chirurgie	215
FRANÇOIS d'HUART	
Congrès et réunions scientifiques	233
La médecine en Luxembourg	241



Hirudoid

renferme comme seul produit à base de pommade un organo-héparinoïde pénétrant la peau sans addition d'agents risquant d'irriter la peau ou d'activer la résorption.

Thrombophlébite

Syndrome variqueux

Mastite

Pleurésie

Traitement des cicatrices

Hématomes

Pommade de 14 g, de 40 g et de 160 g



LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

Représentants: L. F. WILL & Co (Belgique) S.A.
42, Rue Joseph Van Camp, BRUXELLES 3

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES
ayant annoncé dans le présent numéro

Asta-Werke
Baudrihayé
Produits BIOS S. A.
Christiaens S. A.
Ciba S. A.
Cochard
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Südmedica, Töpfer, Promedica
Coles S. A.
Couvreur
Etablissement Delforge & Cie
Laboratoires Houdé
Guigoz
Integral S. A., Luxembourg
Zwintscher, Blend-a-med Forschung, Diva, Madaus
Kass & Fils
Monda
Etablissements G. Kottenhoff
Laboratoires S.M.B.
Labaz S. A.
Lederle Belge S. A.
Loterie Nationale
Omikron-Gagliardi
Optima
Pfizer S. A.
Pharmacobel
Pharma Union
Promedy S. A.
Propharma
Prophac S. A., Luxembourg
Lepetit, Schwartz, Boehringer
Ancienne Maison Louis Sanders
Sandoz
Sabpha
Saphar
S.B.P.D.
Nestlé
Société Nouvelle Siemens
Garage Schaltz, ambulances, Luxembourg
Specia
Etablissement Thermal, Mondorf
Union Chimique Belge
Verhulst
Will & Cie
Winterhalder

QUADRONAL®

Antipyrine, Phénacétine, Lactophénine, Caféine

Formule classique qui fait du QUADRONAL depuis son introduction en 1921 jusqu'aujourd'hui l'analgésique souverain dans tous les cas de céphalées, migraines, odontalgies, rhumatisme, névral-

gies, dysménorrhées.

Par potentialisation des composants, les effets secondaires peuvent être évités à coup sur, tandis que les effets analgésiques sont obtenus au maximum.

QUADRO-NOX®

Barbital, Antipyrine, Phénacétine, Lactophénine

Somnifère puissant qui doit être réservé aux insomnies chroniques, même rebelles.

Par heureuse association des composants, sommeil physiologique durant 7 - 8 heures - absence des phénomènes d'incon-

venience au réveil.

Présentation:

10, 20, 50, 150,

300, 600 comprimés

3, 6, 50 suppositoires

10, 75, 150 capsules

Les capsules pour les sujets qui s'endorment assez vite, mais qui se réveillent trop tôt.



ASTA-WERKE • AKTIENGESELLSCHAFT
CHEM. FABRIK • BRACKWEDE • ALLEMAGNE

TRAITEMENT DES HYPERTHYROIDIES PAR L'IODE RADIOACTIF

RAPPORT SUR 57 CAS

(COMMUNICATION PROVISOIRE)

par CAMILLE KIOES

De mai 1960 à décembre 1962 nous avons traité 96 hyperthyroïdies. Dans chaque cas le diagnostic clinique a été confirmé par une courbe de fixation selon une technique permettant de connaître le maximum de captation ainsi que la période biologique du séjour de l'iode dans la glande. Les hyperfixations douteuses ont été soumises à une épreuve de freinage. Pour l'évaluation du volume thyroïdien la palpation a été confrontée, dans la plupart des cas, avec les données de la cartographie. Depuis que nous disposons d'un scintiscanner nous faisons précéder chaque application thérapeutique d'un scintigramme.

DOSAGE

Il n'en reste pas moins que malgré toutes ces précautions une formule rigide pour le calcul de la dose thérapeutique est illusoire. A côté des causes d'erreur inhérentes à l'ensemble de ces informations, il faut tenir compte de la sensibilité individuelle et de la répartition imprévisible de la source radiogène dans le tissu malade.

Les investigations précitées fournissent des éléments d'appréciation qui, ajoutés à l'ensemble des examens cliniques, nous permettent de prendre une décision. Selon le cas nous appliquons des doses petites, moyennes ou importantes, en d'autres termes à peu près 4, 7 ou 10 mC d'iode 131 I. Nous avons à coeur de donner une dose efficace dès la première application. D'un autre côté cette dose est calculée au stricte minimum, d'abord pour ne pas exposer le malade à des radiations inutiles, et ensuite pour ne pas produire de myxoedème. Car il nous paraît illogique, sous prétexte de traitement, de remplacer une mala-

die par une autre. «Les méthodes qui se vantent de la plus grande fréquence de guérison à la première dose sont aussi celles qui présentent le plus grand pourcentage d'hypothyroïdies secondaires définitives» (Cottino ⁵).

CONTROLES

Quelques mois après la première application nous pouvons départager les malades en deux groupes: ceux qui sont guéris et ceux qui réclament une deuxième dose. Le calcul de la deuxième dose est facilité par les effets observés lors du premier traitement. Rares sont les cas qui exigent 3 ou 4 applications. «Si nous ne limitons pas nos doses je crois que nous n'aurions jamais d'échec» (Slingerland ¹⁸). Que faire, au point de vue statistique, des malades qui n'ont pas suivi le traitement jusqu'à la fin? D'après la méthode adoptée, le traitement peut comporter trois et plus d'applications. Si un malade abandonne en cours de route, on peut le plus souvent dire que le traitement n'a pas eu les chances normales d'opérer une guérison et le cas doit être éliminé.

APPRÉCIATION DES RÉSULTATS POSITIFS

Nous avons partagé les résultats positifs en

Bons: reprise d'une vie normale. «Il n'est pas indispensable de supprimer tous les symptômes» (Brull ¹⁸). On note en général une augmentation du poids, la disparition du tremblement et de la tachycardie, une accalmie de l'excitation neuro-végétative, une réduction du volume du goitre pouvant aller jusqu'à la disparition complète, une amélioration de l'exophthalmie. Les malades disent qu'ils se sentent en excellent état de santé.

Médiocres: L'effet favorable sur le poids ou la tachycardie manquera alors que les autres symptômes ont pratiquement disparu. Le malade se sent nettement amélioré, mais non tout à fait guéri.

RÉSULTATS GLOBAUX

Nous venons de dire que 96 malades ont été traités. De ce nombre il faudra retrancher tous les cas pour lesquels nous n'avons pas un recul d'au moins 6 mois: 31 cas. A déduire également ceux qui ont été perdus de vue (2 cas) ainsi que ceux qui n'ont pas suivi le traitement jusqu'à la fin (6 cas).

Restent 57 cas utilisables; ils se répartissent de la façon suivante: 43 bons résultats, 9 résultats médiocres, 5 échecs. Nous observons donc 91% de résultats positifs (voir *tableau I*).

D'après la définition que nous avons donnée, les bons résultats n'exigent pas une analyse détaillée des effets thérapeutiques. Nous ferons cette analyse pour les résultats médiocres et les échecs.

TABLEAU I
Résultats globaux

<i>Traitements</i>	<i>Résultats</i>		
	bons	médiocres	nuls
57	43	9	5
100%	91%		9%

RÉSULTATS MÉDIOCRES

PRÉSENTATION DES CAS

Cas N° 5: femme de 62 ans. Elle a subi une thyroïdectomie en 1946 et présente une récédive depuis 1959. On note un nodule isthmique dur et homogène; des signes cliniques d'hyperthyroïdie. Le maximum de fixation est de 74% à la 24^{me} heure (angle de fuite). Le traitement est effectué le 6. 5. 60 et consiste dans l'administration de 6,5 mC par voie orale. Depuis, la malade se sent plus calme. Le nodule a diminué de moitié. La tachycardie est améliorée, mais on ne note pas de gain de poids (54 kg).

Cas N° 20: femme de 64 ans. Elle a été en traitement pour hyperthyroïdie depuis 25 ans et présente un goitre nodulaire volumineux. Le maximum de fixation est de 72% à la 24^{me} heure. Les signes cliniques d'hyperthyroïdie sont discrets. Le 1. 7. 60 nous lui donnons 6,4 mC d'iode 131. La malade se sent beaucoup plus calme, mais le goitre ne diminue que peu de volume et le poids reste stationnaire.

Cas N° 92: femme de 46 ans qui présente des signes cliniques d'hyperthyroïdie, mais elle n'a pas de goitre. Important amaigrissement. M.B. +45%. Le maximum de fixation est de 67% à la 24^{me} heure. Un premier traitement de 5 mC effectué le 3. 3. 61 est pratiquement sans effet. Le deuxième traitement, de 3,9 mC effectué 6 semaines plus tard, fait disparaître les tremblements et la nervosité. La malade ne prend plus de médicaments mais son poids reste stationnaire (52 kg). La malade déclare se sentir nettement améliorée.

Cas N° 123: femme de 58 ans. Diabétique. L'hyperthyroïdie débute en 1959 et est traitée par le néomercazol. La malade présente un volumineux goitre homogène, un M.B. +60%. Le maximum de fixation est de 80% à la 6^{me} heure et la courbe présente un angle de fuite. Premier traitement le 26. 6. 61: 6 mC. L'effet est favorable mais passager notamment en ce qui concerne le poids et le diabète. Deuxième traitement le 18. 5. 62: 10 mC. Le goitre diminue de volume, mais le poids reste inchangé. La malade déclare se sentir nettement améliorée.

Cas N° 135: femme de 42 ans qui se plaint d'une grande nervosité et présente un M.B. +51%. Absence de goitre. Le maximum de fixation est de 95% à la 24^{me} heure. On note une amélioration passagère, après un premier traitement de 5,5 mC effectué le 23. 6. 61. Un deuxième traitement devient nécessaire et le 8. 9. 61 nous donnons 4 mC. Depuis la malade se sent plus calme, mais son poids est resté stationnaire (60 kg).

Cas N° 137: femme de 65 ans ayant subi une thyroïdectomie à l'âge de 34 ans. Une récédive de goitre a été traitée par roentgenthérapie il y a 4 ans. En 1961 elle présente un goitre nodulaire plongeant qui cause une gêne respiratoire. On note des signes cliniques d'hyperthyroïdie. Le maximum de fixation est de 76% à la 24^{me} heure (angle de fuite). Le premier traitement de 6 mC le 23. 6. 61, reste sans résultat appréciable. Le 1. 2. 61 nous répétons le traitement en administrant 4 mC. La tachycardie est calmée, le poids n'a pas changé. La gêne respiratoire n'est que légèrement amoindrie. L'appréciation subjective est favorable.

Cas N° 163: femme de 61 ans. Elle a été opérée de la thyroïde en 1941 et 1958. Après la deuxième opération s'est installée une exophthalmie bilatérale prononcée. En 1961 la malade présente une récédive de goitre: petit nodule dans la région du lobe thyroïdien gauche, et des signes cliniques d'hyperthyroïdie. Le maximum de fixation est de 82% à la 6^{me} heure. 4 mC sont administrés à la malade le 8. 9. 61. Depuis la tachycardie a cessé. Le nodule a disparu, mais l'exophthalmie et le poids (48 kg) sont restés stationnaires.

Cas N° 185: homme de 34 ans. Il présente un petit goitre depuis deux années. Le M.B. +5% et les signes d'hyperthyroïdie sont discrets. Le maximum de fixation est de 74% à la 24^{me} heure. Indice d'inversion: 55%. Un traitement de 5 mC est effectué le 22. 9. 61. A la suite le goitre diminue de moitié et le malade est nettement plus calme. Mais le tremblement persiste et le poids reste stationnaire.

Cas N° 250: femme de 50 ans, diabétique. Elle présente un goitre nodulaire et des signes cliniques d'hyperthyroïdie, notamment une importante tachycardie. Le maximum de fixation est de 57% à la 24^{me} heure (après épreuve de freinage on note 56%); 5,5 mC sont administrés le 20. 1. 62. On note une importante augmentation de poids. La tachycardie est calmée et la malade déclare se sentir nettement améliorée. Mais le volume thyroïdien est inchangé et une forte nervosité persiste.

DISCUSSION

On pourra peut-être retenir comme facteurs défavorables

- le diabète: 2 cas;
- la récédive post-opératoire: 3 cas;
- la discrétion des signes cliniques: 2 cas;
- le manque de goitre: 2 cas.

A propos des récédives post-opératoires nous notons que tous les cas ont réagi positivement (voir tableau II).

TABLEAU II
Traitement des récédives postopératoires

<i>Récidives</i>	<i>Résultats</i>	<i>Dose moyenne</i>
6 cas	3 bons	4,9 mC
	3 Médiocres	6,8 mC

Dans les cas de thyroïdectomie il est recommandable de faire le dosage avec beaucoup de prudence. 50% de nos résultats sont médiocres, malgré le fait que ces malades-là aient reçu une dose moyenne plus élevée. Ils se sentent suffisamment améliorés pour que nous nous abstenions de vouloir trop bien faire. Quant à la discrétion des signes cliniques, le problème est nettement plus difficile. Le clinicien a l'ambition, justifiée d'ailleurs, de faire le diagnostic à la suite d'un examen direct et de ne se servir des méthodes adjuvantes qu'en leur assignant un rôle de facteur correcteur. Brull¹⁸ dit à ce sujet: «En ce qui concerne le diagnostic je m'intéresse à toutes les méthodes qui peuvent être utilisées, mais je n'en accepte la valeur qu'après confrontation avec le diagnostic clinique. Celui-ci tient la première place: l'anamnèse et le diagnostic clinique doivent rester prédominants.» La symptomatologie clinique trop discrète aurait donc pu écarter du traitement ces deux malades. Nous verrons, lors de la discussion des échecs, qu'il existe des cas pour lesquels, malgré une réponse hésitante du laboratoire, la clinique conseille le traitement. Souvent le résultat thérapeutique est encore moins favorable.

ÉCHECS

PRÉSENTATION DES CAS

Cas N° 127: jeune fille de 18 ans. Signes cliniques d'une importante hyperthyroïdie. Goitre relativement petit, homogène. On note une fixation de 83% à la 2^{me} heure et le courbe présente un angle de fuite caractéristique. La malade reçoit une dose de 4 mC d'iode 131. Après une légère amélioration on note une rechute accompagnée d'une exophthalmie qui n'existait pas avant le traitement. La malade se décide pour l'opération. Six mois après elle se trouve en parfait état de santé.

Cas N° 132: homme de 51 ans. Important goitre nodulaire plongeant. La courbe de fixation montre 95% à la 6^{me} heure et présente un angle de fuite. Après l'application d'une dose de 7,7 mC on note une importante amélioration qui dure plus d'une année. 17 mois après le traitement les signes de rechute sont manifestes: amaigrissement, tachycardie, nervosité, gêne au cou. Le malade vient de recevoir une nouvelle dose thérapeutique.

Cas N° 148: femme de 36 ans. Cliniquement le diagnostic d'hyperthyroïdie avait été posé. La malade présente un petit goitre, un M.B. +39% une légère exophthalmie. Le maximum de fixation se situe à 69%, mais la courbe reste en plateau. Un premier traitement de 6 mC amène le calme, mais 4 mois plus tard on note une nouvelle perte de poids, une reprise de la nervosité. Le deuxième traitement (5 mC) conduit à un résultat semblable. Nous nous décidons pour une troisième application et la malade reçoit encore 5 mC. A la suite on note une importante augmentation de poids, une accalmie de la tachycardie mais la nervosité persiste, et l'appréciation subjective n'est pas favorable. Il s'agit ici vraisemblablement d'un faux Basedow. Il est possible que la malade s'achemine vers le myxoedème.

Cas N° 236: femme de 49 ans. Elle présente une légère hypertrophie de la thyroïde, une tachycardie persistante (100). La fixation iodée, contrôlée

à deux reprises montre un maximum de 60%, la courbe reste en plateau. L'examen du P.B.I. a montré un taux d'inversion de 95%. Ce dernier examen décide en faveur d'un traitement à l'iode radioactif et la malade reçoit une dose de 5 mC. On ne note aucun résultat favorable. Ultérieurement un traitement au Tofranil et à l'Hydergine amène rapidement la guérison. Dans ce cas l'échec était dû à un diagnostic erroné.

Cas N° 239: femme de 37 ans. Elle présente une thyroïde assez volumineuse. Tachycardie. M.B. +67%. Le maximum de fixation est de 56%, la courbe reste en plateau. La détermination de P.B.I. montre un taux d'inversion de 92%. Une première dose thérapeutique de 7 mC amène une très légère amélioration. 3 mois après la malade reçoit une nouvelle dose de 7 mC. Cette fois-ci, sans résultat appréciable.

DISCUSSION

Pour les cas 127 et 132 l'échec est certainement dû à l'insuffisance de la dose. Nous reviendrons ultérieurement sur le cas 132 pour lequel nous espérons obtenir une guérison à la suite de la deuxième application. Les autres échecs sont, de toute probabilité, plutôt d'ordre diagnostique que thérapeutique. La délicate question de savoir, si les symptômes cliniques, en l'absence d'une réponse positive du laboratoire, doivent décider en faveur du traitement, nous semble devoir être tranchée par la négative. Notre expérience nous conseille de n'accepter qu'avec réserve les renseignements fournis par la détermination du P.B.I. (en tout cas d'après la méthode avec échangeurs d'ions que nous avons adoptée). La plus grande importance par contre doit être attachée à la courbe de fixation et notamment à son allure après la 24^{me} heure ainsi qu'à ses réactions à l'épreuve de freinage. Si la courbe retombe sensiblement après la 24^{me} heure et si l'on n'observe pas de freinage après administration de triiodothyronine, le diagnostic est assuré. Une valeur diagnostique comparable revient au scintigramme. La mise en évidence d'un nodule toxique expliquera aisément certaines discordances entre le tableau clinique et les réponses du laboratoire.

Nous ne saurions entrer dans les détails, pourtant fort intéressants; nous préférons renvoyer le lecteur à la très belle publication de Decourt⁶. Nous sommes étonné de ne trouver pas un seul cas manifeste de myxoedème parmi nos 57 malades traités. Le recul insuffisant joue probablement un rôle. Les statistiques que nous avons pu consulter mentionnent une moyenne de 12% d'échecs qui sont tous constitués par des cas de myxoedème⁴. Nos doses sont en général moins importantes et nous croyons être resté en-deça de l'euthyroïdie alors que la plupart des auteurs sont allés au-delà.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

Nous n'envisagerons ici que les 51 cas pour lesquels le résultat a été favorable. En moyenne le traitement a exigé l'applica-

tion de 7,9 mC d'iode 131. Les 51 malades ont reçu un total de 70 doses; la dose moyenne par application a donc été de 5,6 mC; 33 cas ont été guéris par une seule dose, 17 ont exigé une deuxième application et dans un seul cas trois doses ont été nécessaires (*tableau III*). Ce dernier cas comporte le plus haut dosage: 19 mC pour un volumineux goitre nodulaire. Quinze jours avant, et en principe définitivement après le traitement à l'iode 131 nous avons proscrit toute médication thyroé spécifique. Les malades traités sont sensés pouvoir se passer de toute espèce de calmant.

TABLEAU III
Répartition des doses

Nombre de doses	1	2	3
Nombre de malades	33	17	1

CONCLUSIONS

L'iode radioactif est une arme extraordinairement efficace dans le traitement de l'hyperthyroïdie, puisque malgré notre expérience débutante nous avons pu obtenir 91% de guérisons. Il est vrai que notre statistique est susceptible de subir quelques modifications du fait que nous n'avons pas encore assez de recul-mais nous y reviendrons en temps utile.

Malheureusement, on se heurte parfois à une crainte injustifiée des radiations ionisantes. Nous nous permettrons de répéter à ce sujet que d'après Bercy une dose de 10 mC donne au niveau des ovaires une irradiation de 1,6 r, donc du même ordre de grandeur qu'une radiographie du bassin (1,2 r).

Pochin¹⁷ rapporte sur 60.000 cas de thérapie à l'iode 131 seulement 18 cas de leucémie alors que dans une population semblable, non irradiée, on trouve 21 leucémies.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Barambon, D. et Indemini, M.* - Résultats du traitement de l'hyperthyroïdie par l'iode radioactif. (Étude de 31 cas.) *Praxis*, 4, 90, 1962.
- 2 *Beling, U. and Einhorn, J.* - Incidence of hypothyroidism following I 131 treatment of hyperthyroidism. *Acta radiol.*, 56, 275, 1961.
- 3 *Blomfield, G. W. et al.* - Treatment of thyreotoxicosis with 131 I. A review of 500 cases. *Brit. med. J.*, 63, 1959.

- 4 *Cassidy, C. E. and Astwood, E. B.* - Evaluation of radioactive iodine (I 131) as a treatment for hyperthyroidism. *New Engl. J. Med.*, 261, 53, 1959.
- 5 *Cottino, F.* - La terapia dell'ipertiroidismo mediante il radioiodio. *Min. Nucl.*, 6, 69, 1962.
- 6 *Decourt, J. et al.* - L'adénome thyroïdien toxique à la lumière des explorations par l'iode radioactif. *Sem. Hôp.*, 58, 3323, 1962.
- 7 *Delit, C. et al.* - Thyrocardiac disease and its management with radioactive iodine I 131. *J. Amer. med. Ass.*, 176, 262, 1961.
- 8 *Einhorn, J. and Hastad, K.* - Prognostic value of early determination of thyroïdal radioiodine uptake following I 131 therapy. *J. clin. Endocr. Metab.*, 21, 1483, 1961.
- 9 *Eller, M. et al.* - The treatment of toxic nodular goiter with radioactive iodine. (10 years' experience with 436 cases.) *Ann. intern. Med.*, 5, 976, 1960.
- 10 *Ellis, R. and Oliver, R.* - The treatment of thyrotoxicosis by repeated very small doses of radioactive iodine. *Clin. Radiol.*, 12, 309, 1961.
- 11 *Green, M. et al.* - Blood radiation dose after 131 I therapy of thyrotoxicosis. (Calculations with reference to leukaemia.) *Brit. med. J.*, 2, 210, 1961.
- 12 *Holman, W. P.* - The treatment of disease of the tyroid by irradiation. *Med. J. Aust.*, 825, 1958.
- 13 *Joyet, G. et Miller, M.* - Essai de dosage rationnel du traitement des hyperthyroïdies par l' 131 I. *Ann. Radiol.*, 5, 21, 1962.
- 14 *Lamberg, B. A.* - Treatment of toxic nodular goiter with radioactive iodine. *Acta med. scand.* 165, 245, 1959.
- 15 *Lévy, A. et al.* - Traitement des hyperthyroïdies par l'iode radioactif. (A propos de 250 observations.) *Sem. Hôp.*, 46, 2426, 1960.
- 16 *Oeser, H. et al.* - Die Behandlung der Hyperthyreose mit Radiojod. In: Künstliche radioaktive Isotope in Physiologie, Diagnostik und Therapie, II, 951, 1961, Springer.
- 17 *Pochin, E. E.* - Leukaemia following radioactive treatment of thyrotoxicosis. *Brit. med. J.*, 2, 1545, 1960.
- 18 Premier symposium international sur le traitement du goitre toxique. *Rev. méd. Liège*, 14, 525 et 585, 1959.
- 19 *Rubinfeld, S. et al.* - Rational dosage in I 131 treatment of hyperthyroidism. *Radiology*, 75, 276, 1960.
- 20 *Segal, R. L., Silver, S., Yohalem, S. B. and Feitelsberg, S.* - Myxoedema following radioactive iodine therapy of hyperthyroidisme. *Am. J. Med.*, 31, 354, 1961.
- 21 *Summers, V. K. and Surtees, S. J.* - Thyrotoxicosis and heart disease. *Acta med. scand.*, 169, 661, 1961.

*Travail du Laboratoire des Radioisotopes, Maternité Gr.-D. Charlotte.
(Reçu le 30 janvier 1963.)*



loterie nationale

L'oeuvre sociale par excellence

loterie

potassium



potassuril[®]

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.

FISTULE LABYRINTHIQUE DUE A UN ANGIOME DU SINUS LATÉRAL

par ERNEST FABER

Le traitement des vertiges est difficile et reste assez souvent symptomatique, car il n'est pas toujours possible d'établir un diagnostic étiologique. Fréquentes sont en effet les causes générales des troubles vestibulaires, et les causes locales sont parfois difficiles à dépister. Sous la dénomination de syndrome de Ménière se cache maintes fois une étiologie mal définie, et le traitement des crises de Ménière est loin d'être facile. Il existe d'autres causes locales pouvant déclencher des crises vertigineuses. Parmi celles-ci figurent les fistules des canaux semicirculaires. Il nous a été possible de soigner une malade atteinte de graves crises de vertige dues à la pression d'une tumeur vasculaire du sinus latéral sur le canal semicirculaire externe et finalement, à la fistulisation de celui-ci. En relisant la littérature relative à ces angiomes, nous avons pu constater la grande rareté de pareils cas. C'est la raison qui nous incite à décrire celui que nous avons traité.

OBSERVATION

Histoire de la maladie: Madame M. M. de Rodange, âgée de 42 ans, nous est adressée d'urgence le 30 octobre 1958 pour crises graves de vertige et otalgie droite. Elle avait été envoyée pour ces mêmes troubles par son médecin traitant au D^r Georges Muller, neurologue à Esch-sur-Alzette, dont voici les conclusions:

«Madame M. M. a été examinée le 21 octobre 1958. Elle donna l'histoire de vertiges vrais depuis 15 jours, qui avaient débuté subitement, mais n'étaient pas accompagnés de nausées ni de vomissements. La malade ne pouvait plus marcher en ligne droite et pouvait déclencher le vertige surtout en se penchant vers la gauche. Elle avait eu un épisode analogue au mois de mai. En outre elle se plaint de douleurs de l'oreille droite.

Antécédents personnels: Opérée de sinusite en 1950. Amygdalectomie. Deux pleurésies. Pas de traumatisme crânien. Pas d'écoulement des oreilles.

Questions directes: Pas de bourdonnements dans la tête. Pas de faiblesse des membres. Quelques paresthésies de la main droite.

Examen neurologique: I: Pas d'anosmie; II: Fond d'oeil normal. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. III, IV et VI: Mouvements oculaires complets dans toutes les directions. V: Réflexes cornéens présents et symétriques. VII: Mouvements symétriques de la face; VIII: Weber latéralisé vers la droite. La malade présente un Romberg et ne peut pas marcher en ligne droite. Pas de perte sensorielle. Les réflexes sont brusques, mais symétriques. T. A. 14/8.

L'électroencéphalogramme du 23. 10. 58 est complètement normal, mais les radiographies du crâne ont montré une cavité dans la mastoïde droite très suspecte d'être un cholestéatome. Il est probable qu'une opération O.R.L. soit nécessaire. »

Examen radiographique: Les radiographies d'après Schuller et Stenvers faites le 27. 10. 58 par le Dr Mathias Demoullin donnent le résultat suivant: la région mastoïdienne gauche est complètement sclérosée. Cavité de la grandeur d'un pois à la base de la mastoïde et vers la région antrale, de contours irréguliers. Conduit auditif interne normal. A droite, on trouve une cavité de la grandeur d'une prune s'étendant sur la mastoïde et jusque vers la région périantrale. Formation de cholestéatome bilatéral? (fig. 1, 2, 3, 4).

Résultat des analyses de sang: G. R. 4.300.000; Hb 13,7 g, 85,62%; Ind. 0,98; Leuco 6,200, dont Eos. 5%, Polyn. 61%, Lymph. 33%; Vitesse de sédimentation 1/2 mm; Urée 0,30 g %; Glucose 109 mg %; Cholestérol tot. 256 mg %.

A l'admission à la clinique le 30. 10. 58, la malade se plaint d'otalgie droite et de vertiges. L'examen O.R.L. clinique donne pour l'oreille droite un tympan légèrement dépoli et rétracté. Pas de perforation, par d'otorrhée. Tympan normal à gauche. Les fosses nasales sont propres, le sinus maxillaire droit s'éclaire mal à la diaphanoscopie (sinusite opérée en 1950). Légère pharyngite. Larynx normal. L'audition n'est que légèrement diminuée à droite. L'épreuve de Weber est latéralisée vers ce même côté. Audition normale à gauche. Nous décidons d'opérer la malade le lendemain en pensant surtout à un cholestéatome malgré le tympan pratiquement normal.

Compte-rendu opératoire de l'oreille droite

Anesthésie locale comme pour l'évidement pétro-mastoïdien. Large incision rétro-auriculaire et mise à nu de la mastoïde. Trépanation de la mastoïde. La coque externe est mince et nous tombons d'emblée sur une tumeur vasculaire non pulsatile. Sinus procident? Nous continuons la trépanation surtout vers la région antrale et constatons que cette tumeur vasculaire se prolonge vers l'antre. Elle approche la paroi postérieure du conduit auditif externe de 3 mm. Elle a une communication assez large avec le sinus latéral. Ouverture du sinus latéral et mise en place de mèches. Le saignement n'est pas très important. Nous continuons la trépanation, mais malgré cela nous n'arrivons pas à enlever l'hémangiome en totalité. Après mise en place de mèches, nous fermons la plaie opératoire et décidons d'adresser la malade au professeur Falck, clinique O.R.L. de l'Université

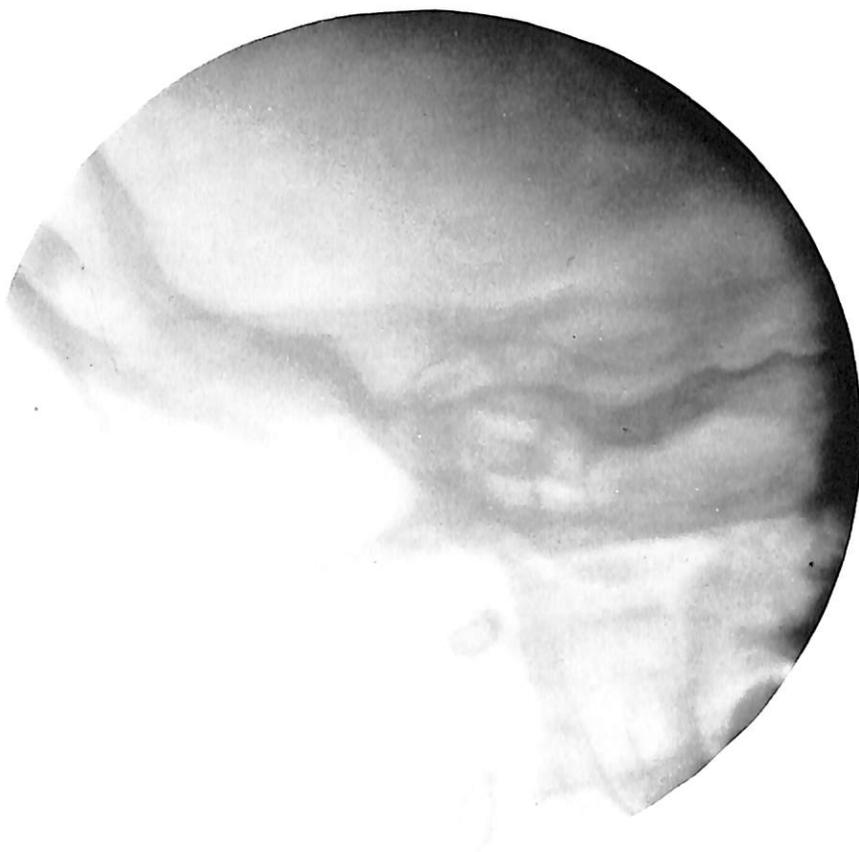


Fig. 1. - Oreille droite,
Incidence de Stenvers

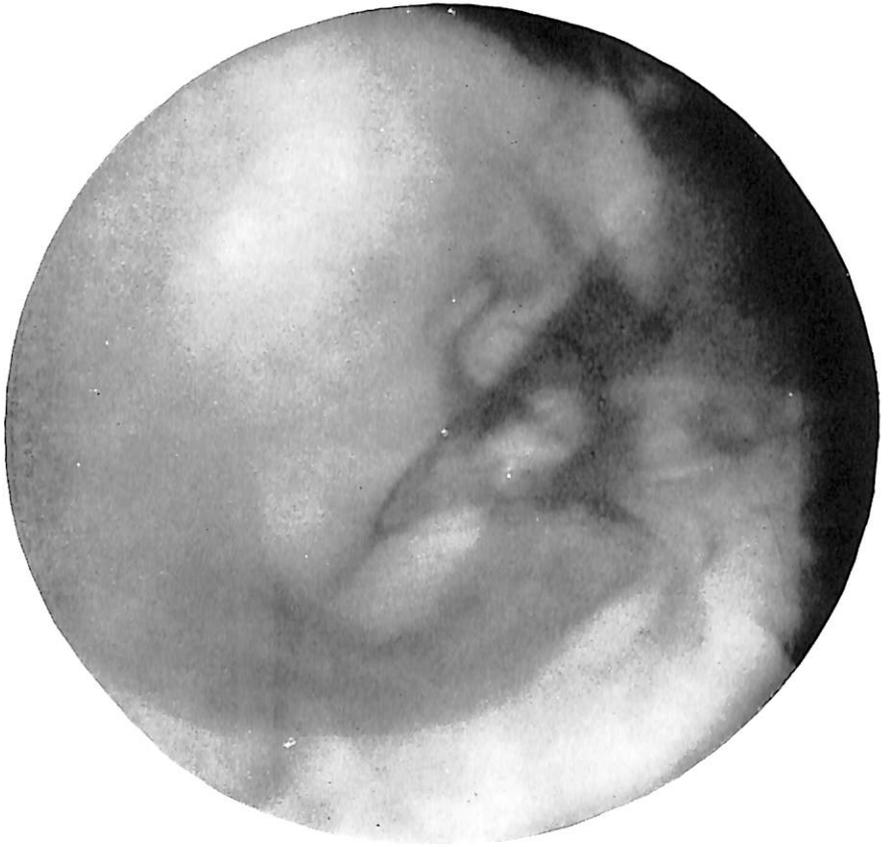


Fig. 2. - Oreille droite,
Incidence de Schuller



Fig. 3. - Oreille gauche,
Incidence de Stenvers



Fig. 4. - Oreille gauche,
Incidence de Schuller

de Homburg-Sarre. Les suites opératoires sont normales. Le vertige a complètement disparu le lendemain.

3. 11. 58: Transfert de la maladie à la clinique de Homburg. La malade y reste en observation pendant 8 jours avant d'être réopérée.

Compte-rendu opératoire du professeur Falck

Trépanation plus large vers le haut et l'avant ainsi qu'en bas jusqu'à la pointe de la mastoïde. Lors du dégagement de l'hémangiome, constatation de l'existence d'une très petite fistule au niveau du canal semicirculaire externe. Fermeture de cette fistule. Nettoyage de la mastoïde et méchage serré par des bandes de gaze iodoformée. Ces mèches sont changées tous les deux jours jusqu'à l'escarrification complète. Les suites post-opératoires sont normales.

Suites postopératoires

Depuis son opération, la malade n'a plus présenté de crises de vertige. Nous avons fait faire plusieurs contrôles radiographiques dont voici les résultats:

6. 12. 60: D'après l'incidence de Schuller, il existe une cavité réniforme bien limitée à gauche, de 2,5 cm de long et de 7 mm de large. A droite il existe également une cavité irrégulière et d'aspect réniforme. Elle a 3 cm de long et 3,6 cm de large. A droite, cette cavité résulte de l'opération et touche les canaux semi-circulaires. A gauche, il s'agit probablement de la même lésion (hémangiome) dont la malade a été opérée à droite. En comparant les clichés avec ceux d'avant l'opération, nous ne constatons pratiquement pas de changement.

3. 12. 62: Pas de changement appréciable de l'aspect radiologique par rapport aux clichés du 6. 12. 60.

M^{me} M. M. que nous revoyons régulièrement tous les trois mois, continue à bien se porter, à part quelques douleurs névralgiques et des otalgies de l'oreille droite qui se manifestent surtout lors de changements météorologiques.

CONCLUSIONS

Nous avons cru intéressant de publier ce cas pour deux raisons:

1. La rareté de l'hémangiome du sinus latéral. C'est à cause d'elle que le diagnostic précis n'a été possible que lors de l'intervention chirurgicale, alors qu'avant celle-ci et sur le vu des clichés radiographiques nous pensions surtout à un cholestéatome.

2. La bilatéralité des lésions. Elle nous a déterminé à procéder à des contrôles radiographiques périodiques. Il en résulte que jusqu'ici l'hémangiome gauche n'a pratiquement pas augmenté de volume et que donc la croissance de ce genre de tumeur paraît extrêmement lente. Il faudra cependant surveiller l'oreille gauche pour éviter un accident analogue toujours possible de ce côté.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Bjork, H.* - Sur la stase veineuse intracrânienne dans la thrombose sinusienne otogène et après ligature de la jugulaire. Un signe diagnostic différentiel.
Acta oto-laryng. (Stockh.), 29, 227, 1941.
- 2 *Chaussé, C.* - La place de l'incidence III dans le radiodiagnostic des otorrhées et dans la radio-otologie.
Rapport au 48^e Congrès annuel de la Société française d'otorhino-laryngologie, Paris 16 - 20 octobre 1950.
- 3 *Debain, J.* - Angiomes de la caisse et tumeurs du paraganglion tympanique.
Anno. Oto-laryng., 67, 700, 1950.
- 4 *Greiner, G. F.* - Les néoformations angiomeuses de l'oreille moyenne.
Bull. Soc. O.R.L. Lyon, 61, 1951.
- 5 *Leroux-Robert, J.* - Les ruptures postopératoires spontanées du sinus latéral.
Ann. Oto-laryng. 195, 1940.
- 6 *Rosenwasser, H.* - Néoplasmes intéressant l'oreille moyenne.
Arch. Otolaryng., 32, 38, 1940.



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 vos prospectus!

SIEMENS - REINIGER - WERKE AG ERLANGEN

Représentant Général:

S.A. Siemens Luxembourg

17, Rue Glesener - Tél. 21181

fatigue

Delassine

Défatigant physiologique

à base d'acide aspartique, d'adénosine triphosphorique (A. T. P.) et d'un complexe vitamino-énergétique

- ne contient ni stimulants
ni "dopants"
- défatigue en désintoxiquant

Prophylaxie et traitement
de toutes les formes de la fatigue

PRÉSENTATIONS :
Tubes de 12 et de 30 gélules

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

RÉFLEXIONS SUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EXTRA-HOSPITALIÈRE

ET RÉALISATIONS AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

par FERNAND HASTERT

« Dans l'ordre du pratique il y a à notre époque une profonde ambivalence qui fait l'armature psychologique de certaines querelles politiques: entre le conservatisme de ceux qui voudraient arrêter ou renverser le cours de l'histoire, prétendant qu'un système qui était bon pour leur jeunesse a fait ses preuves et doit l'être encore et le réformisme de ceux qui exigent que ça change sans pour autant savoir en quel sens. Ce sont les deux faces d'une angoisse humaine fondamentale devant le temps de la vie dont il faut nécessairement faire quelque chose, mais qui débouche, par son mouvement même, sur la mort. Toute enquête portant sur une réforme nécessaire doit prendre conscience de ce vertige pour éviter les deux écueils sur lesquels il risque de briser les efforts de celui qui l'éprouve. »

(M^{me} E. Amado Levy-Valenski, Revue Hygiène mentale, année 1961, N°2.)

ASPECTS THÉORIQUES

La Fédération Mondiale de la Santé mentale lors du 6^e Congrès International de Santé mentale à Paris (30 août au 5 septembre 1961), ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé, ne cessent d'attirer l'attention de tous les pays sur les résultats obtenus partout où la psychiatrie s'est résolument orientée par une thérapeutique active et une organisation de l'hygiène mentale à l'échelon national, vers la réadaptation.

En France, où cette organisation a pris son point de départ dans le centre pilote de Ville - Evrard grâce aux moyens mis à la disposition des psychiatres par la préfecture de la Seine et la Sécurité Sociale, la durée moyenne de séjour des malades

dans les hôpitaux n'est plus que le quart de ce qu'elle était jadis. La proportion des sorties par rapport aux entrées s'est élevée de 49 à 80% et l'étude des anciens malades révèle plus de 70% de guérisons sociales maintenues. Depuis 1957 le nombre global des admissions dans tous les hôpitaux psychiatriques de France a commencé à diminuer, par contre, le nombre des consultations des dispensaires ne fait qu'augmenter.

On note donc un bouleversement radical en psychiatrie. Les normes classiques de l'activité du psychiatre ont été complètement transformées.

D'un côté on note les progrès thérapeutiques, qu'il s'agisse des traitements biologiques de choc ou des traitements chimiques, ou qu'il s'agisse du développement des psychothérapies et de la rénovation des sociothérapies et des méthodes dites «de la porte ouverte»; d'un autre côté on remarque le souci croissant de la société contemporaine à l'égard de la préservation de la santé mentale, aussi bien que de la santé somatique. Aujourd'hui les mesures de prophylaxie mentale posent le problème médico-social psychiatrique sur un plan semblable à celui de la lutte anti-tuberculeuse.

Les problèmes de santé mentale ont pris le pas sur ceux de l'exclusion par l'internement. On se rend compte aujourd'hui qu'il faut un cycle d'assistance plus souple et plus varié. La plupart des mouvements psychiatriques actuels réclament un peu partout de substituer à la phase de «défense sociale», une phase de «défense de l'homme aliéné».

«Il y a un effort de désaliénation comme tâche fondamentale de la psychiatrie.» (H. Ey)

Les promoteurs de ces mouvements sont, en France: Bernard, Bonnafé, Daumezon, Fouquet, Ey, Sivadon, Paumelle, Tosquelles, H. Duchène, etc.; en Hollande: Rumke, Van der Holst, Van den Berg, etc.; en Suisse: Bleuler, Binswanger, etc.; en Angleterre: Bierer, Mac Millan, etc.

Le vieil asile s'ouvre et le psychiatre avec lui. L'hôpital psychiatrique n'est plus qu'un instrument parmi d'autres pour prendre en charge les problèmes psychiatriques d'une collectivité. Mais ceci nécessite l'élaboration d'un système d'assistance, permettant à chaque malade de se rapprocher le plus possible de la vie sociale normale.

Ce changement de perspective suppose qu'on place au premier plan de nos préoccupations «la question du droit du malade à des soins corrects techniquement et humainement valables. — Il n'est possible de parler d'hygiène mentale, si nous conservons un esprit de charité condescendante à l'égard du malade» (D^r Paumelle). Cette nouvelle attitude nécessite une coordination fonctionnelle de toutes les instances hospitalières et extra-hospitalières pour organiser un service unifié

de protection de la santé mentale. En France, où nous avons eu l'occasion d'étudier récemment les réalisations extra-hospitalières psychiatriques, l'organisation de toute l'hygiène mentale repose sur un principe fondamental, proclamé aux Journées psychiatriques de 1945 déjà: «*L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure.*»

Pour systématiser cette tendance on a introduit le terme de «psychiatrie de secteur», c'est-à-dire «coordination de toutes les activités psychiatriques dans une aire géographique déterminée». Ainsi, l'équipe médico-sociale d'un secteur se charge de l'ensemble des problèmes psychiatriques de cette collectivité et considère l'hôpital psychiatrique comme un instrument parmi d'autres pour accomplir sa tâche.

On a donc reconnu que la prévention, la cure et la post-cure sont nettement intriquées et qu'il s'agit d'un problème unique. A la sortie de l'hôpital, le malade peut retrouver les mêmes facteurs nocifs du milieu et son état reste souvent fragile, ceci nécessite donc une surveillance médico-sociale de longue durée. Cette surveillance médico-sociale ne peut être le fait que d'une équipe, comportant: psychiatre, assistante sociale, secrétaire médicale, psychologue, orthophoniste et d'autres collaborateurs spécialisés: éducateurs, sociologues, prêtres, juristes, etc.

Ni le cadre hospitalier soumis à la loi de 1838, ni le colloque singulier ne suffisent pour l'approche du trouble mental. Il faut pouvoir agir sur les activités familiales, professionnelles et sociales, et ceci n'est possible que par un travail d'équipe. C'est en cela que le travail psychiatrique des centres extra-hospitaliers se différencie des activités psychiatriques privées. Les psychiatres de clientèle privée qui exercent dans un colloque singulier, ne peuvent trouver dans l'organisation des centres d'hygiène mentale qu'un complément, nécessité par la multiplicité des tâches qui l'assaillent et qu'ils ne peuvent résoudre seuls. Tous ceux qui ont travaillé en clientèle privée, ont toujours regretté de n'avoir pas la possibilité du recours à une intervention d'équipe polyvalente, nécessaire à résoudre certains problèmes complexes de leurs clients.

Dans le domaine de la psychiatrie, il n'y a donc aucune opposition possible entre les activités psychiatriques privées et la psychiatrie du secteur public. Dans ce dernier cas il s'agit d'une psychiatrie d'extension, qui entraîne le psychiatre d'asile hors de l'hôpital pour répondre dans la société à des besoins prophylactiques ne pouvant pas être résolus par un psychiatre isolé, qui déplore généralement l'insuffisance de ses moyens d'action dans le cadre social. Le psychiatre avec son équipe psycho-sociale ne se pose donc pas en concurrent des médecins de cabinet, mais exerce une activité complémentaire tout en cherchant une coordination fonctionnelle de toutes les activités

concernant la santé mentale, c'est-à-dire des services extra-hospitaliers, des services hospitaliers, des médecins de clientèle privée.

«Il faut une distribution du temps spécialisé disponible en fonction des besoins réels.»
(D^r Duchêne)

Le travail médical dans les centres d'hygiène mentale a donc pris un caractère nouveau: ce travail rompt avec la forme d'exercice en clientèle privée, mais ne s'y oppose pas. Le fait de ne pas respecter le paiement direct a souvent été l'objet de vives critiques, adressées aux médecins exerçant dans les dispensaires. Nous tenons à citer à ce sujet les paroles du D^r Jean Reignier, dans son rapport introductif du 1^{er} congrès national des médecins de dispensaires et centres de santé de France. (Signalons en passant le fait important que ce congrès a eu lieu sous l'égide et à l'intérieur de la Confédération des Syndicats médicaux de France en 1961):

«Disons-le nettement, nous nous refusons à accepter ces critiques. Nous nous refusons à mettre sur un pied d'égalité, les principes moraux que nous faisons nôtres - tels le secret professionnel, le devoir du médecin de soigner avec science, conscience et humanité - et les questions d'argent - tels que les rapports financiers avec les malades.

L'entente directe et le paiement direct ne sont ni des critères de qualité de l'acte médical ou de celui qui le pratique, ni le moyen de garantir à l'acte médical sa valeur technique et humaine.

Nous ne craignons pas d'apparaître comme les défenseurs d'une médecine décommercialisée, tournant résolument le dos à la médecine charitable.

Nous estimons n'avoir pas dégradé notre profession en exerçant ainsi, bien au contraire.

Nous pensons même que cette nouvelle éthique médicale doit surclasser la morale philanthropique traditionnelle.

Nous nous retrouvons d'ailleurs en excellente compagnie en abordant cette question.

Nous nous bornerons à citer cet extrait d'un article du professeur Marc Nedelec:

«Il faut bien voir que la médecine doit devenir, en ce qui touche à son exercice, autre chose que la fourniture d'une «marchandise» à des prix arbitraires et imposés, qui n'ont pas grand-chose à voir avec les réalités de l'échange, autre chose que l'exploitation individuelle d'une clientèle, dans des conditions qui se resserrent tous les jours. Il ne peut plus être question de se procurer sur «le marché des soins», une position privilégiée.»

En définitive, l'exercice en groupe et en équipe est probablement apte à revaloriser la profession. (Concours Médical 1-VI-1957.)

Le fait de rompre avec le principe de l'entente directe ne signifie pas qu'aucun problème ne se pose en ce qui concerne la rémunération du médecin du centre.» (Il ne s'agit donc pas d'une médecine gratuite.)

De tout ceci il résulte que la médecine de dispensaire n'est pas une forme dégradée de médecine de concurrence, mais par son travail en équipe elle élève le niveau de l'activité profes-

sionnelle et accroît son efficacité. Il ne s'agit pas non plus d'une médecine impersonnelle à la chaîne, vu que le médecin ne se dilue pas dans l'organisation de l'équipe, au contraire il y doit garder son individualité, sa responsabilité, ses malades.

Nous avons démontré plus haut par l'évolution de l'assistance psychiatrique moderne, la nécessité d'une organisation psychiatrique extra-hospitalière et nous avons voulu montrer par ces dernières considérations générales, la situation de ces nouvelles structures vis-à-vis de la médecine libre et sa spécificité et sa plus grande efficacité possible par le travail en équipe polyvalente nécessaire surtout pour résoudre la multiplicité des tâches d'hygiène mentale, qui dépassent largement celles de la lutte anti-tuberculeuse: c'est-à-dire d'une façon générale l'ensemble des mesures destinées à assurer une bonne santé mentale; c'est-à-dire prévenir les troubles mentaux et adapter l'homme au milieu dans lequel il est appelé à évoluer. Une telle action s'exerce sur l'individu et aussi sur la collectivité sociale. (Exemple: problème économique de l'alcoolisme.)

Une première étape urgente consiste d'abord à traiter précocement et avec le plus d'efficacité ceux qui sont malades. Cette action englobe leur resocialisation rapide, leur protection et leur surveillance après leur sortie (post-cure).

Dans une 2^e étape il s'agit de protéger ceux qui sont menacés: protection de l'enfance, de la famille etc.

Dans une 3^e étape il s'agit de faire de la prophylaxie positive en général, par la lutte contre l'alcoolisme, par l'assistance à l'enfance handicapée mentalement, par l'hygiène du travail, par l'organisation des loisirs etc. (Action de rééducation et de prévention directe.)

ASPECTS PRATIQUES

Ces données générales sont à la base de l'organisation de l'hygiène mentale, et ceci contraste un peu avec son caractère *pragmatique* qui veut rester aussi près que possible des réalités. Les difficultés tiennent surtout dans les préjugés traditionnels à l'égard du trouble mental, contre lesquels la lutte est la plus dure. Mais la gravité du problème n'est plus à démontrer et les besoins psychiatriques sont considérables. Si nous nous plaçons sur le plan de l'hygiène mentale, nous n'avons pas directement besoin de passer en revue l'aspect biologique du problème, qui par son évidence même, se trouve généralement le moins négligé; mais ce qui nécessite le dépassement de cet aspect médical pur, ce sont les aspects psychologiques et sociaux de la maladie mentale, comme nous l'avons déjà souligné dans notre introduction. Quant à l'organisation des soins sous ce point de vue, il faut qu'on se rappelle le principe essentiel de toute psychiatrie:

«L'originalité de la maladie mentale est le fait qu'elle atteint l'homme dans ses possibilités de *vie relationnelle*.» (D^r Ph. Koechlin)

Si nous regardons maintenant sous cet angle les réalisations pratiques, nous avons *d'un côté l'équipement hospitalier*, qui se résume chez nous dans l'unique Hôpital Psychiatrique, la Maison de Santé d'Ettelbruck, et nous n'avons pas besoin d'insister sur son surencombrement et son état de vétusté connus de tout le monde. Vu que dans ce travail nous voulons parler surtout de l'organisation psychiatrique extra-hospitalière, nous ne citerons l'organisation des services hospitaliers que pour autant qu'elle s'intègre comme instrument de soins entre bien d'autres dans la thérapeutique des maladies mentales. Afin que cette organisation soit la plus efficace et qu'elle puisse trouver son prolongement dans les services extra-hospitaliers, il faut qu'on puisse trouver réalisés quelques principes fondamentaux. Le malade doit pouvoir retrouver dans le cadre architectural une disposition, qui ne le dépayse pas trop. Il faut qu'il se sente chez lui. Il faut qu'on puisse disposer de très petites *unités de soins* et le malade devrait pouvoir participer directement à toutes les activités proprement sociales, pour pouvoir le nouveau apprendre le réel — assumer des responsabilités et profiter de tous les échanges humains. Ce n'est que sous ce point de vue qu'on peut parler d'un cadre psychothérapique. Les possibilités d'action psychothérapique ne doivent pas être bloquées par une sélection dans le groupe des malades. Tout ceci ne devient possible que si le personnel infirmier reste le même dans les différentes unités et s'il est suffisamment formé et nombreux pour assumer ses fonctions thérapeutiques, c'est-à-dire capable d'instaurer des échanges affectifs utilisables.

D'un autre côté nous trouvons dans l'organisation de la santé mentale le *dispositif extra-hospitalier*, mais malheureusement, ici nous ne trouvons chez nous en dehors du Dispensaire d'Hygiène Mentale de Luxembourg, en fonction depuis 1960, pratiquement aucune réalisation valable pour des traitements ambulatoires et la réadaptation des malades mentaux.

Le D^r Koechlin a résumé le rôle de ces formations à réaliser, de la façon suivante:

«Elles doivent permettre d'assurer dans la mesure du possible, la prévention des troubles mentaux, notamment de préparer le sujet à accepter si cela est nécessaire, une hospitalisation (dispensaires);

de constituer une transition souvent nécessaire entre l'hôpital et la vie normale;

de donner les soins psychiatriques nécessaires à tout malade non hospitalisé (hôpitaux de jour);

de lui offrir des conditions de vie appropriées à ses difficultés sociales et ses possibilités d'adaptation personnelles et familiales (foyers de post-cure, professionnelles (ateliers protégés).»

Nous avons pu, grâce à une bourse de l'O.M.S., étudier cette organisation psychiatrique extra-hospitalière en France. Nous y avons trouvé «*la doctrine de la sectorisation*», rendue officielle par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960. On y a bien reconnu que la prévention, la prophylaxie, la cure et la post-cure ne sont qu'un même problème et doivent être à charge du psychiatre traitant, qui déjà à l'hôpital favorise les contacts du malade avec l'extérieur, qui continue à le suivre lorsqu'il a repris sa vie normale. Au malade restant fragile, cette méthode permet sa réadaptation sociale et peut prévenir éventuellement sa rechute.

Ceci ne peut être réalisé pleinement que si le psychiatre, en dehors de son service hospitalier, prend en charge avec son équipe psychiatrique (assistante sociale, psychologue, personnel infirmier) la responsabilité de la santé mentale d'une population répartie sur une zone géographique limitée. Cette équipe peut garder des liens étroits avec les notabilités, les médecins traitants, les services sociaux du secteur et résoudre les problèmes par la coordination de l'action. Les personnes qui traitent le malade doivent rester les mêmes, le malade aura le plus de confiance vis-à-vis du psychiatre qui l'aura traité lors de l'épisode difficile de son hospitalisation (lien affectif).

La population maximum d'un tel secteur ne dépasse pas 60 à 70.000 habitants (normes de l'O.M.S.).

Il s'agit ici d'une situation idéale à réaliser progressivement:

«Le centre de gravité de l'assistance psychiatrique se déplacera inévitablement de l'hôpital psychiatrique au secteur, dont le centre de santé mentale dirigera les activités.»
(D^r H. Duchêne)

On voit un peu partout en France les hôpitaux psychiatriques élarger leur champ d'activité et se prolonger dans la collectivité par des services extra-hospitaliers et dans de nombreux arrondissements parisiens et de nombreux départements, une équipe médico-sociale se charge de l'ensemble des problèmes psychiatriques d'une collectivité et considère l'hôpital psychiatrique comme un instrument parmi d'autres pour accomplir cette tâche.

Ces services ont localisés comme suit:

Arrondissements: I., II., III., IV., IX., X., XIII., XVIII.

Départements: Ardennes, Doubs, Haute-Savoie, Savoie, Var, etc. . .

Ainsi se trouvera réalisé finalement ce que le D^r Escoffier-Lambiotte écrit dans «Le Monde» du 4 avril 1959:

«A l'asile de jadis se refermant à jamais sur l'aliéné pour qu'il ne puisse nuire à la société se substituera demain, s'est déjà substitué en certains lieux favorisés, l'hôpital de passage où le malade ne sera plus envoyé que si toutes les étapes de sa réintégration dans la vie et dans la société ont été prévues à l'avance.»

Une telle formule n'est pas seulement celle qui donne aux malades les meilleures garanties d'efficacité dans le traitement, mais elle permet comme nous dit le D^r Duchêne, d'éviter un des inconvénients majeurs de l'organisation actuelle:

«Le rejet en cascades des malades au fur et à mesure que leur état se prolonge dans des services de «chroniques», qui deviennent le réceptacle d'un culot de malades pour lesquels l'encombrement autant que la gravité des cas empêchent toute tentative raisonnable de réadaptation.»

Ces idées méritent d'être méditées, si on pense seulement que chez nous la durée moyenne de séjour de nos malades dépasse encore largement 3 ans (Rapport du D^r Sunier) et que par conséquent le nombre de nos chroniques est assez élevé.

Notre mode d'assistance psychiatrique n'est donc nullement adapté aux exigences et aux possibilités de la psychiatrie moderne.

Pour créer une structuration fonctionnelle de l'assistance psychiatrique sur le plan national, on devrait réaliser des études épidémiologiques sérieuses (répartition et fréquence des troubles mentaux, longévité etc.) et des études à long terme sur la post-cure, pour jauger l'efficacité des traitements. Ainsi pourrait prendre corps une organisation d'assistance adaptée aux modalités de notre pays, tout en tenant compte des réalisations étrangères (France, Hollande, Angleterre, Allemagne etc.).

RÉALISATIONS ACTUELLES

Le *Dispensaire d'Hygiène Mentale* est pour le moment le seul dispositif extra-hospitalier qui fonctionne régulièrement chez nous depuis 1960, et ceci sous les auspices du Ministère de la Santé Publique et de la Ligue d'Hygiène Mentale. Il nous a déjà rendu des services considérables.

Son utilité et sa nécessité ont été prouvées par la grande affluence des malades.

Dresser le bilan de ces consultations d'hygiène mentale, revient à effectuer également l'inventaire de ses besoins. Ainsi cette étude analytique nous permettra d'envisager dans quelle direction l'orientation future doit se faire pour réaliser un véritable *centre* d'hygiène mentale:

En 1960: sur un nombre de consultations de 41, nous avons eu 403 consultations individuelles, c'est-à-dire une moyenne de 10 consultants par séance, dont 5 nouveaux cas à chaque séance.

En 1961: sur un nombre de consultations de 41, le nombre des consultations individuelles était de 565 (189 hommes, 329 femmes et 47 enfants), dont 249 pour des anciens malades de la Maison de Santé. Nous notons donc pour l'année 1961, une moyenne de 13 consultants par séance.

En 1962: sur un nombre de consultations de 44, le nombre des consultations individuelles était de 707, dont 271 hommes, 353 femmes, 83 enfants. Dans 345 cas il s'agissait d'anciens malades libérés de la Maison de Santé au cours de l'année 1961 (post-cure). Pour l'année 1962, la moyenne des consultants par séance était donc de 17.

L'activité du Dispensaire paraît donc très intense et en nette progression vis-à-vis des 2 années précédentes.

Donnons quelques exemples de l'activité du Dispensaire.

Pour la réinsertion professionnelle nous trouvons les plus grandes difficultés. Il faudrait prendre contact avec des entreprises pour lutter contre les préjugés de la maladie mentale dans l'embauchage.

Dans un cas, notre assistante sociale a pu agir favorablement auprès de patrons pour empêcher le renvoi d'un éthylique traité chez nous et accusé à tort de vol et pour lequel le préjugé de ses antécédents alcooliques aurait été sûrement désastreux, malgré sa bonne foi.

Dans de nombreux cas nous avons donné des indications au Service des travailleurs handicapés quant à la capacité résiduelle de nos malades et pu favoriser par cette voie leur réinsertion. Cette collaboration peut nous rendre de grands services.

345 consultations étaient consacrées à la réadaptation progressive de malades mentaux, après traitement hospitalier.

Sur 80 malades suivis, 8 seulement ont dû être réhospitalisés pour une courte durée et le plus souvent avec leur consentement, en service libre, où ils ont retrouvé la même équipe thérapeutique qu'au Dispensaire. Ainsi on peut maintenir l'unité et la continuité de l'action thérapeutique multidimensionnelle.

25 alcooliques traités sont suivis régulièrement au Dispensaire en 1962, où ils viennent le plus souvent avec leurs épouses, et la discussion de leurs difficultés, dans une atmosphère confiante et compréhensive, leur donne le courage de lutter avec succès contre leur penchant.

Quant aux enfants, dans la plupart des cas il s'agit de difficultés scolaires, dont l'examen nécessite un bilan complet psychiatrique et psychologique, impossible à réaliser par un médecin isolé, surtout que l'orientation consécutive demande des contacts fréquents avec les parents et les éducateurs.

L'équipe médico-sociale qui dirigeait ces consultations a toujours tâché de fixer son rôle à la prévention, à l'orientation, à la surveillance après l'hospitalisation, à la résolution des problèmes sociaux et familiaux des consultants. Ainsi, on a pu même amorcer des contacts psychothérapeutiques avant certaines hospitalisations et on a pu continuer après, l'action psychologique entreprise.

Nous avons toujours cherché à maintenir une liaison avec le médecin traitant, mais pour exercer une action prophylactique plus efficace et véritable, on devrait pouvoir compter sur une collaboration plus étroite des praticiens, qui devraient se rendre compte que nous voulons travailler dans un esprit de coopération et non de compétition.

Notre équipe médico-sociale a pu être élargie au courant de l'année 1962, par l'adjonction d'un psychologue, ce qui nous permettra un rendement plus efficace, surtout en ce qui concerne l'hygiène mentale des enfants. Notre service a pu trouver également au cours de l'année 1962, des locaux plus convenables, ce qui nous permet une disponibilité plus large à l'appel des consultants, mais malheureusement, le défaut de personnel nous oblige à une action épisodique (une séance par semaine), alors que les besoins actuels nécessiteraient un service permanent. Nous déplorons donc toujours l'insuffisance des moyens – financiers et humains – mis à notre disposition pour mener avec succès notre action (prise en charge des frais résultants des liaisons multiples à établir, nécessité d'établir un système de classification des observations, installation d'un secrétariat), qui ne doit pas être limitée par un travail de bureau de plus en plus encombrant.

Une autre difficulté dans le fonctionnement du Dispensaire résulte des dépitages dans des conditions qui ne permettent pas d'assurer une suite satisfaisante aux malades qui viennent à nous. Une étroite collaboration serait ici nécessaire avec les autres oeuvres sociales, avec les assistantes sociales du pays, les pédagogues, les centres d'orientation professionnelle, les juges des enfants etc. On déplore également l'absence d'établissements médico-pédagogiques (centres d'observation, externats médico-pédagogiques) et de moyens d'assistance en ce qui concerne les enfants handicapés mentaux.

Heureusement nous avons pu constater que les milieux compétents ont conscience de l'urgence de ces problèmes et dans un avenir prochain on pourra certainement trouver des solutions intéressantes.

Au *Luxembourg*, le Budget de 1963 prévoit une somme de 75.000 frs pour l'hygiène mentale.

En *France*, par un décret du 20 mai 1955 l'État a pris en charge la plus grande part des dépenses d'hygiène mentale.

En *Hollande*, d'après le rapport officiel du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique, les subsides pour les Services d'hygiène mentale (Organisations extra-hospitalières) étaient en 1958 de 7,3 millions de Florins, dont 1,2 millions par l'État; 3,1 millions par les municipalités; 1,3 millions par les gouvernements des Provinces; 1,6 millions par les familles et 0,1 million par les industries.

Si on calcule ces sommes pour une population de 300.000 habitants de notre Grand-Duché, le subside dépensé pour la prévention (Hygiène Mentale) serait de 24 millions de francs belges environ par an.

Signalons, en outre, qu'au courant de l'année 1962 a été créé un comité national anti- alcoolique.

Il faut ici attirer l'attention sur un danger de prolifération d'organismes envahissant le domaine de la santé mentale sans collaboration psychiatrique et sans paraître même en soupçonner l'utilité, «qui ignorent, tantôt de bonne foi, tantôt par revendication agressive, qu'ils exercent des fonctions où ils rencontrent des problèmes de santé mentale sans être toujours à même de reconnaître où commence le pathologique et où il conviendrait de faire appel au psychiatre». (D^r H. Duchêne)

Il faut donc qu'on tienne compte de toutes ces conditions et exigences pour que le dispensaire d'hygiène mentale puisse vraiment jouer son rôle le plus efficace dans la prophylaxie des maladies mentales, nécessitée par la structure sociale actuelle.

Si nous analysons maintenant davantage les activités du Dispensaire d'Hygiène Mentale, nous trouvons en somme 4 catégories de consultations:

- 1) Consultations de dépistage précoce, suivies d'une orientation thérapeutique et éventuellement professionnelle;
- 2) Surveillance des post-cures (réadaptation progressive des malades mentaux stabilisés);
- 3) Consultations anti-alcooliques;
- 4) Consultations médico-psycho-pédagogiques ou consultations des enfants.

Partout à l'étranger on conseille de ne guère trop spécialiser les consultations, sous peine de voir des cloisons étanches s'élever peu à peu entre ces différentes catégories.

Le Dispensaire ou *Centre de Santé mentale* doit rester le lieu géométrique de tous les problèmes de protection de santé mentale, où on trouve une *équipe* qualifiée, capable de les aborder et de les résoudre.

PROJETS D'AVENIR

Naturellement pour assurer l'assistance extra-hospitalière la plus complète aux malades, il serait nécessaire que l'équipe psychiatrique dispose d'un véritable organisme d'observation et de réadaptation, c'est-à-dire d'un hôpital de jour.

Mais ici nous touchons des *projets* encore irréalisables chez nous dans un proche avenir:

- 1) *L'hôpital de jour* (Day hospital des Anglo-Saxons) est un hôpital où le malade vient le matin et retourne le soir dans sa

famille. Des Services pareils ont été réalisés aux U.S.A. (Service de Menninger), au Canada, en Angleterre et à Paris dans le cadre de l'Élan.

2) *L'hôpital de nuit* ou Foyer de post-cure: Beaucoup de nos malades trouvent leur réadaptation entravée par l'absence de foyers susceptibles de les accueillir. Cette carence empêche souvent leur sortie de l'hôpital psychiatrique et favorise le danger de l'évolution de leur état mental vers la chronicité.

3) *Les ateliers protégés* (Réadaptation au travail par l'ergothérapie): L'utilité de ces ateliers n'est plus à démontrer. La réinsertion des malades mentaux dans la société doit souvent passer par la réadaptation au travail et le reclassement professionnel.

En Hollande, existe un certain nombre de ces ateliers et en France il y en a quelques uns à Paris.

Ces ateliers conviennent en dehors de la réadaptation des malades mentaux, également à des débiles mentaux et des psychopathes pour lesquels le repos durant la phase de convalescence est contre-indiqué.

4) *Les organismes extra-hospitaliers pour enfants et adolescents*: Ici nous ne faisons que citer des centres d'observation et des externats médico-pédagogiques, dont le défaut se fait sentir de plus en plus chez nous.

Ceci nous permettrait de pouvoir prendre l'enfant handicapé complètement en charge dans son milieu, tout en exerçant une action psychothérapique sur ses parents autant que sur lui-même. On ne serait plus obligé de les envoyer à l'étranger.

5) Pour être complet, il faudrait encore insister sur la nécessité de l'extension des centres de surveillance médico-sociale pour les *vieillards* et les déments séniles.

Tous ces projets de réalisation ont été réclamés d'ailleurs également par le D^r Sunier, expert de l'O.M.S., dans son rapport sur la réorganisation de l'assistance psychiatrique à Luxembourg.

CONCLUSIONS

De cet exposé forcément très schématique, nous croyons quand-même que la nécessité d'une réorganisation de l'assistance psychiatrique dans notre pays ressort suffisamment. Les principes de base sont clairs, il s'agit seulement de trouver les personnes et les moyens pour les réaliser. Mais aucun effort dans ce sens ne sera inutile; plus l'équipement qu'on mettra en oeuvre contre la maladie mentale sera riche, plus les résultats arriveront à prouver qu'on a affaire à une affection de plus en plus curable. C'est ainsi que les centres de santé mentale pourraient exercer également leur action sur l'opinion publique et

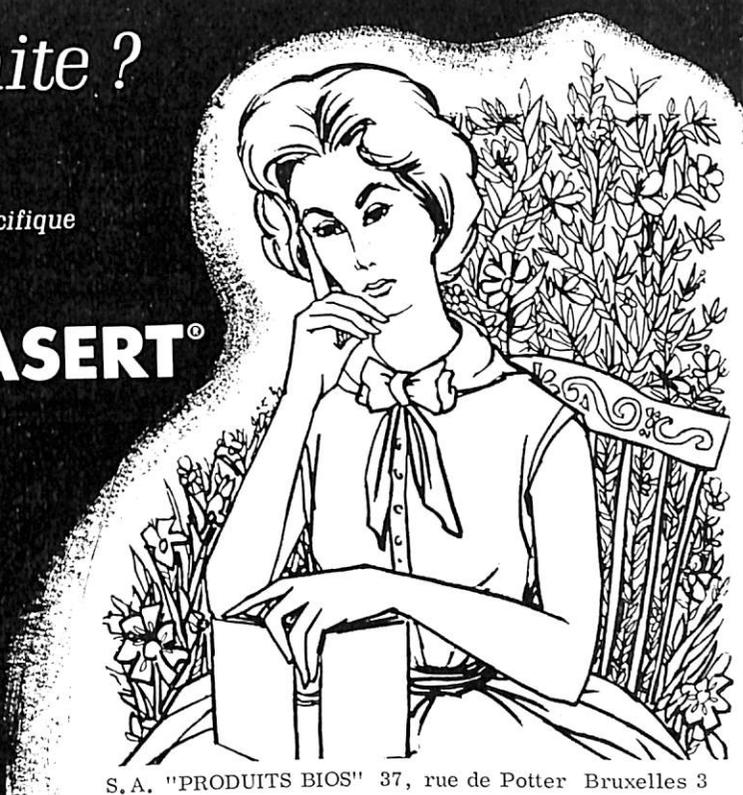
lutter avec plus de facilité contre les anciens préjugés néfastes, et nous pourrions dire, avec le D^r H. Duchêne, que dans ce cadre le psychiatre public et ses collaborateurs établissent avec l'extérieur des contacts dont ils ont besoin, et que dans ce cadre élargi de leur action leur présence désaliénée devient désaliénante.

vaginite ?

à trichomonas
à monilia
à flore non spécifique

tablettes vaginales

CENASERT[®]



S. A. "PRODUITS BIOS" 37, rue de Potter Bruxelles 3

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

ZETAGALL

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

Pour le traitement
des troubles fonctionnels ou organiques
du foie et des voies biliaires

CHOLIPIN®

cholépoïétique
cholérétique



Le Cholipin stimule
l'élaboration de la bile, lève les
spasmes des voies biliaires
et augmente le flux biliaire

Composition:

1 dragée de Cholipin contient:
1-phényl-1-hydroxy-n-pentane 100 mg
Bromure de l'ester- β -(diméthyl-n-
octyl-ammonium)-éthyl-benzilique 10 mg

Présentation:

Boîte de 20 dragées
Flacon de 50 dragées
Flacon clinique de 250 dragées



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Concessionnaires: Etablissements E. Baudrihaye · Verviers

- * **ALGIES CANCÉREUSES.**
- * **ALGIES POST-ZOSTÉRIENNES**
- * **NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU**
- * **ALGIES DES AMPUTÉS**
- * **ALGIES TABÉTIQUES**

DOCUMENTATION DÉTAILLÉE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

SOCIÉTÉ PARISIENNE  D'EXPANSION CHIMIQUE
 RHÔNE POULENC

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

AMPOULES DE 1 ml dosées à 25 mg
 pour injections intramusculaires ou perfusions intraveineuses
 (Boîtes de 10)*

COMPRIMÉS dosés à 25 mg
 (Flacon de 20)*

COMPRIMÉS dosés à 100 mg
 (Flacon de 20) (Flacon de 100)*

GOUTTES à 4 %
 (Flacon de 10 et 30 ml) (Flacon de 125 ml)*

* Remboursé par le F. N. A. M. I. (Cat. A.)

Algies rebelles

N O Z I N A N

(LÉVOMÉPROMAZINE - 7044 R. P.)

Méthoxy - 3 (diméthylamino - 3 méthyl - 2 propyl) - 10 phénothiazine lévogyre



ATROMID

Un abord entièrement
nouveau au problème des
MALADIES VASCULAIRES

DANS LA GRANDE MAJORITÉ DES CAS, 'ATROMID' RÉGULARISE NON SEULEMENT LES ANORMALITÉS DES LIPIDES DU SÉRUM, MAIS DIMINUE ÉGALEMENT L'URICÉMIE, ET LA VISCOSITÉ DES PLAQUETTES SANGUINES.

ATROMID

UN NOUVEAU PRODUIT DE LA RECHERCHE I.C.I.

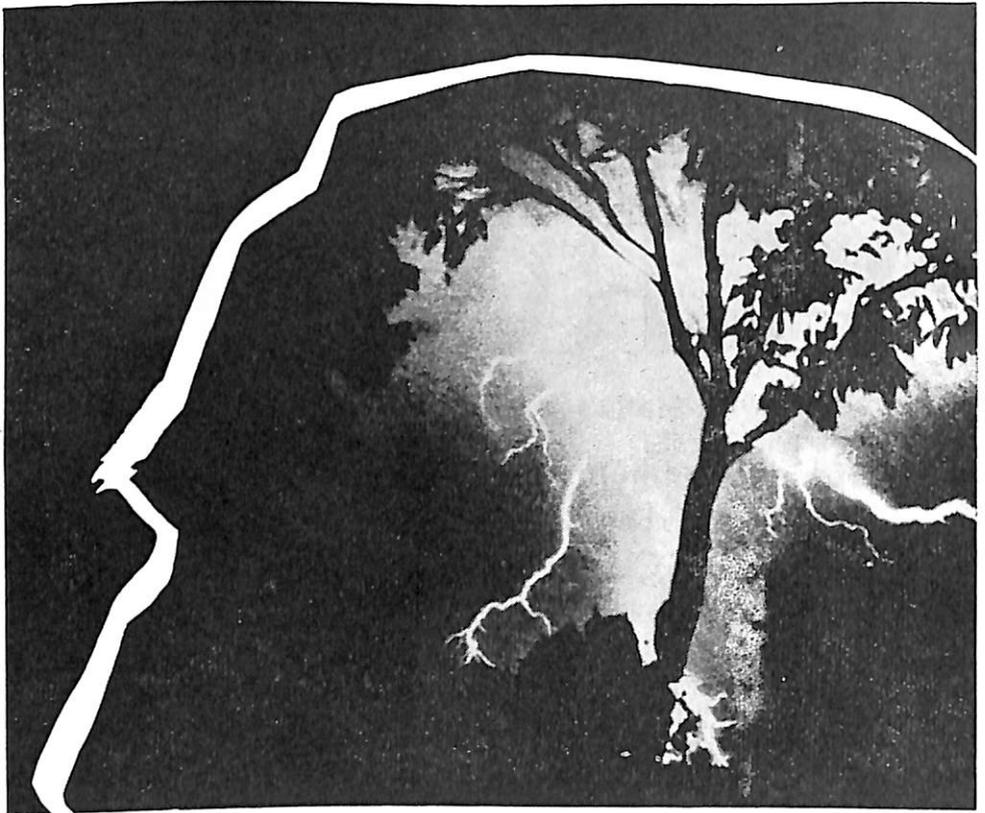
Présenté en capsules de 250 mg.



- EXCRÉTION RAPIDE.
- TOXICITÉ TRÈS RÉDUITE.
- INFLUENCE FAVORABLEMENT LES ANORMALITÉS DU SANG INHÉRENTES AUX MALADIES DES CORONAIRES.

BELGIOUE ET GRAND-DUCHE:
PHARMA-UNION S.A.
DESTELBERGEN

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED PHARMACEUTICALS DIVISION Wilmslow Cheshire England



Un produit  donnant des résultats
excellents dans toute forme d'

E P I L E P S I E

'MYSOLINE'

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED - ENGLAND

Concess.



PHARMA-UNION
DESTELBERGEN

(Belgique)

QUELQUES COMMENTAIRES SUR LES SPASMES EN FLEXION ET L'HYPERSARYTHME A PROPOS DE L'ARTICLE DU DR. GEORGES MULLER

par HENRI METZ

J'ai lu avec grand intérêt l'article clair et concis de mon ami le D^r Georges Muller sur l'hypsarythmie dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales d'octobre 1962. Je lui sais gré de m'avoir inspiré à revoir les cas qui sont passés par l'hôpital des Enfants Malades de l'Université de Londres entre 1957 et août 1962. Ils feront l'objet d'une monographie plus détaillée et ont déjà été le sujet d'une communication préliminaire par mon collègue Eddie Tempany qui a gracieusement mis à ma disposition quelques résultats provisoires.

Il s'agit de 163 cas de spasmes en flexion, que l'on peut diviser en deux groupes. Un premier groupe de 88 cas où la maladie est survenue brutalement sans être précédée ou accompagnée de signes neurologiques précis.

Un deuxième groupe de 75 cas où elle se superpose à une encéphalopathie préexistante, soit familiale, congénitale, métabolique ou obstétricale. Dans ce dernier groupe les anomalies associées les plus fréquentes étaient l'anoxie à la naissance (22 cas) et la microcéphalie (20 cas).

Par ordre de fréquence se suivent:

- hydrocéphalie	4 cas
- phénylketonurie	4 cas
- mongolisme	3 cas
- maladie de Bourneville (épiloia)	3 cas
- cyste porencéphalique	3 cas
- encéphalopathie congénitale («cerebral palsy»)	3 cas
- agénésie	2 cas
- cardiopathie congénitale	2 cas
- maladie de Tay-Sachs	2 cas
- divers	7 cas

Dans le premier groupe un traitement systématique et complet par ACTH-retard fut possible dans 46 cas dont 41 ont pu être examinés après le traitement. Les spasmes furent arrêtés dans 18 cas.

Il fut intéressant de comparer ces enfants avec 36 cas analogues où un traitement antiépileptique fut administré. Dix de ces enfants cessèrent d'avoir des attaques. La prednisone fut associée aux antiépileptiques dans 6 cas sans provoquer d'amélioration, mais il fut noté qu'elle était particulièrement apte à rendre les enfants irritables.

Il faut relever que seulement 5 enfants ne subirent pas de retard mental après leur maladie. L'arriération mentale semble s'avérer d'autant plus grave que le traitement est commencé tard.

Dans le deuxième groupe avec anomalies neurologiques associées seulement 21 furent traités par l'ACTH-retard. Les attaques furent contrôlées chez 7 microcéphaliques sur 9 traités, chez 1 mongol sur 2 traités, chez 1 hydrocéphalique.

Des 7 anoxiques traités, aucun ne répondit.

Comme ces données sont loin d'être complètes pour le moment aucune conclusion ou interprétation statistique ne nous est permise, si ce n'est le mauvais pronostic concernant la récupération des fonctions intellectuelles. Il ne faut pas oublier non plus que l'histoire naturelle des spasmes en flexion montre une évolution vers l'arrêt spontané ou alternativement vers une épilepsie non spécifique.

Finalement faisons l'exposé rapide de quelques points d'intérêt.

En dépit de nombreuses publications, cette maladie tragique, qui frappe le jeune enfant généralement entre 3 et 24 mois, mais est, dans notre expérience, reconnue trop tard, ce qui aggrave considérablement le pronostic.

Nous étions aussi déçus de voir qu'aucun des mémoires originaux ne fait mention de l'histoire exacte et complète des «spasmes infantiles». Il s'agit notamment d'une lettre pathétique écrite en 1841 à l'éditeur du Lancet par W. J. West, médecin à l'hôpital même d'où sort cette publication. Nous l'avons retrouvée dans les archives de la bibliothèque de la Royal Society et nous n'hésitons pas à la reproduire ici intégralement dans son texte original:

ON A PECUIJAR FORM OF INFANTILE CONVULSIONS.

To the Editor of The Lancet.

SIR: - I beg, through your valuable and extensively circulating Journal, to call the attention of the medical profession to a very rare and singular species of convulsion peculiar to young children.

As the only case I have witnessed is in my own child, I shall be very grateful to any member of the profession who can give me any information on the subject, either privately or through your excellent Publication.

The child is now near a year old; was a remarkably fine, healthy child when born, and continued to thrive till he was four months old. It was at this time that I first observed slight bobbings of the head forward, which I then regarded as a trick, but were, in fact, the first indications of disease; for these bobbings increased in frequency, and at length became so frequent and powerful, as to cause a complete heaving of the head forward towards his knees, and then immediately relaxing into the upright position, something similar to the attacks of *emprostotonos*: these bowings and relaxings would be repeated alternately at intervals of a few seconds, and repeated from ten to twenty or more times at each attack, which attack would not continue more than two or three minutes; he sometimes has two, three, or more attacks in the day; they come on whether sitting or lying; just before they come he is all alive and in motion, making a strange noise, and then all of a sudden down goes his head and upwards his knees; he then appears frightened and screams out: at one time he lost flesh, looked pale and exhausted, but latterly he has regained his good looks, and, independent of this affection, is a fine grown child, but he neither possesses the intellectual vivacity or the power of moving his limbs, of a child of his age; he never cries at the time of the attacks, or smiles or takes any notice, but looks placid and pitiful, yet his hearing and vision are good: he has no power of holding himself upright or using his limbs, and his head falls without support.

Although I have had an extensive practice among women and children and a large circle of medical friends, I have never heard or witnessed a similar complaint before. The view I took of it was that, most probably, it depended on some irritation of the nervous system from teething; and, as the child was strong and vigorous, I commenced an active treatment of leeches and cold applications to the head, repeated calomel purgatives, and the usual antiphlogistic treatment; the gums were lanced, and the child frequently put into warm baths. Notwithstanding a steady perseverance in this plan for three or four weeks, he got worse, the attacks being more numerous, to the amount of fifty or sixty in the course of a day. I then had recourse to sedatives, syrup of poppies, conium, and opium, without any relief: at seven months old he cut four teeth nearly altogether without any abatement of the symptoms, and, up to this period, he was supported solely at the breast; but now, at the eighth month. I had him weaned, as he had lost flesh and appeared worse; I then only gave him alteratives, and occasionally castor-oil. Finding no benefit from all that had been done, I took the child to London, and had a consultation with Sir Charles Clarke and Dr. Locock, both of whom recognised the complaint; the former, in all his extensive practice, had only seen four cases, and, from the peculiar bowing of the head, called it the "salaam convulsion"; the latter gentleman had only seen two cases; one was the child of a widow lady, it came on while she was in Italy, and, in her anxiety, she consulted the most eminent professional gentlemen of Naples, Rome, Florence, Genoa, and Paris, one of whom alone seemed to recognise the complaint. In another case, mercury, corrosive sublimate, opium, zinc, and the preparations of iron, were tried without the slightest advantage; and, about six months from the commencement of the symptoms, a new one was added; there began a loss of motion in the whole of the right side, and the child could scarcely use either arm, hand, or leg. Sir Astley Cooper saw the child in this state; he had never seen or heard of such a case, and gave it as his opinion, that "it either arose from disease of the brain and the child will not recover, or it proceeds merely from teething, and, when the child cuts all its teeth, may probably get well";

some time after, this child was suddenly seized with acute fever ; the head became hot, and there were two remaining teeth pressing on the gums ; the child was treated accordingly ; leeches to the head, purged, and lowered ; the gums were freely lanced ; in a few days the teeth came through, and the child recovered, and from that time the convulsive movements never returned. Sir C. Clarke knows the result of only two of his cases ; one perfectly recovered ; the other became paralytic and idiotic ; lived several years in that state, and died at the age of 17 years. I have heard of two other cases, which lived one to the age of 17, the other 19 years, idiotic, and then died. I wrote to Drs. Evanson and Maunsell, of Dublin ; the former gentleman being in Italy, the latter very kindly replied, he had seen convulsive motions in one finger, arm, or leg, but had never witnessed it to the extent of my poor child. As there has been no opportunity of a post-mortem examination, the pathology of this singular disease is totally unknown.

Although this may be a very rare and singular affection, and only noticed by two of our most eminent physicians, I am, from all I have learnt, convinced that it is a disease (*sui generis*) which, from its infrequency, has escaped the attention of the profession. I therefore hope you will give it the fullest publicity, as this paper might rather be extended than curtailed. I am, Sir, one of your subscribers from the commencement, your faithful and obedient servant.

W. J. West.

Tunbridge, Jan. 26 1841.

P. S. - In my own child's case, the bowing convulsions continued every day, without intermission, for seven months ; he had then an interval of three days free ; but, on the fourth day, the convulsions returned, with this difference. instead of bowing, he stretched out his arms, looked wild, seem to lose all animation, and appeared quite exhausted.

Comme on voit, nous ne pouvons guère exceller sur la description clinique qu'un père désespéré fait de son propre enfant.

Il est aussi intéressant à noter que Sir Charles Clarke parle de «salaam convulsions» bien avant la terminologie des auteurs de «Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe».

Bien que l'EEG soit d'une importance capitale dans la reconnaissance et l'appréciation du traitement de l'hypsarythmie nous ne pouvons être d'accord avec les auteurs qui basent leur diagnostic uniquement sur l'EEG. S'il est vrai que la dysrythmie de haut voltage est assez caractéristique, elle n'est nullement pathognomonique et nous l'avons vue dans des affections neurologiques n'ayant aucun rapport avec les spasmes en flexion.

Trop peu d'auteurs font une distinction nette entre spasmes en flexion apparemment idiopathiques et spasmes en flexion greffés sur une condition neurologique préexistante.

Depuis 1958 notre Maître Paul Sandifer, neurologue aux National Hospitals for Nervous Diseases et chef du département neurologique du Hospital for Sick Children propose dans ses leçons cliniques d'appeler la première forme syndrome de West,

tandis que la deuxième correspond à la forme encéphalopathique de Thieffry ou hypsarythmie-symptôme de Sorel.

Nous préférons d'ailleurs «syndrome» à «maladie», comme nous ne connaissons point ni l'étiologie ni la pathogénie des spasmes en flexion.

Il est vrai que d'aucuns ont avancé une hypothèse métabolique, tandis que Mme Rebuffat-Deschamps, dans sa thèse de Paris 1958, a tenté un rapprochement aux leucoencéphalites périveineuses démyélinisantes.

L'hypothèse d'une maladie neuro-allergique et auto-immunisante nous paraît très séduisante d'autant plus que nous avons vu apparaître le syndrome de West après des immunisations et que nous sommes frappés par l'action spectaculaire de l'ACTH, s'il est administré tôt.

Mais dans les quelques rares cas, où des autopsies ont pu être pratiquées, l'examen histologique, à part peut-être une dégénération non spécifique de la matière grise, a été négatif.

Mais plutôt que l'histologie nous espérons que l'histochimie nous aidera à résoudre le problème, et des microanalyses biochimiques des phospholipides du LCR de nos malades se sont montrées intéressantes.

Plutôt que de nous laisser aller à de faux espoirs, nous ne pouvons, pour le moment, hélas! que répéter ce que W. J. West a écrit en 1841: «The pathology of this singular disease is totally unknown».

Travail du Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, Londres.

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.

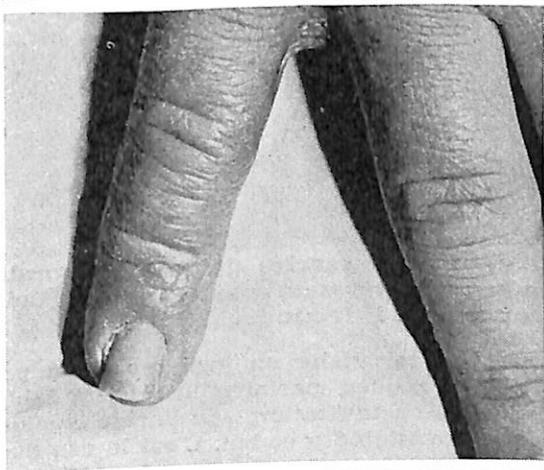
*pour
un traitement
efficace des
lésions cutanées
prurigineuses
inflammatoires
infectées...*

Dermite serpigineuse
(à staphylocoques et monilia) existant depuis 7 semaines.



MYCOLOG®

Guérie en 5 jours



Kénacort-A.® Granéodine® et Nystatine
dans la Plastibase®

ONGUENT

**antiprurigineux
anti-inflammatoire
antibactérien
antifongique**

38-22



LABAZ 1 avenue De Béjar, Bruxelles 12

® = marque déposée Olin Mathieson Chem. Corp.



Avant de prescrire un lait en poudre pour nourrissons pensez à la résistance aux infections.

Seul un lait riche en graisses et en protéines rendues parfaitement assimilables grâce à l'acidification par l'acide lactique permet d'atteindre ce but. C'est le cas du

Pelargon®

QUALITÉ
NESTLÉ
SÉCURITÉ

NESTLÉ - Société Anonyme - 221, rue de Birmingham, BRUXELLES 7

Un cardiotonique

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

F.N.A.M.I.
catégorie **A**

Gitalide

Fraction hydrosoluble
des hétérosides
de la digitale pourrée

Procure une digitalisation
rapide - précise - soutenue

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

Posologie

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

A. Christlaens s. a. - Bruxelles



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[®]

Reine Hydratdextrose DAB 6

DEXTRO-ENERGEN[®]

Reine Hydratdextrose DAB 6 in Tablettenform

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH · HAMBURG

LA POLYARTHROSE

par FRANÇOIS FRANÇON (Aix-les-Bains)

C'est une forme rare de rhumatisme dont la tendance extensoprogressive constitue une exception notable dans le groupe des arthroses. A propos de la lipoarthrose du genou (1930) et de la coxarthrose (1936), nous avons esquissé sa description avant de la baptiser en 1935 *polyarthrite sèche progressive* et d'obtenir son inscription dans la Nomenclature d'étude du Ministère de la Santé Publique (1936) sous le nom de *formes non inflammatoires du rhumatisme chronique progressif à tendance généralisée*. Depuis lors, nous l'avons étudiée dans deux rapports (1946, 1948), ainsi que dans deux ouvrages (1949, 1959). Nos lectures nous ont appris que, en France comme à l'étranger, elle n'avait pas échappé aux grands classiques qui ne lui avaient cependant pas donné le relief nécessaire, et que son existence est généralement admise par les auteurs contemporains. Nous nous conformons à l'usage établi en la dénommant *polyarthrose*.

DÉFINITION ET CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES

Par définition, la polyarthrose est réalisée lorsque au minimum sont intéressés deux systèmes articulaires, tels que les mains, les pieds ou le rachis, et une grosse jointure telle que le genou, la hanche, etc.: de toute manière le nombre des articulations prises n'excède jamais le total de celles qui sont et qui restent toujours indemnes. Débutant à 40 ans, elle n'a pas le temps d'atteindre à la grande diffusion, à la généralisation, de la polyarthrite évolutive ou PCE.

Elle frappe la femme avec une forte prédilection, avec parfois transmission héréditaire. Elle est bien plus commune en ville que dans les consultations hospitalières. Dans son déterminisme, le traumatisme, l'obésité jouent un rôle prépondérant mais il faut accorder une large part au *terrain préarthrosique* dont les éléments ont été très bien définis par L. Justin-Besançon, A. Rubens-Duval, J. Villiaumey, P. Baumgartner: il s'agit, en réalité, d'une véritable dystrophie qui frappe non seulement les os et les cartilages, mais encore les muscles, les tendons, les ligaments, la peau (tégument aminci et satiné, vergetures faciles),

le système capillaro-veineux (acrocyanose, varicosités, ecchymoses au moindre traumatisme); du point de vue humoral, il y a un abaissement relatif de l'excrétion urinaire des 17 céstéroïdes.

SÉMIOLOGIE

L'affection débute à bas bruit aux phalangiennes distales, à la racine du pouce, au genou, ou bien encore par des arthroses ménisco-somatiques en C5-C6, C6-C7, L4-L5, L5-S1. Puis elle gagne le dos, les hanches, les gros orteils, de façon très lente et plus asymétrique que dans la PCE.

Parfois un épisode bruyant tel qu'une lombo-sciatique, une névralgie cervico-brachiale, etc., paraît être le premier signe. En fait, une recherche soigneuse révèle des altérations ostéo-articulaires qui étaient restées inapparentes mais remontent à plusieurs années.

A la *période d'état* l'extension s'opère très lentement. La douleur n'est jamais bien vive et ne survient guère qu'à l'occasion des mouvements (douleur fonctionnelle). L'impotence dépend du siège des arthroses.

Les signes physiques se traduisent par l'hypertrophie non inflammatoire des extrémités épiphysaires, avec enraidissement ou, plus rarement, mobilité anormale, gros craquements, attitudes vicieuses, amyotrophie assez discrète. Nous ne reviendrons pas sur les altérations cutanées et capillaro-veineuses que nous avons signalées précédemment à propos du terrain.

L'état général reste floride. Il n'y a ni fièvre, ni anorexie, ni asthénie, ni anémie, et l'obésité est fréquente. Elle tend à régresser un peu dans la vieillesse.

Du *point de vue humoro-biologique*, vitesse des sédimentation, (elle s'élève parfois un peu avec l'âge), Vernes-résorcine, indice d'haptoglobulinémie, hémogramme ont des valeurs normales. La cholestérolémie est fréquemment à la limite supérieure de la normale ou un peu au-dessus.

Sur les *radiographies*, les lésions apparaissent presque toujours avant les symptômes cliniques. Ce sont celles de l'arthrose sans trait particulier à la forme ici considérée: pincement articulaire, rapprochement asymétrique des surfaces articulaires, avec souvent contact sur une certaine longueur qui répond à la zone d'appui maximum, et augmentation de leur épaisseur par une condensation osseuse qui traduit l'éburnation; dans le secteur sous-cortical, l'os spongieux est formé de travées plus trapues et plus compactes; on trouve des aires décalcifiées, soit circonscrites en nid d'abeilles, soit plus étendues. Il peut se produire ensuite un tassement osseux, surtout bien visible sur les corps vertébraux.

Un élément important est le développement d'ostéophytes sur les parties latérales des articulations. Signes négatifs majeurs: on ne trouve jamais d'encoche en coup d'ongle sur les surfaces articulaires, ni de syndesmophytes.

L'évolution s'échelonne sur des dizaines d'années, avec rarement des poussées discrètes d'origine traumatique. L'infirmité se constitue peu à peu, avec des degrés très divers d'une jointure à l'autre, les unes restent intactes alors que d'autres sont légèrement ou gravement touchées. De toute manière la polyarthrose est toujours un rhumatisme chronique mineur. Il ne met jamais la vie en danger et son pronostic fonctionnel dépend de la localisation des arthrites et des complications que nous allons maintenant envisager.

COMPLICATIONS

1) Mécaniques

Ce sont: la bilatéralisation de la coxarthrose qui représente une terrible invalidité, le *genu valgum* ou *varum* uni ou bilatéral, les corps étrangers articulaires, les attitudes vicieuses qui se combinent souvent au rachis avec lordose lombaire, cyphose dorsale et scoliose dorso-lombaire, avec fréquemment syndrome tropho-statique douloureux de la post-ménopause; éperon calcanéen que nous tenons pour assez fréquent; ankylose cerclée de déformation, rare et toujours très tardive.

2) Irritatives

Nous rangeons ici les névralgies funiculaires qui ne sont pas très communes, l'acroparesthésie, la périarthrite scapulo-humérale, le syndrome de Barré-Liéou, le syndrome épaule-main, l'hydarthrose.

3) Diverses

Sous cette étiquette nous classerons l'obésité, la maladie des insertions (épicondylalgie, épitrochléalgie, olécranalgie, etc.), les tendosynovites chroniques sténosantes, le doigt à ressort, etc. Hypertension artérielle et athérosclérose ne sont pas très fréquentes.

FORMES CLINIQUES

Elles sont multiples; formes féminines qui touchent surtout mains et genoux, et formes masculines à prédilection rachidienne; formes avec ostéophytes exubérants; formes à névralgie funiculaire et formes pseudo-viscéralgiques, évoquant une affection de l'estomac, de l'aorte, de l'encéphale, des reins, etc.; formes intriquées avec précession variable de l'inflammation et de la dégénérescence.

DIAGNOSTIC

1) *Positif*, il ressort de l'âge et du sexe du sujet, de la présence fréquente d'obésité ou d'un facteur mécanique, du début habituellement insidieux, de l'absence de poussées aiguës, de douleurs vives et de signes locaux et régionaux (adénopathies) d'inflammation, de l'essaimage très lent des arthropathies qui reconnaissent des sièges d'élection, de la conservation de l'état général, de l'aspect radiographique et des réactions sérologiques, de la bénignité relative de l'infirmité réalisée.

2) *Différentiel*, il lui faudra séparer la polyarthrose des *autres rhumatismes chroniques progressifs* et de *certaines maladies osseuses*. Considérons d'abord les rhumatismes chroniques progressifs.

La *PCE* atteint des sujets plus jeunes, a une marche centripète, symétrique et progressive, comporte des poussées fluxionnaires d'arthrosynovite, un fléchissement notable de l'état général, avec anémie, asthénie, amaigrissement, fébricule, adénopathies, une élévation des réactions sériques d'inflammation, des images radiographiques spéciales très différentes de celles qui appartiennent à la polyarthrose, une réponse rapidement favorable à la chrysothérapie et à la corticothérapie.

Elle est beaucoup plus polyarticulaire et tend bien davantage à la généralisation; elle constitue, au moins pendant quelques années, une *maladie évolutive* et non pas seulement une infirmité.

Le *rhumatisme chronique progressif neurotrophique*, rare, survient presque exclusivement chez des femmes nerveuses, algiques, à équilibre humoral précaire. Il débute par des troubles trophiques infiniment plus accentués et des paresthésies, affecte une marche symétrique, ascendante et progressive, coupée de rares flambées de reviviscence, entraîne des déformations très accusées avec rétractions accentuées. La radiographie est assez caractéristique.

Aux confins des rhumatismes chroniques et dans leurs seuls types polyarticulaires, mentionnons la *goutte chronique tophacée*, spécifiée par la présence de tophus, de stigmates radiographiques particuliers et l'anamnèse d'accès aigus, et les *arthropathies nerveuses à formes constructives* qui seront dépistées par les signes propres du tabès, de la syringomyélie, etc.

Certaines *maladies osseuses* peuvent en imposer pour une polyarthrose: c'est le cas de l'ostéomalacie, de l'ostéose parathyroïdienne, de la maladie de Paget, de la maladie exostosante, de la maladie de Hodgkin: ici encore c'est surtout la radiographie, parfois aussi les tests sanguins, qui nous fixeront.

Devant tous les cas obscurs, nous devons avoir le film facile et procéder tous les trois mois à des examens en série.

TRAITEMENT

Il met en jeu des moyens extrêmement variés.

A. Hygiène et régime

Nous insisterons sur l'hygiène des articulations malades. *Préventivement* nous corrigerons les malformations, déformations, attitudes vicieuses; nous rétablirons l'équilibre dynamique et statistique et le trajet des lignes de force.

Une fois l'*arthrose déclarée*, nous déchargerons le plus possible les articulations malades, nous maintiendrons et entretiendrons leur jeu par une gymnastique progressive soigneusement réglée, une politique judicieuse du repos et du mouvement, des postures orthopédiques, des gestes professionnels.

Le régime tiendra compte des circonstances individuelles. Il réduira le poids des obèses qui écrase des articulations déjà pathologiques. Bien souvent les analyses de laboratoire nous amèneront à restreindre ou à prohiber tel ou tel article d'alimentation.

B. Médications internes

A côté des antalgiques, aspirine et succédanés, il y a des thérapeutiques de fond qui s'adressent au terrain rhumatismal et s'administrent par diverses voies suivant les cas: iode, soufre, accessoirement phosphore, sels de calcium avec ou sans vitamine D², opothérapie surtout thyroïdienne et ovarienne (oestrogènes de synthèse), vaso-dilatateurs, yohimbine, acétylcholine, priscol. Citons encore les injections I.M. ou I.V. d'eau d'Uriage ou du Breuil, de novocaïne, de priscol: Weissenbach et Faulong ont employé ce dernier corps avec succès en injections intra-artérielle.

Dans d'autres circonstances la méthode des injections locales porte le remède au contact du foyer douloureux: novocaïne ou dérivés, histamine, priscol, huile camphrée salicylée, etc. Ailleurs la novocaïne infiltre les racines sensibles, les ganglions sympathiques étoilé, lombaires, etc.

Sauf dans les formes mixtes, or et cortisonoïdes sont contre-indiqués. Il faut cependant faire exception pour les injections intra-articulaires d'acétate d'hydrocortisone ou, mieux encore, de dexaméthasone à 0,5%, de quelques gouttes à 2cc suivant le volume de l'articulation, espacement des injections à la demande.

C. Physiothérapie

Nous préférons la roentgenthérapie qui arrête l'ostéophytose. En seconde ligne, on emploiera les U.S., les O.C., les R.I.R., la diathermie, la chaleur radiante, l'ionisation à l'iodure de sodium,

au chlorure de calcium, à l'histamine, à la méthylcholine, contre la douleur et la sclérose; la faradisation contre l'amyotrophie, la kinésithérapie avec massage des muscles et mobilisation des articulations suivant une progression très douce.

D. *Crénothérapie*

Les cures jouent un rôle important en assurant l'entretien des articulations, en protégeant celles qui sont indemnes, en freinant l'évolution et l'extension. On s'adressera aux stations sulfurées (type Aix-les-Bains), chlorurées (type Bourbon-Lancy), thermales indéterminées (type Plombières), aux bains de boue (type Dax).

E. *Orthopédie et chirurgie*

Leur domaine s'étend tous les jours et nous ne pouvons donner ici que quelques indications générales. Nous soulignons les valeurs préventive et curative de l'orthopédie pour assurer ou rendre aux articulations leur position de fonction. Nous insisterons sur la variété infinie des opérations chirurgicales, qu'elles tendent à redresser les axes (ostéotomies) à conserver la mobilité (arthroplastie), à sauvegarder un certain arc de mouvement (arthrorise), à obtenir stabilité (arthrodèse). Chaque cas, chaque articulation apporte des problèmes d'espèce.

**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

Les Laboratoires
MIDY

présentent au Corps Médical
du Grand-Duché de Luxembourg

la

PENETRACYNE

antibiotique de première
intervention

Solubilité très haute :

diffusion immédiate,
taux hématiques inégalés
tolérance excellente, locale,
digestive, générale

**Intense pouvoir d'éradi-
cation microbienne**

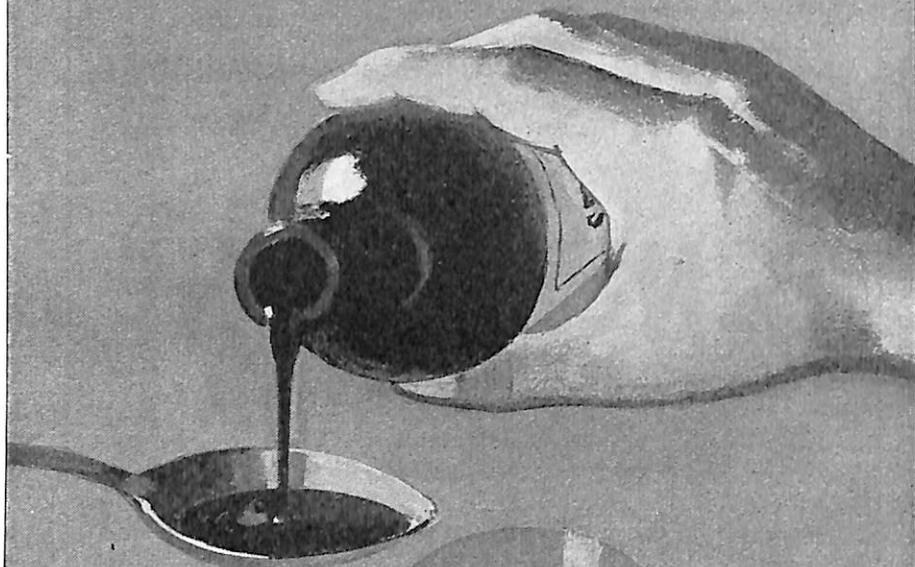
par neutralisation de la
pénicillinase

en flacons de: 500 mg à 95 fr.
250 mg à 58 fr.

pour injections IM profondes

Lab. Midy 46-50, av. J. Jaurès,
Bruxelles 3.

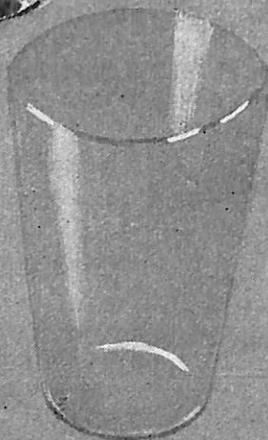
à cuillères ou cuillérées à café



i n s o m n i e

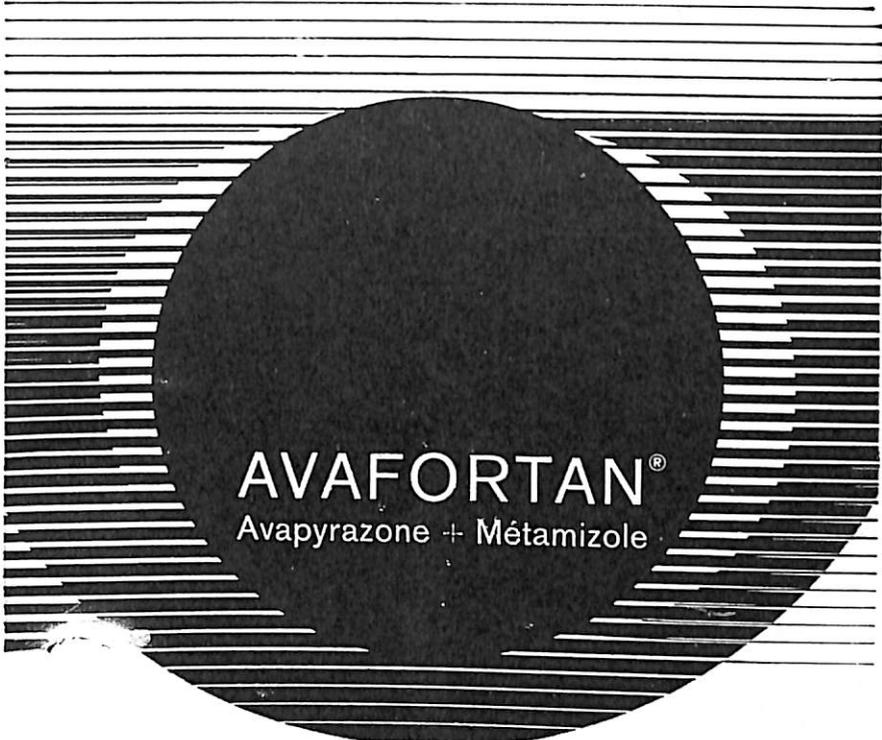
e x c i t a b i l i t é

t r o u b l e s a n x i e u x



SEDORINA

OMIKRON



AVAFORTAN[®]
Avapyrazone + Métamizole

Action antalgique intense et rapide à effets antispasmodiques complémentaire (musculaire et cholinolytique).
Élimination accélérée ce qui implique bonne tolérance.

Nulle irritation des tissus.
Grande marge thérapeutique.
Ni accoutumance, ni manie.

Indications:

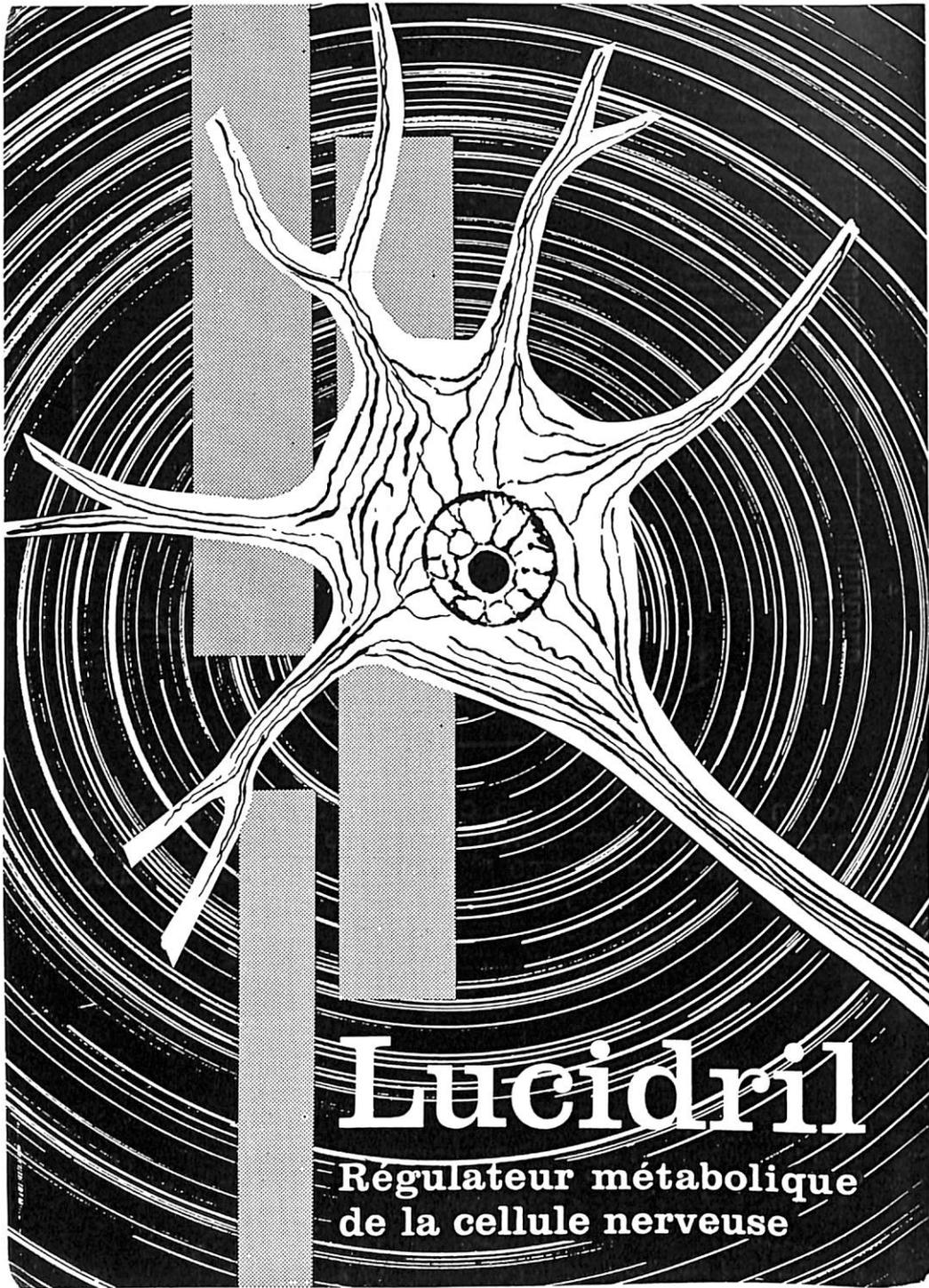
Tous les phénomènes spasmodiques douloureux de la musculature lisse, des organes creux et des vaisseaux. Permet accouchement dirigé.

Présentation:

20, 200, 1000 dragées
6, 50 suppositoires
2, 5, 50 ampoules de 5 ml



ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede · Allemagne



Lucidril

Régulateur métabolique
de la cellule nerveuse

Comprimés - flacons injectables

Laboratoires Anphar, 71, avenue Laplace, Arcueil

Ets. Georges Kottenhoff, 54, rue des Alliés, Bruxelles 19

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-élé-
ments, 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 ex-
ternes 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, Gyné-
cologie, etc. et comme adjuvant théra-
peutique.
(en ampoules injectables et en suppositoires)

Laboratoires SANDERS

47/51, rue Henri Wafelaerts - BRUXELLES 6

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

23, Coin rue Mercier et rue Wedel

Luxembourg

L'ÉTYMOLOGIE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LA NAISSANCE DE JULES CÉSAR

par J. PAUL PUNDEL

L'opération césarienne est l'intervention chirurgicale la plus ancienne que nous connaissions. On trouve déjà des allusions dans la mythologie des anciens Grecs, Romains et Hindous, mais son nom actuel ne date que du XVI^e siècle.

On trouve le terme de césarienne pour la première fois en 1581 dans le célèbre livre «Traité nouveau de l'Hysterotomotokie ou Enfentement Caesarien» de François Pousset²¹ (fig. 1). Il comprend par cette opération «l'extraction de l'enfant par incision latérale du ventre, et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher», et l'appelle «enfantement césarien ou section césarienne», parce qu'au rapport de Pline, Scipion l'africain, le premier des Empereurs Romains, tirés du ventre de sa mère par une opération pareille, porta le nom de César». En 1598, Guillemeau¹², élève d'Ambroise Paré, parle de section césarienne, puis le terme d'opération césarienne devient la désignation courante aussi bien médicale que populaire de cette intervention obstétricale.

Dans son Histoire Naturelle, Pline¹² considère l'accouchement en présentation des pieds comme un événement de mauvais présage. Par contre, si la mère meurt avant la naissance et si l'enfant peut être délivré vivant, ceci est de bon augure: «Auspiciatus enecta parente gignuntur, sicut Scipio Africanus prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus, qua de causa et caesones appellati. Simili modo natus est Manilius qui Carthaginem cum exercitu intravit.» (Historia Natural. Lib. VII, Cap. IX). Rousset a cru pouvoir interpréter ce texte latin, assez confus d'ailleurs, dans le sens que le premier des Césars devrait s'appliquer à Scipion l'Africain, tandis que Pline

T R A I T T E N O U V E A U D E

l'Hysterotomotokie,

O V

Enfantement Cæsarien.

Q V I E S T

*Extraction de l'enfant par incision laterale du
vêtre, & matrice de la femme grosse ne pou-
vant autrement accoucher. Et ce sans preiu-
dicer à la vie de l'un, ny de l'autre; ny em-
pescher la fécondité maternelle par après.*

P A R

François Roussel Medecin.



A P A R I S,

Chez Denys du Val, au cheual volant,
rue S. Jean de Beauvais.

M. D. I. X X X I.

Avec privilege du Roy.

Fig. 1

aurait bien pu parler de trois personnages différents, tout d'abord Scipion, puis le premier des Césars, ensuite Manilius.

D'autres, notamment Guy de Chauliac⁴ (1343) et Eucharius Roesslin² (1513) croient que Pline voulait parler de Jules César. «Also lesen wir in d'römer geschichten das der erst keiser Julius genannt, von seiner Mutterleib geschnitten ward. Drumb heiszt er Cesar, dz als vyl gesprochen ist als ein uszgeschnitner von seiner muter leib.» (Roesslin, 1513). D'une telle autre interprétation du texte de Pline naquit la légende de la naissance miraculeuse de Jules César, représentée dans plusieurs miniatures de manuscrits européens et arabes du Moyen-Age, et qui a contribué à inciter les Allemands à traduire le terme de César par Kaiser, empereur, d'où est né le terme de Kaiserschnitt, opération impériale, utilisé couramment dans les pays de langue allemande et que nous trouvons pour la première fois dans l'Ecole de Sages-Femmes («Neu eröffnete Hebammenschuhl») de Voelter²⁶ en 1679.

Une telle interprétation du texte de Pline est hautement inexacte et historiquement mal fondée, comme l'ont déjà fait remarquer Astruc² (1768), Osiander¹⁷ (1799) et Siebold²³ (1839). Voyons une fois la biographie de Jules César, telle qu'elle nous a été rapportée par les auteurs latins, surtout Plutarque et Suétone.

L'empereur Gaius Julius Caesar n'est pas le premier des Césars, il est un membre de la famille des Julia qui avait deux branches, dont l'une portait le surnom de Tullus et l'autre celui de Caesar. On connaît ainsi le père et le grand-père de Jules César qui tous deux portaient déjà le surnom de César. D'autre part, la mère de Jules César est Aurélia qui a vécu encore longtemps après la naissance de son fils et Suétone raconte que Jules César a appris la mort de sa mère au moment où il venait de terminer la guerre des Gaules.

Meli (1823) ne croit pas devoir accepter ce dernier fait comme un argument contre une césarienne. Au contraire, il estime même que Jules César serait né par césarienne sur femme vivante, puisque la césarienne aurait déjà été connue des anciens Romains. Mais il ne nous a pas encore été possible de retrouver le moindre texte latin pouvant servir de preuve en faveur d'une telle hypothèse. Même Napoléon III, qui a écrit une biographie très fouillée de Jules César ne mentionne nulle part une telle hypothèse.

Les données biographiques authentiques de la vie de Jules César permettent donc d'exclure d'une manière formelle la naissance de Jules César par césarienne post mortem. Et même si on voulait accorder quelque crédit à une telle hypothèse, on serait forcé d'admettre que cette opération eût été pratiquée sur une femme vivante et avec un succès remarquable aussi bien pour la mère que l'enfant. Un tel succès opératoire en ces temps-là est presque incroyable, car une telle réussite aurait été un événement tellement extraordinaire que d'autres historiens n'auraient pas manqué de la rapporter. Mais à part Pline, dont le texte est encore des plus confus et ne semble pas devoir se rapporter à Jules César du moins, aucun autre auteur latin n'en parle. Et Celse³ n'aurait sûrement pas manqué de décrire cette opération dans la partie obstétricale de son célèbre *Traité de Médecine* «De re medica» écrit vers l'an 30 après J. Chr. *Pour ces raisons, on peut admettre aujourd'hui que la naissance miraculeuse de Jules César par une opération césarienne est simplement une légende née d'une interprétation des plus fantaisistes d'un texte peu clair de Pline.*

Une ancienne édition du livre «De vita XII Caesarum» paru à Venise en 1506 et 1510, contient une gravure montrant la naissance de Jules César par césarienne post mortem (fig. 2). Cette illustration est d'autant plus curieuse que la mort de la mère de Jules César à la naissance de son fils se trouve contre-



Fig. 2

dite par le texte de Suétone, et on n'y trouve aucune mention d'une telle naissance miraculeuse. Mais il est vrai que la première partie du texte original de Suétone a été perdue au cours des temps et le récit qui nous a été conservé ne commence qu'à l'adolescence de Jules César.

Il est cependant possible que l'auteur de cette gravure du livre de Suétone ait négligé complètement le texte latin pour se laisser inspirer uniquement par les nombreuses chroniques du Moyen-Age, qui nous donnent des récits extraordinaires et assez différents de la naissance de Jules César par une opération césarienne. La plus célèbre de cette chronique est le livre des «Faits des Romains», une histoire fort curieuse et très romanesque de la vie de Jules César, écrite à Paris aux environs de 1214 (Flutre, 1932⁹, 1934¹⁰). Nous y lisons: «Cesar fu tant el ventre sa mere que il convint le ventre trenchier et ouvrir ainz (avant) que il en poist oissir (sortir). L'en trova que il avoit molt granz cheveus, por ce fu il apelez Cesar par sornon, car cist moz Cesar puet senefier ou chevelure ou trenchement.» Cette version de la naissance de Jules César est reprise dans différentes complications françaises et italiennes inspirées par les «Faits des Romains» et dont les plus célèbres sont les «Histoires romaines» de Jehan Mansel, écrites entre 1454 et 1460 (Bibliothèque de l' Arsenal, Paris, Ms 5088/B1 43/V, Bibliothèque Nationale de Paris, Ms 64 fonds français, Ms 20312 b, Ms 3576 nouv. acquis., Ms 246, Ms 251). Ces manuscrits renferment des miniatures intéressantes représentant la naissance de Jules César par césari-

rienne sur la mère morte. Les artistes ont reproduit cette naissance extraordinaire, comme elle aurait été exécutée non du temps des Romains, mais au Moyen-Age, à l'époque du dessinateur. Tantôt l'opération est pratiquée par un homme, tantôt par une femme, et dans la miniature 64, on voit même un évêque parmi l'assistance. Cet anachronisme ne semble pas avoir frappé le dessinateur qui représente d'autre part, comme dans toutes les autres miniatures, le bébé sortant du ventre de sa mère sans cordon ombilical.

La même version de la naissance de Jules César est donnée dans d'autres compilations, notamment l'«Histoire des neuf preux», de Sébastien Mamerot, le «Triomphe des neuf preux», imprimé à Abbéville en 1487, l'«Aquila volante», attribué à Léonardo Bruni d'Arezzo, le «Flos Mundi», chronique catalane du XV^e siècle, et dans un manuscrit arabe du XIV^e siècle, le «Al Athâr Al Bâqiya», du poète Al-Biruni (973 – 1048). Le texte mentionnant cet événement est cependant très bref: «La mère de Caesar Augustus mourut dans les douleurs du travail et son ventre fut ouvert et l'enfant retiré ainsi.»

On peut donc prétendre que la naissance de Jules César est une légende qui a été inventée au Moyen-Age, et qui n'est soutenue par aucun document historique.

Dans son amusante «Histoire naturelle des Sottises» (Plon, 1960), Berven Evans n'hésite pas à ranger la légende de la naissance miraculeuse de Jules César parmi les sottises répétées pendant des siècles de telle manière qu'à force de les répéter, le peuple finit par y croire, et même encore des auteurs modernes. Ainsi Andrianakos (1939) prétend que Pline comprenait par primusque Caesarum Jules César. Et plus récemment encore, Roulland dans son livre «L'accouchement au cours des siècles» (Paris 1958, en collaboration avec André Pecker) nous donne une traduction encore plus forcée de ce texte: «Pline nous apprend qu'Aurélié, mère de Scipion l'Africain ne parvenant pas à mettre au monde son fils, on dut inciser son ventre pour avoir vivant celui qui devait être le vainqueur de Carthage (234 avant J. Chr.). Il reçut le nom de César: a caeso matris utero; dès lors on désigna du nom de Césarienne l'opération consistant à inciser la matrice pour donner naissance à un enfant. Il semble probable qu'Aurélié avait succombé avant qu'on lui ouvrit le ventre.» Cette nouvelle interprétation du texte de Pline est une confusion regrettable. Tout d'abord, Pline ne parle jamais d'Aurélié, qui d'autre part n'est pas la mère de Scipion l'Africain, mais celle de Jules César et qui n'est pas morte à la naissance de son fils, comme nous l'avons déjà souligné plus haut. De plus, le terme de césarienne ne date pas de la naissance de Scipion l'Africain, mais a été créé seulement au XVI^e siècle par Rousset. Finalement, Scipion l'Africain (l'Ainé) n'a pas vaincu Carthage en 234 avant J. Chr. A ce moment, il avait seulement trois ans,

ce qui est un peu jeune pour un général. Il a vaincu les Carthaginois, il est vrais, mais bien plus tard, en 202, dans la célèbre bataille de Zama. Carthage a été prise seulement au cours de la troisième guerre punique par une armée romaine sous le commandement des consuls M. Manilius (dont parle justement Pline), L. M. Censorius et P. Cornelius Scipio Africanus Minor, entre 149 et 146 avant J. Chr.

Mais Pline pourrait parler d'un autre César, soit du premier de la famille des Césars, soit de Scipion l'Africain, puisque le texte latin permet une telle interprétation double, et une naissance par césarienne post mortem en ces temps est historiquement possible, puisque cette opération a été prescrite déjà par la célèbre Lex Regia, attribuée à Numa Pompilius en 715 avant J. Chr. Newell¹⁵ (1912) suppose même que cette Lex Regia devint une Lex Caesarea sous le règne de César, ce qui aurait pu contribuer à donner aux enfants nés de cette manière le surnom de Caesar. Mais on ne peut apporter aucun argument sérieux en faveur de cette hypothèse, car aucun auteur latin ne la confirme. *En tout cas, il est certain que Jules César n'a pas perdu sa mère lors de sa naissance et qu'il n'est pas le premier à avoir porté le cognomen de Caesar.* Il est même fort douteux que ce ne fût Scipion l'Africain (237 – 183 avant J. Chr.), puisque Salmasius²² (Guy Saumaise) note qu'un César a déjà existé avant la guerre des Sammites en 343 avant J. Chr.

Il faut ainsi rechercher la possibilité d'une autre étymologie du nom Caesar, dont l'origine était déjà fort discutée du temps des Césars, comme nous en trouvons une preuve dans la lettre d'Aelius Spartanus adressée à Dioclétien au sujet d'Aelius Verus: «Ceionius commodus qui et Aelius Verus appellatus est, quem sibi Adriano aevo ingravescente morbis tristioribus pressus, peragrato iam orbe terrarum, adoptavit, nihil habet in sua vita memorabile, nisi quod primus tantum Caesar est appellatur, non testamento, ut antea solebat, neque eo modo quo Traianus est adoptatus; sed eo prope genere quo nostris temporibus a vestra clementia Maximianus atque Constantius Caesares dicti sunt: quasi quidam principum filii viri, et designati augustae majestatis haeredes. Et quoniam de Caesarum nomine in huius praecipue vita est aliquid disputandum, qui hoc solum nomen adeptus est, Caesarem vel ab elephanto (qui in lingua Maurorum caesa dicitur) in proelio caeso, eum qui primus sic appellatur est, doctissimi viri & erudissimi putant dictum: vel quia mortum matre, sed ventre caeso sit natus: vel quod cum magnis crinibus sit utero parentis effusus: ve! quod oculis caesiis & altra humanum morem vigerit. Certe, quaecumque illa, felix necessitas fuit, unde tam clarum & duraturum cum aeternitate mundi nomen effloruit.»

Pour certains auteurs, la gens Julia aurait donc reçu le cognomen de Caesar du fait qu'un de ses membres aurait tué un éléphant, qui en langue punique s'appelle caesar. Cette

hypothèse serait soutenue par l'existence de monnaies romaines montrait d'un côté l'effigie de Jules César, et de l'autre, un éléphant écrasant un serpent. Pour d'autres encore, le nom proviendrait de l'adjectif latin *caesius*, bleu-gris, parce qu'un des Césars aurait eu des yeux de cette couleur. Enfin, on a supposé que ce nom pourrait provenir du mot *caesaries*, chevelure longue, dérivé du sanskrit *Kéçah*, cheveux, ou *Késarah*, crinien, étymologie défendue par le grammairien Pompeius Festus⁸: «*Caesones appellatur ex utero matris exsecti; Caesar, quod est cognomen Juliorum, a caesarie dictus est, quia scilicet eum caesarie natus est*» (S. P. Festus, 50,7, édition de Gothofredus, 1595, t. 4, p. 232). Festus distingue ainsi clairement entre les *caesones* nés par césarienne et le surnom César dérivé d'après lui de *caesaries*, chevelure longue. C'est également l'opinion de John Hull¹³ (1799). Saint Isidor¹⁴, archevêque de Séville (570 – 636), admet dans ses «*Etymologies*» les deux origines: «*Caesar autem dictus, quod caeso mortuae matris utero prolatus eductus fuerit, vel quia cum caesarie natus sit. Atque et imperatores sequentes Caesares dicti, eo quod comati essent. Qui enim execto utero eximebantur, Caesones et Caesares appellabantur.*» Pour respecter toutes ces possibilités étymologiques, certaines légendes du Moyen-Age attribuent ainsi à Jules César, non seulement une naissance miraculeuse, mais encore une chevelure abondante et des yeux bleus (Graf¹¹, 1915). Certes, la chevelure longue était autrefois un ornement réservé aux rois, mais toutes les statues de Jules César le montrent avec des cheveux courts. Ernout et Meillet⁷ (1932) préfèrent l'étymologie classique de Caesar d'après «*a caeso matris utero*», selon le texte de Pline et l'avis de Nonius Marcellus¹⁶ (*De compendiosa doctrina per litteras*, 566,26), mais ils soulignent que «*ce peuvent être des étymologies populaires et le nom peut être étrusque, comme aesar deus*».

Si nous envisageons maintenant l'étymologie du seul terme de *césarienne*, nous devons arriver à la conclusion qu'il n'est pas admissible de faire dériver ce mot du nom ou de la vie de Jules César, ni même du mot Caesar en général. Il faut revenir à l'étymologie la plus simple et la plus logique en prenant comme origine valable le mot *caedere*, couper, ou si on veut le rapporter au texte de Pline comme l'a fait Rousset²¹, le faire dériver de *caesones*, *a caeso matris utero*. Le terme *césarienne* signifiera donc uniquement accouchement par incision du ventre et non accouchement à la manière de celui de César.

En conclusion, le terme section césarienne ou *sectio caesarea* est un pléonisme mal choisi et le terme allemand *Kaiserschnitt*, opération impériale en est une traduction des plus malheureuses, et qui devrait céder la place au terme *Schnittentbindung*.

RÉSUMÉ

On peut admettre comme certain que l'empereur romain Jules César n'est pas venu au monde par césarienne. Il n'existe aucun texte latin qui puisse être interprété en faveur d'une césarienne. La soi-disante naissance miraculeuse de Jules César est une légende qui est née seulement au Moyen-Age. Il n'est donc pas possible de rattacher le terme de césarienne étymologiquement au nom de Jules César. Son origine doit être recherchée uniquement dans le verbe latin caedere, couper, ou dans le terme caesones, nés par une incision du ventre.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 *Arnold, Th. W.* - The Caesarean Section in an Arabian Manuscript, Dated 707 A. H. In: A Volume of Oriental Studies, presented to Edward G. Browne, by Arnold, Th. W. and Nicholson, R. A. Cambridge, 1922.
- 2 *Astruc, J.* - L'Art d'Accoucher réduit à ses Principes, Paris, 1768.
- 3 *Celsus, Aulus Aurelius Cornelius.* - De medicina. Traité de la Médecine en huit livres. Traduction nouvelle par M. des Étangs, Paris, 1859.
- 4 *Chauliac, G. de,* - Grande Chirurgie. Traduit en françois par Laurent Joubert, Lyon, 1649, page 592.
- 5 *Cohen, H.* - Description historique des monnaies frappées sous l'Empire Romain, Paris, 1880.
- 6 *Doerfler, H.* - Über den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt, München, 1929.
- 7 *Ernout, A. et Meillet, A.* - Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots, Paris, 1932.
- 8 *Festus, Pompeius S.* - Édition de Gothofredus, 1595, t. IV, p. 232.
- 9 *Flutre, L. F.* - Les manuscrits des Faits des Romains, Paris, 1932.
- 10 *Flutre, L. F.* - La naissance de César, Aesculape, 1934, 24, 244.
- 11 *Graf, A.* - Roma nella meroria e nelle immaginazioni del medio evo, Torino, 1915, p. 198.
- 12 *Guillemeau, J.* - L'Heureux Accouchement des Femmes, Paris, 1609.
- 13 *Hull, J.* - Observations on Mr. Simmons detection with a defense of the Caesarean operation, Manchester, 1799.
- 14 *Isidorus Hispanensis Episcopus.* - Etymologiarum sive originum libri XX, Oxford Classical Texts, 1911, Lib. IX, 3, 12.
- 15 *Newell, F. S.* - Caesarean Section, London, 1921.
- 16 *Nonius, Marcellus.* - De compendiosa doctrina per litteras, Édition Quicherat, Paris, 1871 (566, 26).
- 17 *Osiander, F.* - Lehrbuch der Entbindungskunst, Göttingen, 1799.
- 18 *Plinius, Caius Secundus.* - Historia Naturalis. Lib. VII, Cap. IX, Paris, 1826 - 1833.
- 19 *Plutarque.* - Les vies parallèles, César.
- 20 *Roesslin, Eucharius.* - Des swangeren frawen und hebammen rosztgarten, Strasburg, 1513.

- 21 *Rousset, F.* - Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou Enfancement Caesarien, Paris, 1581.
- 22 *Salmasius, Claudius* (Claude de Saumaise), cité d'après Young, J. H. - Caesarean Section, London, 1944.
- 23 *Siebold, Eduard Caspar Jacob von,* - Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Berlin, 1839.
- 24 *Spartanus, Aelius.* - In: *Historiae Romanae scriptorum Latinorum veterum*, Genevae, 1623, T. II, p. 294.
- 25 *Suetonius, C. T.:* De vita duodecim Caesarum, Venetiae, 1506 et 1510.
- 26 *Voelter, Ch.* - Neu eröffnete Hebammen-Schuhl, Stuttgart, 1637.

Nous n'avons pas pu trouver le titre de l'ouvrage de Saumaise discutant l'origine du mot de César, et nous serions obligé au lecteur qui pourrait nous donner des détails complémentaires.



Hämorrhoiden

ANALFISSUREN
PURITUS ANTI
ET RECTI
ANALEKZEM
PROCTITIS



Salbe/Suppositorien
schnelle Analgesie
gewebtsfreundlich
desinfizierend

Laboratoires Diva S. A., Zurich

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

**Dyskinésies biliaires
Hypertonie de l'Oddi
Etats préolithiasiques
Microlithiase
Séquelles d'hépatite
Post-cholécystectomie
syndrome ...**

KINOCYSTOL®

CHOLÉCYSTOKINÉTIQUE MAJEUR

FLACON
de
80 ml



LABAZ

1 avenue De Béjar, Bruxelles 12

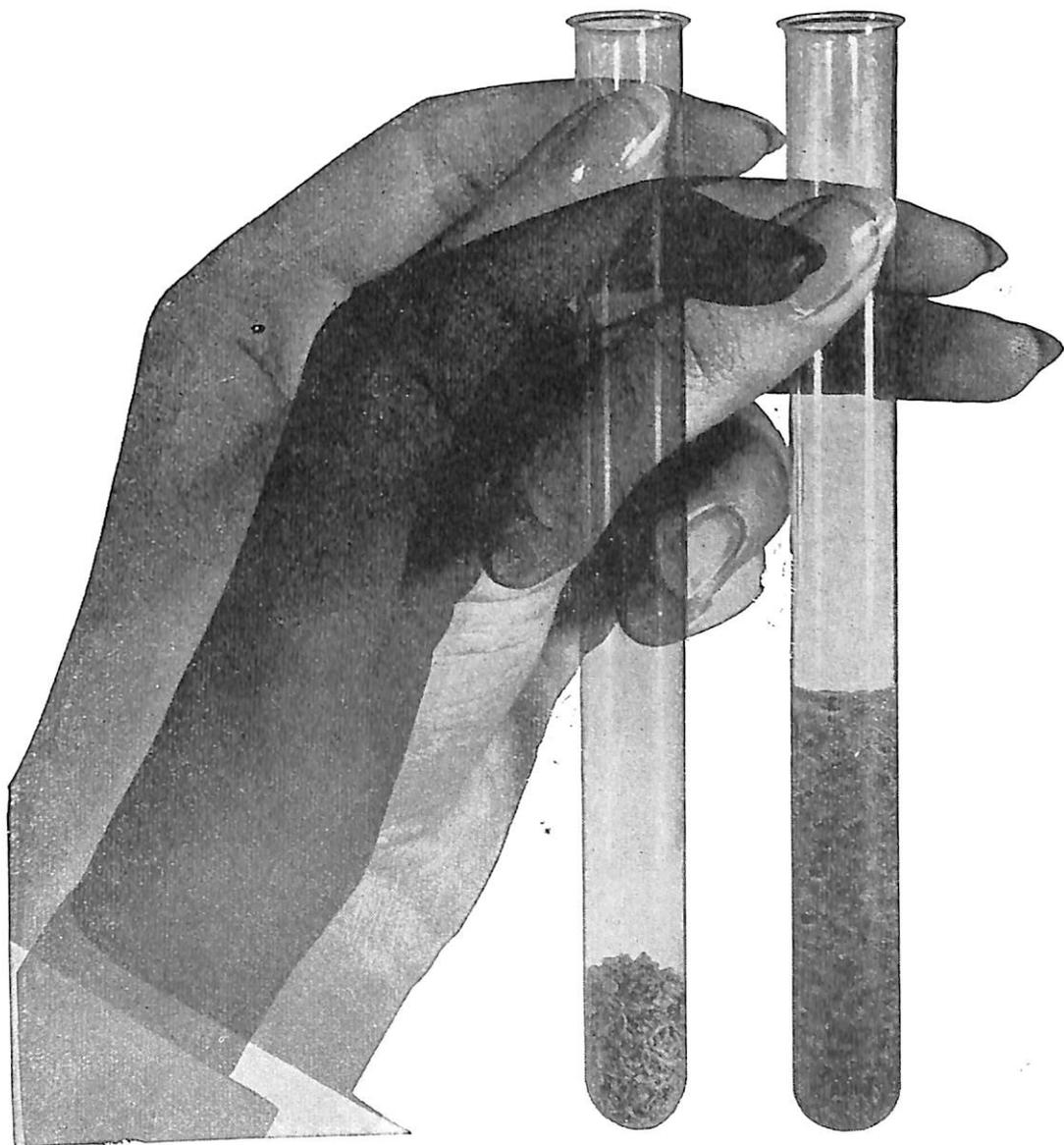
304-13

Agiolax[®]

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 61, rue de Srasbourg Tél. 235 26

**3-schichtige
Ulcustherapie
mit neuem
Wirkstoffkomplex**

Neoplex[®]

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:

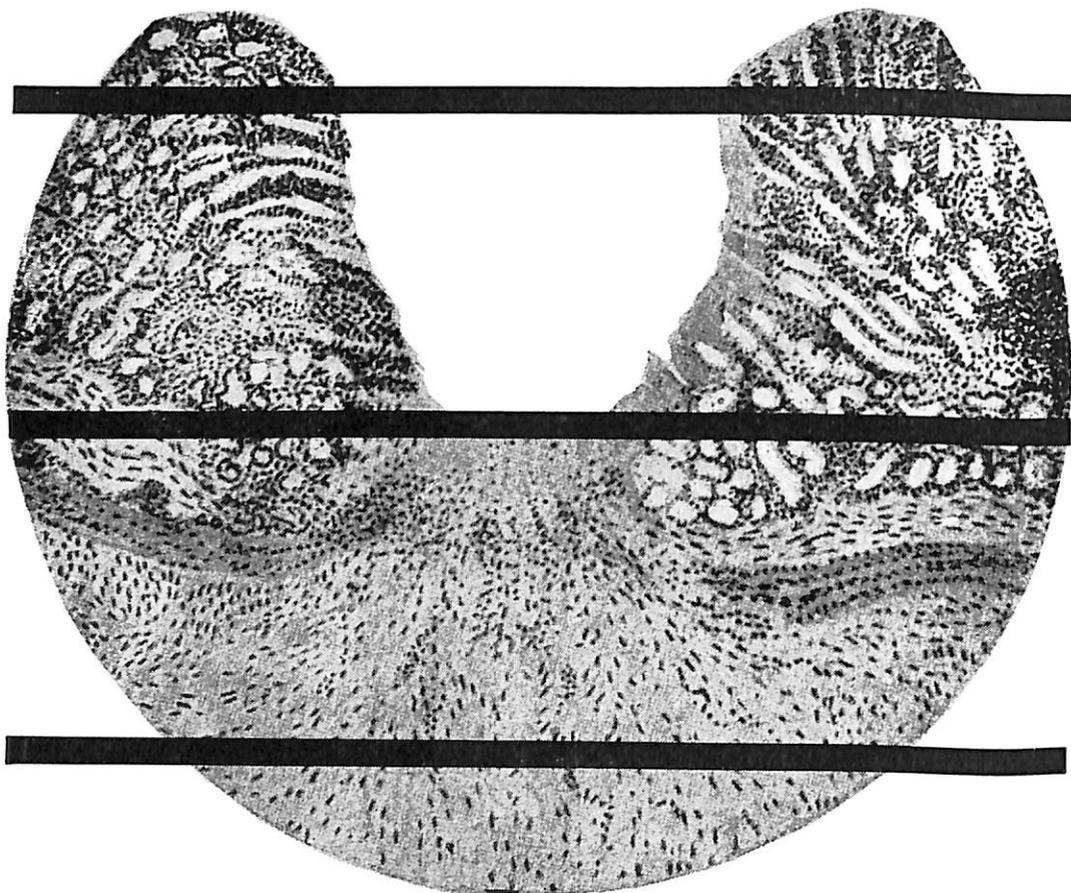
3mal täglich 1-2 Tabletten.

Handelsformen:

OP mit 24 Tabletten

OP mit 50 Tabletten

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein



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

Travaux luxembourgeois publiés à l'étranger

Reminéralisation... Recalcification... Reconvalescence...

telles sont les principales indications de notre

SIROP GLYCÉROPHOSPHATÉ

PEROSSINE

*Glycérophosphate calcique liquide,
Iodure de potasse, Extraits fluides
de salsepareille, de noyer, d'amis*

Vous en retirerez un effet maximum en le prescrivant en combinaison avec un produit contenant de la vitamine **D**.

PEROSSINE contient le sel calcique le mieux assimilable, apportant simultanément **calcium** et **phosphore**.

PEROSSINE a bon goût; même les malades difficiles, et les enfants, ne font aucune difficulté pour l'absorber.

PEROSSINE peut être administré à tous les âges de la vie, depuis l'âge de 3 mois.

PEROSSINE ne contient pas de produits arséniés.

PEROSSINE est un produit luxembourgeois.

Admis par les Caisses.

Échantillons sur demande.

Laboratoires PROPHARMA Luxembourg

La saison chaude vous amènera certainement bon nombre de clients souffrant de

**Transpiration excessive
des pieds, des mains, des aisselles.**

Prescrivez leur en toute confiance notre produit

PEDAL

astringent, désodorisant, désinfectant,
en badigeonnage contre

l'Hyperhydrose et la Bromhydrose.

Composition : *Formol, Chlorure de magnésium, Eau de laurier-cerise.*

Pour les pieds, employer **PEDAL** à l'état pur.

Pour les mains, l'employer dilué du volume égal d'eau.

Pour les aisselles, l'employer dilué du volume double d'eau.

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

PEDAL seul peut se vanter d'une existence de plus de 30 années et d'une efficacité à toute épreuve solidement établie pendant ce temps.

Admis par les Caisses.

Echantillons sur demande.

LA DIGITALINE EN CHIRURGIE

par FRANÇOIS d'HUART

Réf. orig.: *d'Huart, F.* – La digitaline en chirurgie.
Semaine Thérapeutique, Sem. Hôp. Paris, 38^e année,
N^o 9, TH. 849, 1962.

Que William Withering se soit intéressé à la digitale parce que sa femme aimait peindre les fleurs, ou parce qu'une vieille hydropique qu'il avait condamnée fut guérie par la tisane d'une sorcière, il est certain qu'une ère nouvelle commença pour les cardiaques avec la publication, en 1785, de son mémoire sur les propriétés de cette plante.

La digitaline, médication de routine, empirique et un peu aveugle, n'est pas sans limites; elle n'est pas sans dangers. Ses limites, nous les connaissons à peu près et nous ne nous étonnons plus, comme Whitering, qu'elle ne guérisse ni les hydrocéphalies, ni les kystes de l'ovaire. Mais il semble bien qu'il nous reste encore à apprendre sur ses dangers.

Ayant eu l'occasion d'observer récemment 3 cas de mort post-opératoire pour lesquels nous avons eu l'impression que la digitaline avait joué un rôle néfaste, nous avons recherché dans la littérature médicale de ces dernières années les publications se rapportant à l'emploi de la digitaline en chirurgie. Nous n'avons trouvé d'ailleurs que peu d'articles sur ce sujet, mais, chose curieuse, les divers auteurs tirent de leurs expériences respectives des conclusions diamétralement opposées: Lown, par exemple, insiste sur la difficulté de prescrire judicieusement les digitaliques dans la période pré- et post-opératoire, ainsi que de prévoir et de diagnostiquer les accidents de cette médication, alors que Wheat préconise l'administration pré-opératoire systématique de digitaline.

Nous nous attacherons d'abord à l'étude critique de cette deuxième proposition. Disons tout de suite qu'elle ne nous a pas convaincu.

L'ADMINISTRATION SYSTÉMATIQUE DE DIGITALINE

L'administration pré-opératoire de digitaline à titre préventif va à l'encontre de l'opinion généralement admise en Europe. Dans un récent article de J. Catinat et P. Casassus, on lit:

«Fut-il un cardiaque avéré, un malade ne doit jamais être soumis au traitement tonicardiaque s'il ne présente pas de signes cliniques de décompensation ou des troubles du rythme susceptibles de subir l'action des digitaliques.

Dépourvus — aux doses habituelles — de toute action sur le cœur sain, les tonicardiaques n'ont aucun pouvoir préventif; il est absolument inutile de les donner au cours d'une maladie infectieuse sans retentissement cardiaque ou avant une intervention dans l'espoir d'éviter des complications redoutables. Ces traitements abusifs sont d'ailleurs fréquemment mal tolérés».

Et cependant, Wheat qui a digitalisé systématiquement, depuis 1952, 137 malades devant subir une intervention de chirurgie thoracique; estime avoir diminué de 10% chez ces malades le nombre des complications cardiaques. Ceci nous a paru assez remarquable pour que, bien que n'étant pas statisticien, nous ayons envie d'examiner de plus près les résultats de cet auteur.

137 malades de plus de 55 ans, constituant le groupe B, ont donc reçu de la digitaline avant l'intervention. Parmi ceux-ci, 16 ont présenté des complications cardiaques post-opératoires, soit 12%.

Le groupe de référence, ou groupe A, est constitué par 302 malades, dont 122 avant 1952, et 180 entre 1952 et 1960. Pour les auteurs, le pourcentage d'accidents cardiaques post-opératoires entre 1948 et 1952 ne serait pas sensiblement supérieur au pourcentage après 1952. Il n'y aurait donc pas d'inconvénient à incorporer les malades plus anciens au groupe de référence. Quoique nos calculs ne nous donnent pas tout à fait le même résultat, nous ne chicanerons pas ce point.

Mais ce qui nous paraît beaucoup plus inquiétant, c'est lorsque les auteurs nous disent incorporer à ce groupe de référence non seulement les malades n'ayant pas reçu de digitaline avant l'intervention, mais également un certain nombre qui en auraient reçu des doses inadéquates. Même en considérant que le terme «inadéquates» signifie plutôt insuffisant qu'inadéquat, on peut s'étonner que le groupe de référence comporte également les erreurs de posologie. Il n'est donc pas impossible que certains échecs, ou soi-disant tels, ou même certains accidents thérapeutiques, soient passés du groupe B dans le groupe A.

Quoi qu'il en soit, sur ces 302 malades, on compte 68 complications cardiaques post-opératoires, soit 23%.

Au terme de leur étude, les auteurs concluent que leur méthode diminue de 10% le taux des complications cardiaques. Or, un renvoi nous apprend que le calcul d'erreurs montre que cette réduction se situe entre 2,8 et 17,2%.

Il nous semble donc que l'opinion des auteurs qui ne s'appuie par ailleurs sur aucun argument biochimique ou pharmacologique, demanderait à être confirmée par des résultats plus probants.

Personnellement, nous pensons que l'administration de digitaline avant une intervention expose à un certain nombre d'aléas. L'anxiété pré-opératoire peut se traduire par une tachycardie qui incite à forcer la dose de digitaline. Mais cette anxiété peut aussi se manifester par quelques battements ectopiques, de l'anorexie et des vomissements, qui peuvent être interprétés comme des accidents de surdosage. D'autre part, les cardiaques reçoivent souvent des traitements complexes comportant des drogues multiples dont on connaît mal les interactions: la réserpine, par exemple, que certains emploient avant les interventions chez les cardiaques, à cause de son action sédatrice et parce qu'elle ralentit le rythme cardiaque, sensibilise le coeur à l'action toxique de la digitaline.

Certains malades ne peuvent cependant être opérés que sous digitaline. Ce sont les malades en état d'insuffisance cardiaque congestive, ceux qui sont habituellement compensés mais qui ont présenté antérieurement quelques accidents de décompensation, et les malades présentant une fibrillation auriculaire ou un flutter. Certains pensent qu'on a également intérêt à digitaliser, même en l'absence de défaillance congestive, les malades de plus de 60 ans dont le coeur est augmenté de volume. Dans tous les cas, *la digitaline doit être administrée par la bouche au moins une semaine et si possible deux avant l'intervention, de façon à pouvoir apprécier la tolérance individuelle. Enfin, toute médication non indispensable doit être éliminée.*

LA DIGITALINE APRÈS LES INTERVENTIONS

Voici d'abord les observations de nos 3 cas malheureux:

Observation 1.

J. H., homme de 58 ans. Pas d'antécédent cardiaque. Les divers examens pré-opératoires ne montrent rien de particulier; en particulier l'électrocardiogramme est normal, ainsi que l'ionogramme. L'intervention consiste en une cholécystectomie banale pour lithiase. Le 4^e jour, après l'intervention, installation brutale d'un état de collapsus. On administre les analeptiques circulatoires habituels, mais le chirurgien ajoute à sa prescription l'injection intraveineuse de 2 cm³ de Cédilanide. L'état du malade ne s'étant pas amélioré, cette injection est répétée le soir. L'aggravation est alors immédiate, et le malade meurt quelques heures plus tard.

Observation 2.

G. F., femme de 50 ans. Pas d'antécédent cardiaque. Bilan électrolytique et électrocardiogramme normaux. L'intervention pratiquée est une gastrectomie type Polya, pour ulcère pylorique évoluant depuis plus de dix ans. Le 6^e jour, apparition d'un collapsus, sans aucun signe d'hémorragie. En même temps que les tonicardiaques habituels, on injecte une ampoule de digitaline Nativelle. On assiste alors à une aggravation brutale et la mort survient rapidement.

Observation 3.

F. G., homme de 63 ans. Pas d'antécédent cardiaque. L'intervention pour tumeur du côlon transverse est bien supportée. Les suites opératoires immédiates sont bonnes, à part une oligurie qui persiste trois jours. Le 4^e jour, la diurèse atteint 2 litres; le 5^e jour également. Mais le soir apparaît une tachy-arythmie à 130. On donne alors une ampoule de Cédilanide. Le lendemain matin, le rythme cardiaque est redevenu normal. On injecte néanmoins une autre ampoule de Cédilanide. Dans la journée, la diurèse se maintient aux environs de 2 litres et le soir une nouvelle ampoule de Cédilanide est administrée. Peu de temps après apparaît un collapsus irréversible qui entraîne la mort.

Nous regrettons que la rapidité de l'évolution de ces trois cas ne nous ait permis d'obtenir ni un électrocardiogramme, ni un bilan électrolytique.

Au moins dans les deux premières observations, l'administration de digitaliques très probablement a été une erreur. Citons encore Catinat:

«Il semble bien que les digitaliques n'aient pas d'action directe sur la circulation périphérique. On ne doit pas les administrer dans les défaillances circulatoires périphériques qui s'observent par exemple au cours des maladies infectieuses, des suites opératoires ou même de l'infarctus du myocarde. Dans tous ces cas, ils sont plus qu'inefficaces: ils peuvent être dangereux».

Les dangers de la médication digitalique en chirurgie résident pour une grande part dans les modifications métaboliques, et plus particulièrement électrolytiques, qui suivent l'intervention. C'est surtout la kaliémie qui est influencée par l'imprégnation digitalique; mais en retour, la tolérance aux digitaliques est étroitement en rapport avec le potassium.

INFLUENCE DES ÉLECTROLYTES SUR LA SENSIBILITÉ A LA DIGITALINE

LE CALCIUM.

Il est admis depuis longtemps que le calcium et la digitaline ont sur le cœur une action comparable; ils augmentent la contractilité et ralentissent le rythme.

taliques agissent favorablement sur la défaillance cardiaque produite par l'intoxication potassique.

Il n'est pas sûr cependant que l'action du potassium vis-à-vis des digitaliques soit spécifique: le potassium agit sur les arythmies ventriculaires quelle que soit leur étiologie; les quantités de potassium nécessaires ne varient pas avec l'étiologie; la suppression des rythmes anormaux peut être seulement transitoire et ne durer qu'autant que l'hyperkaliémie.

Quant à l'hypokaliémie, elle augmente la sensibilité du myocarde à l'intoxication digitalique.

Cependant, le taux du potassium sérique n'est qu'un témoin infidèle de la sensibilité du coeur aux digitaliques. Celle-ci dépend de la concentration du potassium dans le myocarde qui n'est en rapport qu'indirectement, comme nous le verrons plus loin, avec la kaliémie.

LE SODIUM.

Il ne semble pas que cet électrolyte influence d'aucune façon le fonctionnement cardiaque.

Mais il est bien évident que parler en clinique de l'influence d'un électrolyte en particulier est une vue de l'esprit, car la structure électrolytique toute entière est modifiée lorsque la concentration d'un de ses composés varie.

INFLUENCE DES COMPOSÉS DIGITALIQUES SUR LES ÉLECTROLYTES

La composition électrolytique du muscle cardiaque est modifiée par la digitalisation. Expérimentalement, il est prouvé que des doses toxiques de digitaline provoquent une chute du potassium du myocarde, sans augmentation du sodium.

Par contre, la digitalisation provoque une augmentation du taux du potassium sérique avec chute du sodium. Le calcium ne paraît pas modifié.

Doù provient le potassium responsable de cette hyperkaliémie? Pour une part du myocarde, évidemment. Mais on a calculé expérimentalement que l'augmentation du potassium dans le sang artériel dépassait le contenu total du muscle cardiaque.

Il semble que deux mécanismes entrent en jeu: d'abord il se produit une libération du potassium d'un certain nombre d'organes mais surtout du foie; en second lieu, la fixation, par les muscles squelettiques, du potassium libéré, est inhibée.

L'hypothèse selon laquelle chez l'homme l'action des deux produits pourrait s'ajouter s'appuie sur les observations, rapportées par Bower, de deux malades digitalisés qui moururent peu de temps après avoir reçu de petites quantités de calcium intraveineux. Cependant, le gluconate de calcium intraveineux a été employé assez souvent chez des malades digitalisés pour la recherche du temps de circulation et aucun cas de mort, à notre connaissance, n'a été publié. Il est pourtant classique de ne pas prescrire de la digitaline à des malades recevant déjà du calcium. Certains auteurs pensent que cela pourrait même constituer une technique inédite de crime parfait!

Expérimentalement, chez l'animal normal, une synergie calcium-digitaline n'a jamais pu être mise nettement en évidence lorsqu'on emploie des doses normales. Mais lorsque la digitaline est administrée jusqu'à la limite de la toxicité, alors l'action du calcium est nette.

La baisse du calcium ionisé provoque chez l'animal une diminution du débit cardiaque et une hypotension. Il est possible, quoique non démontré, que l'action de la digitaline sur la contractilité cardiaque soit alors réduite. L'utilisation des chélateurs du calcium a d'ailleurs été préconisée par de nombreux auteurs dans certains cas d'intoxication digitalique. Cette méthode a été souvent couronnée de succès, bien qu'une baisse de la calcémie n'ait pas toujours accompagné les résultats cliniques.

Or, si l'intervention elle-même ne modifie pas le taux du calcium sérique, les transfusions citratées diminuent le taux du calcium ionisé.

LE MAGNÉSIUM.

Cet électrolyte a un effet anti-arythmique sur le cœur humain. Mais il ne possède probablement pas de vertu protectrice contre l'intoxication digitalique.

La chute du magnésium sérique, telle qu'on peut l'observer chez les malades chirurgicaux soumis à une aspiration duodénale prolongée, ou recevant des perfusions de liquides exempts de magnésium, sensibiliserait au contraire le cœur à la digitaline.

LE POTASSIUM.

L'augmentation du potassium sérique protège contre les arythmies dues à la digitaline. Il ne semble pas cependant que ses effets interfèrent avec les propriétés thérapeutiques de la digitaline: expérimentalement, si le potassium s'oppose aux effets toxiques, il ne supprime pas l'augmentation de la contractilité que provoque l'addition d'ouabaïne. A l'inverse, les digi-

DIAGNOSTIC DES TROUBLES ÉLECTROLYTIQUES

Les dosages des électrolytes du sérum ne permettant d'apprécier que les concentrations extracellulaires, on accorde actuellement de plus en plus d'importance aux modifications électrocardiographiques qui accompagnent les troubles métaboliques. L'électrocardiogramme reflèterait, au moins dans une certaine mesure, les altérations des gradients qui s'établissent entre les concentrations intracellulaires et extracellulaires des divers métabolites.

ÉLECTROCARDIOGRAMME ET POTASSIUM.

L'hyperkaliémie.

Elle se traduit tout d'abord par une augmentation d'amplitude de l'onde T qui s'accompagne de modifications de sa morphologie. Le sommet devient plus pointu en même temps que la base se raccourcit, le tout conférant aux ondes T un aspect «en toit de tente» assez caractéristique.

Une hyperkaliémie plus importante provoque des troubles de la conduction intraventriculaire avec allongement de QRS. Les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire avec allongement de l'espace PR sont plus rares; l'onde P peut alors se confondre avec le T précédent. Des troubles du rythme, extrasystoles et échappements ventriculaires, sont de constatation fréquente.

Enfin, Levine a décrit des courants de lésion sous-épicaire simulant un infarctus du myocarde.

L'hypokaliémie.

Depuis Surawicz et Lepschkin, la sémiologie électrocardiologique de l'hypokaliémie pure est schématisée sous la forme d'une triade constituée par des altérations très rapides du segment ST, de l'onde T et de l'onde U.

Le segment ST présente un affaissement progressif. Ce décalage va croissant avec la déplétion potassique. La durée de ST est inchangée.

L'onde T voit son amplitude diminuer; elle devient iso-électrique, diphasique, enfin franchement négative.

L'amplification de l'onde U est un signe fondamental. Elle conserve sa polarité normale, mais son voltage grandit jusqu'à 7 fois la valeur initiale. Son identification est parfois très difficile: il arrive que les ondes T et U soient plus ou moins confondues et que la délimitation entre la fin de T et le début de U ne puisse être précisée qu'avec l'aide de la phonocardiographie et par l'étude de l'évolution des tracés dans le temps. Le segment QT n'est pas allongé.

Les modifications de l'onde U, pratiquement constantes, constituent le signe le plus caractéristique de l'hypokaliémie. Encore faut-il savoir que cette augmentation de l'onde U peut se voir dans d'autres circonstances: bradycardie, exercice, hypertension artérielle, et... effet digitalique.

L'électrocardiogramme hypokaliémique enfin, est presque exactement superposable à celui de l'imprégnation combinée quinidinique et digitalique.

L'ÉLECTROCARDIOGRAMME ET CALCIUM.

L'hypercalcémie.

Elle provoque un raccourcissement de l'intervalle QT, par diminution du segment ST. A l'extrême, le segment ST disparaît. Les ondes T ne sont pas modifiées.

L'hypocalcémie.

Elle se traduit essentiellement par une prolongation de QT, par allongement du segment intermédiaire ST, l'onde T conservant ses caractéristiques normales.

L'hyperkaliémie associée présente sur l'électrocardiogramme de grandes ondes T de polarité normale succédant à un segment ST rectiligne et allongé.

L'hypokaliémie associée se manifeste par sa triade caractéristique, mais avec une prolongation véritable de la systole électrique.

DIAGNOSTIC DES TROUBLES DUS A LA DIGITALINE

Il est désormais admis qu'un surdosage en digitaliques peut provoquer à peu près n'importe quel trouble du rythme.

En effet, le ralentissement normal du pouls peut être exagéré, et seul l'électrocardiogramme permettra de différencier une bradycardie sinusale, une bradycardie par bloc sinusal ou par bloc sino-auriculaire, des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, fréquents, qui risquent d'entraîner un syndrome d'Adams-Stokes, enfin une bradyarythmie.

Une arythmie peut aussi apparaître: extrasystoles, surtout ventriculaires, isolées, rares et unifocales. Un degré de plus et on observe un bigéminisme ou des salves d'extrasystoles. Parfois enfin, on peut voir des extrasystoles ventriculaires polymorphes, naissant de plusieurs foyers ectopiques.

Mais une dernière éventualité est possible, c'est une *accélération paradoxale* du pouls. Il peut s'agir d'une tachycardie sinusale, d'une tachy-arythmie complète, d'une tachycardie

nodale, et surtout d'une tachysystolie auriculaire avec bloc auriculo-ventriculaire, ou d'une tachycardie ventriculaire bidirectionnelle, assez caractéristique.

Si l'on pense que la digitaline est généralement prescrite chez des cardiaques dont la maladie peut elle-même provoquer des troubles du rythme, on conçoit que le diagnostic d'intoxication digitalique soit parfois difficile à porter. Pour Slama, on ne peut l'affirmer que si le trouble apparaît après le début de la médication digitalique, disparaît après l'arrêt de celle-ci (il faut parfois attendre 4 à 5 jours après l'arrêt) et si le malade ne prend aucun autre médicament susceptible d'engendrer ce trouble. On pourrait ajouter: si le malade ne présente aucune modification de son métabolisme capable de l'imiter.

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE TROUBLES MÉTABOLIQUES ET INTOXICATION DIGITALIQUE

Les signes cliniques ne sont généralement pas d'un grand secours: les vomissements sont un signe banal en chirurgie, les troubles de la vue souvent difficiles à faire préciser à un opéré de fraîche date.

Quant à l'électrocardiogramme, il est certain que, à l'exception des cas typiques, il ne peut guère être interprété que par un cardiologue averti.

Nous avons signalé plus haut l'analogie existant entre la triade hypokaliémique et l'imprégnation digitalo-quinidinique. L'électrocardiogramme purement digitalique peut aussi prêter à confusion par la présence d'une onde T diphasique (- +) et d'une onde U d'amplitude accrue; mais le raccourcissement de la systole électrique sépare ces deux ondes alors que dans l'hypokaliémie elles sont souvent, mais pas toujours, confondues. Ceci n'est qu'un exemple des problèmes électrocardiographiques qui peuvent se présenter et qu'il est, théoriquement, difficile de trancher. Mais leur signification s'éclaire le plus souvent si on les considère en fonction des autres éléments cliniques.

Nous savons qu'il n'existe pas de parallélisme entre les dosages biologiques, pour la kaliémie en particulier, et l'électrocardiogramme. Cependant, chez un même malade, l'électrocardiogramme évolue ordinairement dans le même sens que la kaliémie (Pernod). Par exemple un électrocardiogramme de type hyperkaliémique alors que le potassium sérique est normal, deviendra normal si le potassium sérique est un peu abaissé, et de type hypokaliémique si l'hypokaliémie est très importante.

C'est dire l'importance du test thérapeutique. L'administration de chlorure de potassium en potion (Boyadjian) ou en perfusion doit corriger rapidement un tracé du type hypokaliémie. Chez presque tous les malades de Pernod, la correction a été obtenue en 9 à 24 heures. Chez un malade cependant, au bout de 48 heures le tracé n'était pas encore revenu à la normale. C'est que l'électrocardiogramme ne redevient normal que si le potassium se distribue de façon correcte entre les deux secteurs extra- et intracellulaires. Il est certain que, dans ces conditions, l'épreuve thérapeutique perd beaucoup de valeur dans les urgences.

Nos connaissances sur les modifications que les médicaments et les troubles métaboliques sont susceptibles d'apporter à un tracé électrocardiographique sont certes encore fragmentaires et imprécises. Cependant, l'électrocardiogramme, indispensable au diagnostic des affections cardiaques, est devenu un auxiliaire précieux pour l'investigation des déséquilibres ioniques. C'est dire son intérêt spécialement pour le chirurgien encore appelé trop souvent à opérer dans des centres dépourvus de laboratoires d'analyses modernes.

INDICATIONS DE LA DIGITALINE EN CHIRURGIE

PÉRIODE PRÉ-OPÉRATOIRE.

Si on laisse de côté les malades présentant une insuffisance cardiaque grave et dont le traitement sort du cadre des problèmes courants, la prescription pré-opératoire de digitaline obéit à des règles assez simples dont la première, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est de ne donner de digitaline qu'aux malades qui en ont besoin.

Il faut absolument, grâce à une bonne préparation psychologique, éviter aux malades digitalisés l'angoisse pré-opératoire: celle-ci peut provoquer une accélération du rythme cardiaque qui amène à augmenter la dose de digitaline; elle peut aussi provoquer quelques extrasystoles, des vomissements et de l'anorexie qui en sont interprétés comme des accidents de surdosage.

Mais on doit dans la mesure du possible éviter les tranquillisants ainsi que les médications adjuvantes, dont les effets secondaires sont mal connus, et qui risquent de modifier la sensibilité à la digitaline.

Il est habituel, avant l'intervention, de réduire les oedèmes. Mais une diurèse importante et brutale provoque des modifications électrolytiques de nature à précipiter l'intoxication digitale. Il convient donc d'éviter les diurétiques trop actifs.

Enfin, Lown conseille de se méfier d'un surdosage latent, l'anesthésie ou l'intervention étant susceptibles de déclencher des manifestations d'intoxication souvent difficiles à interpréter. Il semble que le seul moyen d'éviter cette erreur soit de commencer la digitalisation assez longtemps avant l'intervention, pour pouvoir apprécier exactement la dose utile.

PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE.

Après l'intervention, la digitalisation peut poser des problèmes essentiellement devant trois ordres de faits: la tachycardie, la défaillance cardiaque et les troubles électrolytiques.

Les tachycardies.

Arythmies paroxystiques chez le malade non digitalisé.

Le traitement de ces arythmies, comme chez le malade non chirurgical, dépend de leur identification, grâce à l'électrocardiogramme.

La plus grave est la *tachycardie ventriculaire*, souvent causée par un infarctus du myocarde, celui-ci étant lui-même la conséquence d'une hypotension per-opératoire.

La *tachycardie auriculaire ou nodale* cède souvent aux manoeuvres classiques d'excitation du pneumogastrique. Dans le cas contraire, une digitalisation rapide est indiquée, à l'aide d'agents du type Cédilanide.

La *fibrillation et le flutter auriculaires* se voient fréquemment après la chirurgie cardiaque ou thoracique. Les digitaliques, en diminuant la conduction auriculoventriculaire, régularisent le rythme. Ces arythmies disparaissent en général spontanément après retour à la normale du rythme ventriculaire.

Ces tachycardies s'accompagnent souvent d'hypotension, dont on sait la gravité, particulièrement chez les malades âgés. C'est pourquoi, dans ces cas, le premier geste thérapeutique doit être de restaurer la masse sanguine et la tension artérielle. C'est dans un deuxième temps qu'on cherchera à identifier l'arythmie, pour digitaliser éventuellement le malade. Lown insiste beaucoup sur le fait que les drogues vaso-pressives doivent être employées dans les tachycardies paroxystiques, alors que dans les tachycardies avec hypotension qui s'établissent progressivement et qui sont dues à la diminution de la masse sanguine, la restauration de la masse sanguine a la priorité.

Arythmies paroxystiques chez les malades digitalisés.

Dans ces cas, il faut d'abord s'assurer que le trouble du rythme n'est pas dû à la digitaline. Or, sauf en présence de fibrillation ou de flutter auriculaire, nous avons vu que les

données de l'électrocardiogramme sont insuffisantes pour éliminer cette possibilité. Ce n'est que l'analyse de chaque cas particulier et la confrontation de l'électrocardiogramme avec l'ensemble des données cliniques qui permettra de préciser l'étiologie de l'arythmie.

Tachycardie sinusale.

L'apparition d'une tachycardie sinusale est un problème cardiologique courant de la période post-opératoire. Il faut bien savoir que c'est une réaction physiologique normale aux multiples stimuli de l'intervention. La digitaline ne peut être que nocive. Elle peut même provoquer une réaction paradoxale en accélérant encore le rythme. On peut alors être tenté d'augmenter les doses, ce qui peut amener la mort.

La défaillance cardiaque congestive.

C'est ici un problème de diagnostic. En effet durant la période post-opératoire, il peut être très difficile de reconnaître une insuffisance ventriculaire gauche avant l'apparition de l'œdème pulmonaire.

Les troubles électrolytiques.

Trois types de perturbations métaboliques susceptibles de modifier les résultats de la digitalisation peuvent se rencontrer chez les malades chirurgicaux: les troubles du sodium et du potassium, les altérations de la diurèse, enfin des variations du calcium ionisé.

Modifications du sodium et du potassium.

Une modification métabolique observée très fréquemment dans les 24 heures qui suivent l'intervention est l'apparition d'une hyponatrémie accompagnée d'une hyperkaliémie. L'origine de cette perturbation est vraisemblablement la dilution de la masse sanguine par des apports liquidiens.

L'administration de digitaliques est susceptible de provoquer alors deux types d'accidents.

Un surdosage en digitaline peut provoquer des accidents du type intoxication digitalique, malgré l'hyperkaliémie qui devrait en principe protéger le cœur. Mais on sait que des doses élevées de digitaliques déplacent le potassium du myocarde. On a donc, paradoxalement, avec une hyperkaliémie sérique, une hypokaliémie myocardique. Le cœur, perdant son potassium, est alors sensibilisé à l'action des digitaliques.

Nous avons vu que l'administration de doses non toxiques de digitaline était suivie d'une hyperkaliémie dont l'origine était vraisemblablement double: libération du potassium hépa-

tique et inhibition de la fixation du potassium par les muscles squelettiques. C'est ainsi que l'administration de digitaline après une intervention peut aggraver de façon à peu près imprévisible l'intoxication potassique.

On conçoit que, chez ces malades, la marge de sécurité dans la posologie digitalique soit encore plus étroite que d'ordinaire, et que les dosages d'électrolytes ne soient pas toujours capables de guider la posologie, puisque les taux de potassium dans le sang et dans le myocarde n'évoluent pas forcément de façon parallèle.

L'électrocardiogramme, capable théoriquement de renseigner sur le degré d'imprégnation digitalique et sur les concentrations des électrolytes, est ici encore un élément indispensable du diagnostic.

Il est possible que nos deux premiers malades aient succombé à une hyperkaliémie, aggravée par l'administration de digitalique.

Les troubles de la diurèse.

On observe fréquemment, après un trauma, 24 ou 48 heures d'oligurie. Lorsque la diurèse se rétablit, elle peut s'accompagner d'une chute importante du potassium sanguin. La sensibilité à la digitaline est alors accrue.

Lown, qui publie un cas très voisin de notre observation n° 3, pense que le fait que la première dose de digitaliques ait transformé une fibrillation auriculaire en un rythme sinusal normal, est un signe de l'augmentation de la sensibilité du patient. Chez notre malade également, la première injection de Cédilanide avait ramené un rythme normal, mais, comme dans le cas de Lown, une dose moyenne du médicament fut néanmoins administrée le lendemain et le malade mourut.

Il est possible que, comme le pense Lown pour son patient, notre troisième malade ait été victime d'une intoxication digitalique favorisée par une hypokaliémie.

Les modifications du calcium.

Nous avons vu plus haut que si l'élévation du calcium sanguin semblait sans effet sur la tolérance à la digitaline, sa diminution peut provoquer une défaillance cardiaque avec hypotension. L'action de la digitaline sur la contractilité cardiaque serait en même temps diminuée.

L'administration de sang citraté peut amener une diminution du calcium sérique ionisé, qui ne peut pas être décelée par les dosages du calcium sérique total. Cependant, l'électrocardiogramme montre l'allongement caractéristique de QT. Cette diminution du calcium ionisé peut jouer un rôle dans l'apparition

d'une décompensation chez un malade mal compensé. Il est possible en outre que l'hypocalcémie réduise l'efficacité de l'action de la digitaline sur la contractilité cardiaque.

Il est cependant facile d'éviter ces troubles en administrant prophylactiquement du calcium aux malades qui reçoivent des transfusions citratées multiples.

CONCLUSIONS

L'administration systématique de digitaline avant une intervention, dans l'espoir d'éviter une hypothétique complication cardiaque, nous semble à tout le moins une erreur.

Les cardiaques décompensés, les cardiaques compensés mais ayant présenté des accidents de décompensation, les malades présentant une fibrillation ou un flutter auriculaires doivent, par contre, être opérés sous le couvert de la digitaline. Mais la digitalisation *per os* devra commencer plusieurs jours, une semaine ou même deux si possible, avant l'intervention, afin de fixer de façon précise la posologie utile. Les diurétiques brutaux seront écartés. Enfin, toute médication non indispensable sera supprimée, pour limiter au maximum le risque d'interactions imprévisibles.

Après l'intervention, les indications de la médication digitale ne peuvent être posées sans une étude électrocardiographique. En effet, l'administration routinière de digitaline devant toute accélération du rythme peut être non seulement inutile, s'il s'agit d'une tachycardie sinusale, mais dangereuse, dans le cas par exemple d'une tachycardie ventriculaire symptomatique d'un infarctus, ou en présence de modifications de la kaliémie que les dosages sanguins ne sont pas toujours capables de mettre en évidence. Cependant, comme toujours en médecine, il n'est pas bon de se fier aux données d'un seul examen de laboratoire, et la décision ne pourra être prise le plus souvent qu'après une analyse minutieuse de l'ensemble des données cliniques et paracliniques.

Il est certain que nous avons encore beaucoup à apprendre sur les effets réciproques des électrolytes et de la digitaline, sur les altérations métaboliques de l'électrocardiogramme, ainsi que sur les techniques de dosage des électrolytes et leur valeur. Il nous semble néanmoins que, si imparfaits qu'ils soient, les moyens d'investigation actuels, à condition d'utiliser toutes leurs possibilités et d'analyser leurs données avec rigueur, doivent permettre de sauver bon nombre de ces «cœurs trop bons pour mourir».

Pour la bibliographie, le lecteur est prié de se reporter à l'article original.

NEUTRAPHYLLINE

*et ses
associations*

COMPRIMÉS

SUPPOSITOIRES

sédative :

NEUTRAPHYLLINE
AU PHÉNOBARBITAL

antispasmodique :

NEUTRAPHYLLINE.
PAPAVÉRINE. PHÉNOBARBITAL

eupnéique :

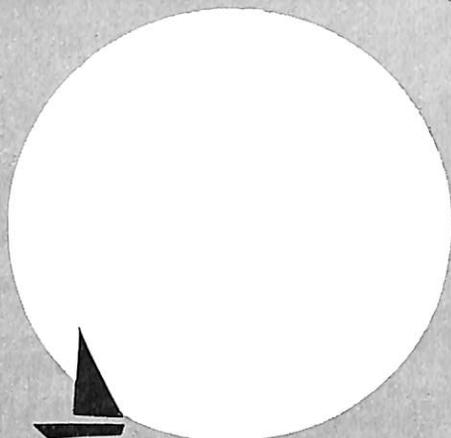
NEUTRAPIRINE

LABORATOIRES HOUDÉ - 9, RUE DIEU, PARIS X^e

275.

G. Delforge & Cie, 197, Avenue Paul Deschanel
BRUXELLES 3 - Tél.: 15 49 40

donne à l'anxieux:
le calme
la sérénité
la détente



PERTRANQUIL[®] LEPETIT

méprobamate

psychoplégique
relaxant musculaire
favorise le sommeil physiologique

comprimés
suppositoires
ampoules

PROPHAC S. à r.l. - Luxembourg - 125, rue Ad. Fischer

Rhinite aiguë

○ Enfants

Coryza banal hivernal

○ Adultes

Rhino - Pharyngite aiguë et subaiguë

○ 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

LIBRATAR (Chlorbenzoxamine)

anti-ulcéreux original et étiologique

qui s'attaque à la racine du mal
sans effet anticholinergique marqué

LIBRATAR COMPLEX

LIBRATAR + 3 anti-acides gastriques

- recouvrant la muqueuse d'un tapis protecteur et neutralisant
- supprimant immédiatement la douleur
- sans provoquer d'alcalose systémique malgré un emploi prolongé.

LIBRATAR

— Flacon de 30 comprimés

LIBRATAR COMPLEX

— Flacon de 30 comprimés

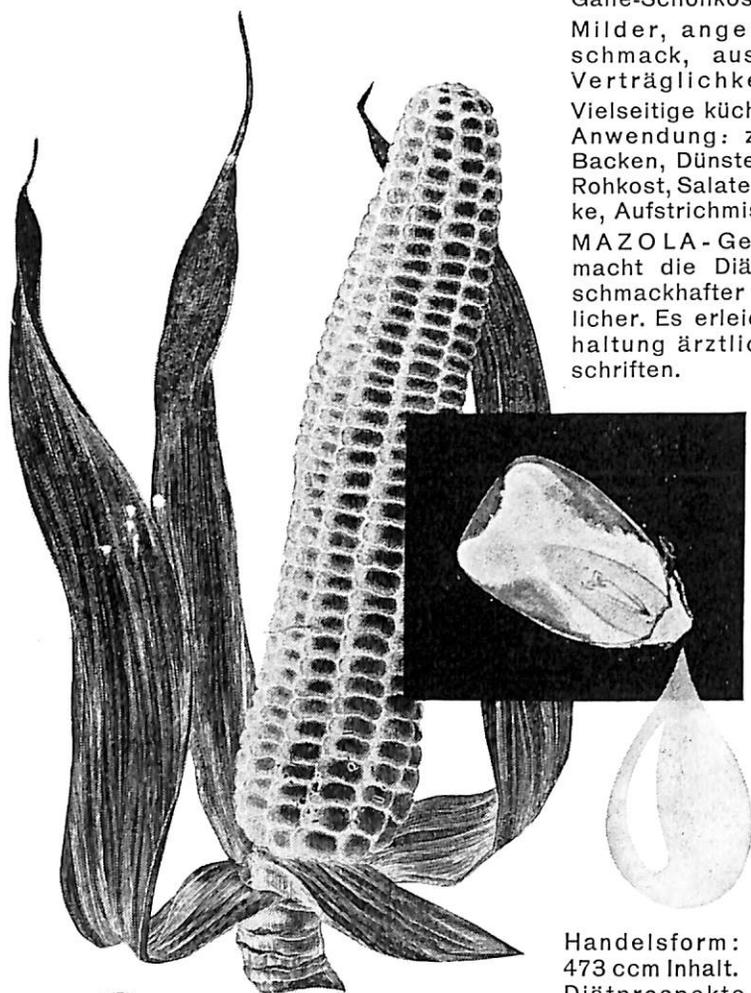


Division Pharmaceutique

BRUXELLES

Mazola®

GETREIDEKEIMÖL



Reines Maiskeimöl mit einem Gehalt an der essentiellen, mehrfach ungesättigten Linol-säure 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 1

CONGRÈS ET RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1963

M. Fabré (Paris): «*La thalassothérapie en gynécologie, et ses indications*» - L'auteur, devant le regain de succès auprès des médecins et du public, de la thalassothérapie, en fixe les indications en gynécologie. Il est d'avis que cette thérapeutique ne doit pas faire oublier les cures thermales, qui ont fait leurs preuves, et qui sont de mieux en mieux codifiées.

R. A. Casaubon (Eaubonne): «*Allergie, terrain et soufre thermal*» - L'étude des variations du pH urinaire au cours de plusieurs cures d'enfants traités aux Eaux-Bonnes, a permis à l'auteur d'affirmer que les sources sulfurées mixtes et calciques de cette station rééquilibrent le système neurovégétatif de ces malades, diminuant l'hypervagotonie et l'alcalose quasi constantes chez ces enfants, et sans doute caractéristiques du terrain allergique.

Les eaux sulfurées des Eaux-Bonnes modifient le terrain allergique, agissant aussi bien sur le psychique que sur le somatique. C'est là l'essentiel de leur action. La cure thermale doit être faite très tôt; elle doit être plus préventive que curative.

La crise thermale, pendant laquelle l'acidose est constante, traduirait la réaction du système neurovégétatif à l'agression des eaux thermales.

P. Stévenet (Niort): «*A propos de l'évolution de la climatologie en fonction de certaines formes cliniques actuelles de tuberculose*» -

L'auteur n'a pas eu en vue le procès climatique de quelques établissements de cure, mais seulement d'insister sur l'importance du facteur bronchique en matière de tuberculose, et sur ses conséquences climatiques, en particulier dans sa région du Centre-Ouest, proche de l'Atlantique, et riche en allergènes atmosphériques.

Il lui semble que le phthisiologue actuel ne doit pas se borner à poser une indication purement clinique et radiologique d'envoi en sanatorium, mais qu'il doit se doubler d'un géographe, voire d'un hydrogéologue, pour apprécier l'environnement, les conditions climatiques et allergéniques des établissements auxquels il va confier ses malades. Bien des incidents, des complications, pourraient de la sorte être évités, et la notion de cure climatique souvent décriée aujourd'hui pourrait retrouver une place privilégiée.

R. Lemaire (Caen): «*La déshydratation volontaire consciente*» - L'auteur souligne l'intérêt d'actualité de l'amélioration de la tolérance à la chaleur. Ses expériences ont porté sur un animal ayant une sécrétion sudorale: le cheval. Pendant trois nyctémères, les animaux ont été privés d'eau, et ils effectuaient pendant une heure, aux heures les plus chaudes, un exercice physique déclenchant une sudation supérieure à 4 litres. Une série de mesures ont été pratiquées avant et après la période de suppression hydrique, et de sudation. Avec les réserves qu'il convient pour extrapoler de l'animal à

l'homme, ces expériences permettraient de soutenir qu'il pourrait exister une certaine augmentation de la tolérance à la chaleur; cette augmentation semble être obtenue par l'association nuancée d'efforts physiques et de restrictions hydriques.

J. Arnaud, R. Grandpierre, J. P. Moroni (Paris): «*Mesure de la radio-activité de l'air des lieux de cure et de promenade de Luchon*» - A l'occasion d'une campagne de mesures des gaz thermaux, les auteurs ont pu mettre en évidence et mesurer la quantité de radon dans le voisinage des thermes et dans le parc thermal de la ville.

P. Grognot, J. Bourdinaud, A. Gimenez (Paris): «*Essais de protection pharmacologique contre les stress sonores*» - Les auteurs rappellent d'abord les réactions générales et spécialement neuro-végétatives, les variations tensionnelles, les perturbations du tracé électro-cardiographique, provoquées par l'exposition à un stress sonore. Ils ont analysé ces résultats sur un groupe de 34 malades, suivis dans un centre de psychothérapie, et dont 23 bénéficiaient de l'apport de substances pharmacodynamiques: Butyrophénones, Phénothiazine: elles ont présenté une protection efficace, mais inégale, avec une prédominance d'activité pour les Butyrophénones.

P. L. Biget, R. Grandpierre et M. Robert (Paris): «*L'évolution de l'activité de l'anhydrase carbonique des hématies au cours de l'acclimatement à l'altitude*» - Afin de tenter de déterminer l'importance du stimulus CO_2 au cours de l'acclimatement à l'altitude, les auteurs ont étudié les

variations de l'activité de l'anhydrase carbonique des hématies dans de telles conditions physiologiques. En utilisant un montage spécial, ils ont maintenu à une altitude fictive de 5.000 m. des rats, pendant 1 h., 24 h., 3 j., 10 j., et 20 j.

Les variations d'activité enzymatique qu'ils ont trouvées leur permettent de confirmer les phases de l'acclimatement et les variations de sensibilité des centres respiratoires qu'ils avaient déjà décrites.

J. Rivolier (Paris): «*Intérêt et difficulté de la mesure de l'électricité atmosphérique*» - La bioclimatologie n'en est qu'à ses débuts, et si l'on connaît des manifestations physio-pathologiques qui semblent liées aux éléments cosmiques, on sait mal auxquels d'entre eux il faut attacher le plus d'intérêt, et par quel mécanisme ils interviennent sur les processus de la vie. Parmi les différents paramètres à envisager, l'électricité atmosphérique semble le plus intéressant. Il existe en effet entre deux points de l'atmosphère une différence de potentiel correspondant à la valeur du champ électrique du lieu. L'air présente une conductibilité due à la présence d'ions chargés positivement et négativement. En dehors de variations périodiques connues, le champ électrique atmosphérique est influencé par les phénomènes météorologiques.

Il existe un certain nombre d'appareils permettant de mesurer le champ électrique, la conductibilité et l'ionisation. Toutes ces mesures sont délicates à effectuer. Cependant l'intérêt d'une corrélation avec certains faits physio-pathologiques encourage les recherches dans ce domaine.

LA PART DU THERMALISME ET DU CLIMATISME DANS LE TRAITEMENT DE L'ALLERGIE RESPIRATOIRE

P. H. Rossier (Zurich): «*Étude des troubles physiopathologiques observés au cours de la crise aiguë d'asthme*». - L'auteur insiste sur la transformation fondamentale de la dynamique pulmonaire au cours de la crise d'asthme, se traduisant en fin de compte par une augmentation considérable du travail respiratoire, conduisant de ce fait à la sensation de dyspnée, et pouvant aboutir, tout au moins dans les formes graves, à intéresser l'ensemble de l'organisme.

J. Charpin, A. Zafiropoulo, O. Giraud-Michel et H. Colonna (Marseille): «*La part de l'allergie dans l'étiologie des bronchites chroniques*», soulignent la difficulté du problème, en l'absence de test parfaitement sûr du terrain allergique. Ils croient que, dans la genèse des bronchites chroniques de l'adulte, le facteur allergique pourrait jouer un rôle relativement modeste, et qu'il n'y a aucun intérêt à vouloir confondre ces bronchites dans le même cadre nosologique que l'asthme et les phénomènes allergiques respiratoires.

J. Schlaffer: «*Les traitements de l'allergie, créno-climatothérapie exclue*», souligne l'intérêt et la difficulté du problème; il se borne à analyser, d'une part, les traitements destinés à faire cesser dans l'immédiat les manifestations cliniques relevant de l'action des allergènes, et d'autre part les traitements visant à modifier à long terme les réactions de l'organisme en vue d'en obtenir une véritable guérison.

Cornet, M. de Traverse, M^{me} Depraître (Paris) et R. Flurin (Caute-

rets): «*Les eaux minérales dans le traitement de l'allergie respiratoire. Pharmacodynamie. Action expérimentale*», rappellent d'abord les travaux effectués à la suite de Villaret et Justin-Besançon, sur l'organe isolé, puis sur l'animal entier. Ils rapportent l'ensemble de leurs expérimentations, poursuivies chez le cobaye, et concluent à la puissante action pharmacodynamique in vivo du soluté minéral naturel que constituent les eaux thermales, dont certaines sont douées d'une action antihistaminique indiscutable.

J. Bourdial (Paris) et P. Molinery (Luchon) rappellent l'intérêt d'une coopération étroite entre allergistes, rhinologistes et thermalistes. Ils exposent les idées directives du traitement local des allergiques rhinosinusiens; ils rapportent les résultats obtenus soit avec des eaux chlorobicarbonatées-sodiques (Le Mont-Dore), soit avec des eaux sulfurées (Luchon). Ils soulignent leur action sédative locale, leur effet neutralisant de la substance H, ou bien l'augmentation de tolérance qu'elles entraînent grâce aux modifications favorables du terrain.

E. Thin (Enghien): «*L'allergie favorisant l'infection et l'infection créant l'allergie*». - La synergie des propriétés antibiotiques et anti-histaminiques de nos eaux, démontrée cliniquement et expérimentalement par des travaux sérologiques et biologiques récents, permet de comprendre comment les curistes se trouvent soustraits à ce cercle vicieux.

Cette notion renforce l'opinion, de plus en plus admise, que l'all-

gie infectée constitue l'indication majeure de la crénothérapie sulfurée.

P. Claude (Le Mont-Dore): «*Allergie des voies aériennes inférieures et crénothérapie*» - L'auteur étudie l'action de la cure du Mont-Dore sur 200 malades atteints d'asthme, les 100 premiers présentant un facteur allergique, les autres semblant n'en pas posséder. L'auteur conclut à l'action très favorable sur l'asthme, dans un grand nombre de cas, avec une efficacité moindre chez les grands allergiques, la sensibilité allergique s'atténuant peu à peu avec la répétition des cures.

J. Chaire et H. Jumon (La Bourboule): «*Allergie des voies respiratoires inférieures et crénothérapie au cours de l'enfance*» - L'étude d'un groupe de 205 enfants présentant des troubles allergiques des voies respiratoires inférieures a mis en évidence à la suite du traitement par la cure arsénicale de La Bourboule, les résultats suivants: très bons: 22,9% - bons: 52,3% - moyens: 21,9% - nuls: 2,9%. Les résultats très bons et bons, groupés, atteignent donc: 75,2% que l'on peut considérer comme très satisfaisants (enfants à scolarité normale et ne prenant plus de médicaments) - sur 40 de ces enfants traités fréquemment par corticoïdes, 33 ont pu abandonner complètement l'usage de ce médicament. La cure thermale de La Bourboule apparaît donc comme un traitement de fond très efficace de l'allergie respiratoire au cours de l'enfance.

P. Lagèze (Lyon) et J. Passa (Allevard): «*Bronchorrhées et crénothérapie sulfureuse*» - Les auteurs rappellent d'abord la fréquence des bronchorrhées, leur classification en deux grands groupes: la maladie bronchectasique de l'enfance, les bronchorrhées survenant au cours de l'évolution de certaines bronchites chroniques. Du point de vue patho-

génique, ils rappellent l'existence des trois grands facteurs: infection, irritation, allergie, souvent, et de plus en plus, intriqués. Ils rappellent la tendance à la chronicité et aux rechutes de ces affections, quelle qu'en soit l'origine, et l'échec fréquemment observé des thérapeutiques courantes les mieux conduites. La cure thermale sulfureuse vise à modifier un terrain responsable de cette tendance à la pérennité.

Ils analysent les résultats obtenus chez 332 malades, présentant une allergie soit de type O.R.L. prédominant, soit de type trachéo-bronchique prédominant, comparés avec 100 cas de bronchorrhées dépourvues de manifestations allergiques apparentes.

Ils étudient les effets de la cure sur l'état O.R.L., l'état bronchique, l'état général, les manifestations allergiques, et soulignent que près de 60% des malades retirent un net profit de la crénothérapie sulfureuse.

M. Fonquernie (Saint-Honoré) - L'auteur analyse les aspects cliniques et les conditions étiologiques des bronchorrhées soignées à Saint-Honoré, et il étudie minutieusement les phénomènes allergiques observés. Les résultats de la cure semblent très encourageants dans leur ensemble, mais s'ils sont remarquables chez l'enfant, ils sont, chez l'adulte, meilleurs si la bronchorrhée est plus récente, et si la cure thermale a été mieux préparée.

B. Enaud et M^{me} Enaud (Font-Romeu): «*Climatothérapie de haute altitude et allergie respiratoire*» - Durant leur séjour, 80% des enfants asthmatiques et 70% des adultes n'ont plus de crises d'asthme. Tous sont améliorés.

Les résultats éloignés de la cure sont également très favorables, avec un recul allant de 4 à 10 ans. 80% des enfants sont guéris ou améliorés. 20% voient seulement réappa-

raltre leurs crises comme par le passé.

L'association systématique, pendant les séjours de longue durée, du traitement de désensibilisation à la cure de haute altitude dans les asthmes allergiques doit améliorer les résultats éloignés.

M. Préault (Dieulefit), L. Parrel et Panzani (Aubagne): «*Climatothérapie méditerranéenne et allergie respiratoire*» - Les auteurs rappellent les conditions climatiques favorables, ainsi que les facteurs seconds agissant favorablement sur ces états. Ils analysent les résultats observés, tant sur l'appareil respiratoire, que sur l'état général. Ils insistent sur l'opportunité d'un traitement poursuivi avec persévérance, et concluent aux bons résultats habituellement observés.

C. Berlioz (Paris), A. Debidour (Le Mont-Dore) et R. Wolfrohm (Paris): «*La part de la crénothérapie dans la réadaptation sociale des allergiques respiratoires*» - Les auteurs estiment que ce problème est d'un haut intérêt dans la mesure où il met en évidence que la crénothérapie réduit l'importance et la fréquence des traitements chez les allergiques respiratoires, et favorise la réadaptation sociale de malades très souvent améliorés, sinon apparemment guéris. Il en résulte une économie interne réalisée par une diminution des dépenses de soins et de médicaments, et une économie externe se traduisant par la reprise et la continuité du travail.

Pour établir de tels faits, les auteurs font état de deux enquêtes qui

ont été menées dans des conditions différentes.

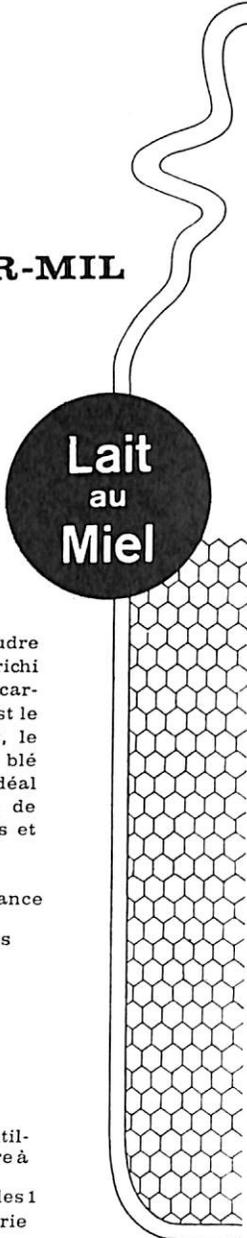
De la première, réalisée au moyen d'un questionnaire, il ressort que:

- 1) Sur le total des malades atteints d'allergie respiratoire (essentiellement d'asthme bronchique) ayant eu recours à la crénothérapie, la consommation pharmaceutique s'est trouvée modifiée comme il suit:
 - pour 52% des sujets, réduction importante dans la consommation pharmaceutique;
 - pour 38% des sujets: suppression totale des médicaments après la dernière cure thermique;
 - pour 2% des sujets: consommation inchangée.
- 2) Sur le total des malades exerçant une profession, et qui avaient interrompu fréquemment leur travail avant leurs cures:
 - 84% ont repris leur travail normalement et sans interruption;
 - 16% ont eu un absentéisme diminué.

De la seconde enquête, faite au sein d'un organisme de sécurité sociale de province, il découle que:

- 1) La consommation de médicaments s'est abaissée de 33% pendant les six mois qui suivent la cure par rapport aux six mois qui la précèdent; atteignant 44% pour les corticoïdes;
- 2) L'absentéisme pendant le même temps a diminué de 30%.

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

Dans l'asthme et dans la rhinite allergique
Dans la polyarthrite chronique évolutive et
autres collagénoses
Dans la dermatite allergique et la dermatite
inflammatoire

LEDERCORT (*)

Triamcinolone

LEDERLE

9 α -fluoro-16 α -hydroxyprednisolone

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

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

PRESENTATIONS :

Flacon de 10 comprimés à 4 mg.

Flacon de 10 et 30 comprimés à 2 mg. } Cat. « Ac » F.N.A.M.I.

Ledercort acétonide crème; tube de 5 et de 15 g. Cat. « A » F.N.A.M.I.



LEDERLE BELGE

506, Chaussée de St-Job, BRUXELLES 18

Tél. 74.58.57 - 74.48.55

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



Modell moderner Blutdruck- senkung Modenol®

Lockerung der kochsalzarmen
Diät, Reizabschirmung ohne
Ermüdung, Kaliumsubstitution.
Erhaltungsdosis 1-2 Drag. tägl.

Dragées mit 3,3 mg Thiabutazid,
0,07 mg Reserpin, 0,07 mg Res-
cinnamin, 0,7 mg Raubasin,
300 mg Kaliumchlorid.
20 Dragées DM 2.95 o. U.
50 Dragées DM 6.90 o. U.

C. F. Boehringer & Soehne
GmbH. Mannheim



LA MÉDECINE EN LUXEMBOURG

Société des Sciences Médicales

Le 12 mars 1963 s'est tenue l'Assemblée Générale de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Dans son allocution, le D^r P. Felten, président, fit d'abord un bref tour d'horizon sur l'activité au cours de l'exercice écoulé. Il a ensuite remercié ses collaborateurs du Comité et esquissé les projets de la Société pour l'année 1963-1964. Pour terminer, l'orateur, secondé par plusieurs interventions venant de l'assistance, a regretté l'absence des médecins-vétérinaires aux manifestations de la Société et aux sommaires du Bulletin, tout en exprimant l'espoir que cela pourra changer à l'avenir.

Du rapport du D^r Neuen, secrétaire, il ressort que la situation financière de la Société est solide.

Le D^r R. Schaus ajouta quelques mots concernant le Bulletin de la Société, puis l'assemblée eut à s'occuper de la démission du D^r F. Steichen, ancien membre du Comité. Le président, après avoir prononcé l'éloge de cet éminent collaborateur, suggéra qu'il fût remplacé par le D^r Koppes, d'Esch-sur-Alzette, proposition qui rencontra l'approbation unanime.

La séance se termina par la projection du film «Die Katheterisierung des rechten Herzens», mis à la disposition par le Laboratoires C. F. Boehringer, de Mannheim.



Conférences

Le 3 mars, le Professeur Agrégé A. Larcen, de la Faculté de médecine de Nancy, a fait un exposé sur la réanimation médicale.

Le 6 mars, le D^r F. Baclesse, chef du Service de Roentgentherapie et de Cobalthérapie à l'Hôpital Améri-

cain de Paris, a traité «L'état actuel des applications des radiations ionisantes en médecine».

Le 24 mars, conférence du Professeur Agrégé Huriet, de la Faculté de médecine de Nancy, sur l'«Epu-ration extrarénale».

Le 15 mars, l'Union Royale Belge avait invité à la tribune le Professeur P. Bordet, Directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, qui brossa un tableau de la «Médecine d'hier et d'aujourd'hui».

Le 8 avril, lors de la Journée Mondiale de la Santé, conférence sur «Probleme der modernen Nahrungsmittelhygiene», par le Professeur D^r O. Högl, Präsident des Rates des Codes Alimentarius Europaeus.

Le 17 mars, le D^r L. Sorel, Maître de Conférences à l'Université de Louvain, était l'hôte de la Société des Sciences Médicales et parla de la classification des épilepsies et de leurs traitements.

Journée Médicale à Mondorf-les-Bains, le 28 avril, avec le programme suivant:

D^r Robert Maigne, Paris: L'arthrose de la colonne cervicale et ses complications;

D^r Michel Lequesne, Paris: La pathologie de la hanche en dehors de la coxarthrose;

D^r René Waghemacker, Lille: Possibilités et limites du traitement chirurgical de la coxarthrose.



Croix-Rouge Luxembourgeoise

Le 12 avril 1963, la Croix-Rouge Luxembourgeoise a diffusé auprès du corps médical une lettre circulaire rédigée dans ces termes:

«Nous nous voyons dans l'obligation de vous informer que depuis un certain temps notre service de trans-

fusion sanguine n'arrive qu'avec les plus grandes difficultés à satisfaire les demandes du corps médical en sang humain.

Ceci provient du fait que depuis quatre ans le nombre de nos donateurs de sang est resté stationnaire alors que de 1958 à 1962 le nombre des baxters demandés a augmenté de 50%.

Pour illustrer cette situation nous vous citons comme exemple que nous avons dû faire appel la semaine dernière à des donateurs de sang du groupe 0 qui avaient offert leur sang pour la dernière fois il y a 8 à 10 semaines seulement.

Vous comprendrez aisément que nous devons faire un effort très sérieux pour augmenter le nombre de nos donateurs étant donné que les besoins en sang humain augmentent régulièrement de 10 à 12% chaque année et que nous ne pouvons pas vous demander de restreindre vos demandes étant donné que nous som-

mes certains que vous n'utilisez le sang humain qu'à bon escient.

Nous venons donc vous demander par la présente de nous apporter votre précieux concours pour la campagne de propagande que nous lançons actuellement pour le recrutement de nouveaux donateurs de sang.

Pour pouvoir illustrer cette campagne nous vous prions de bien vouloir remplir avec plus de détails nos fiches accompagnant les baxters, de ne pas vous borner à souligner l'indication médicale ou chirurgicale, mais de nous faire part des maladies, accidents ou opérations pour lesquels les baxters en question ont été utilisés.

Pour la même raison veuillez nous signaler des cas spectaculaires où telle où telle vie n'a pu être sauvée que grâce à la transfusion sanguine.

Il va sans dire que la Croix-Rouge gardera le secret médical. Elle ne communiquera jamais le nom du receveur dont la vie a été sauvée...>

DIQUINAL

Modérateur et régulateur du coeur



ETHANITROL

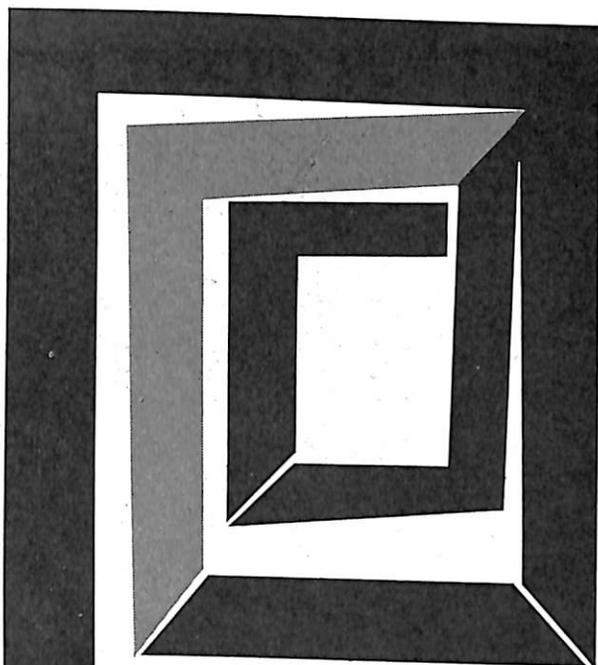
Vasodilatateur coronarien



NICOTURAL

Hypotenseur Spasmolytique vasculaire

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



rédiomex[®]
amitriptyline LABAZ

**ANTIDÉPRESSIF PUISSANT
DOUÉ DE PROPRIÉTÉS SÉDA-
TIVES ET ANXIOLYTIQUES
MARQUÉES**

INDICATIONS :

Tous les états de dépression et particulière-
ment ceux où l'anxiété, l'agitation, l'insomnie
se manifestent parallèlement à la dépression.

Flacons de 50 dragées à 25 mg
CATÉGORIE A du F. N. A. M. I.

NOUVEAU

3 farines guigoz instantanées

PRÊTES A L'EMPLOI



NOURRISSANTES

3

farines instantanées

Guigoz

Vendues en pharmacie



Documentation et échantillons gratuits sur demande
Guigoz (Belgique) SA, 3, rue Jacques-de-Lalaing Bruxelles 4

**Pour aider vos patients
à s'abstenir du tabac,**

au lieu d'un conseil

ordonnez

NICOMISE

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.

PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN

Blend-a-med Forschung Mainz

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

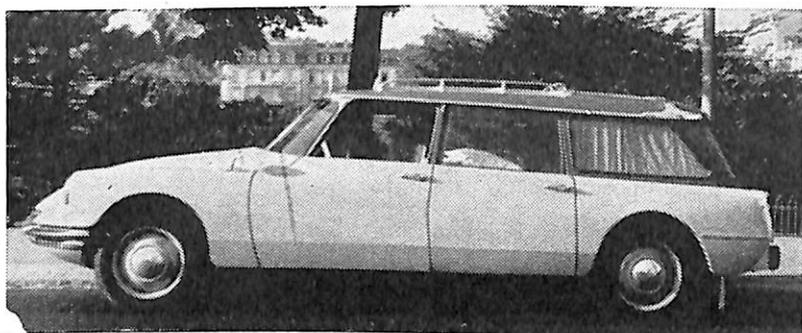
Paste: netzmittelfrei; kräftigt das Zahnfleisch und vermindert die Gefahr der Rezidive.

Die wirksame Hilfe bei Parodontopathien:



PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN
PARODONTOPATHIEN

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



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

Garage Ch. Schalz & Fils

Luxembourg

41, Allée Scheffer - Téléphone 276 75

para **sanol**®

Differenzierte Bremsung der hyperaktiven Magenfunktionen

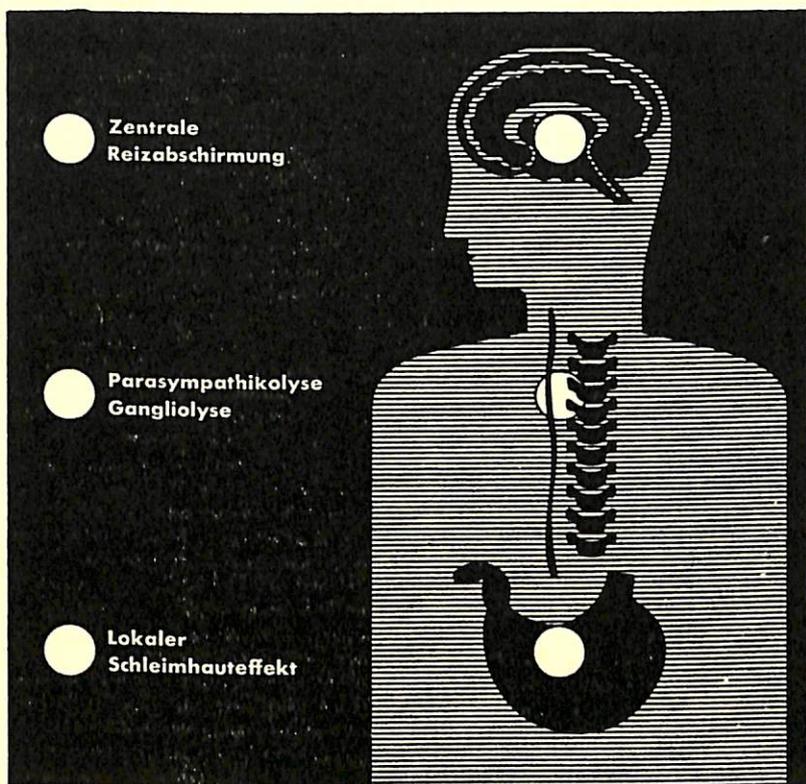
durch parasymphatikolytische Wirkung, lokalen Schleimhauteffekt und zentrale Reizabschirmung. para sanol entspricht den neuen Anschauungen von Pathogenese und Therapie der Magenerkrankungen.

Zusammensetzung:

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

Indikationen:

Ulcus ventriculi et duodeni,
Gastritis acuta et chronica,
Gastritis nervosa, Gastroduodenitis,
Stumpfgastritis, Begleitgastritiden versch. Genese



100



Handelsformen: 24 und 48 Tabletten

Prophac Luxembourg

Mondorf-les-Bains

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG



La Station Hépatique
du
BENELUX

SAISON: 1er Février - 15 Décembre

Indications

La lithiase biliaire et les maladies de la vésicule

Les maladies hépatiques

Le foie colonial

Les troubles de la nutrition

La constipation chronique

Les affections rhumatismales chroniques

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

