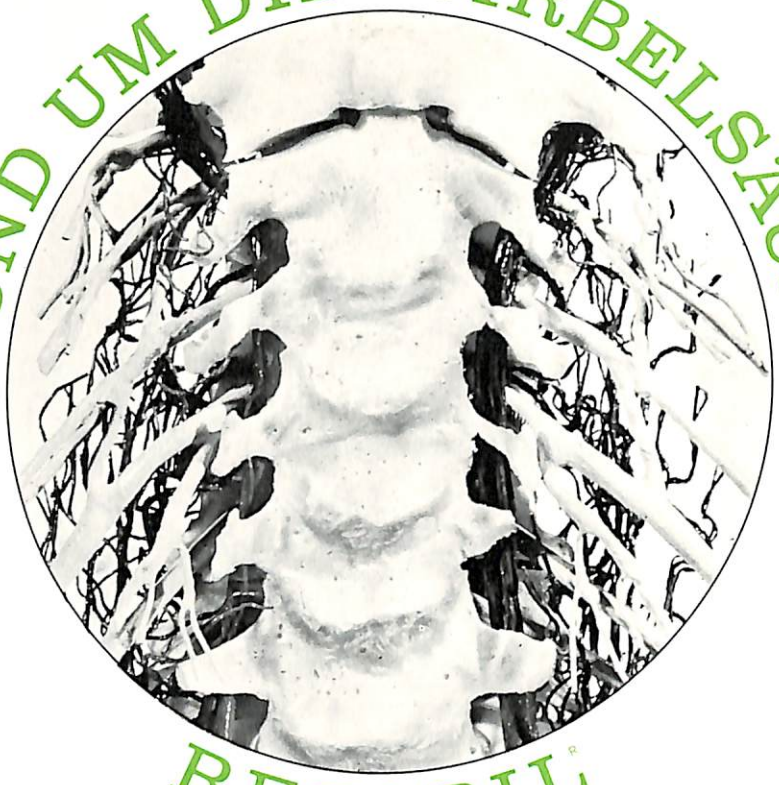
Bulletin

de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

1 1969 Mars 106me année

RUND UM DIE WIRBELSÄULE



REPARIL®

HWS- BWS- LWS-Syndrom

Ampullen „forte"	Dragées	Gel
Nr. III	Nr. XL	40,0 g
Nr. XV	Nr. C	
Nr. XXX		

MADAUS

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

Bulletin

de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Fondé en 1864

1 1969 Mars 106me année

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

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

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Secrétaire général :

Dr JEAN NEUEN
3, rue Conrad Ier, Luxembourg

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Dr RAYMOND SCHAUS
30, boulevard d'Avranches
Luxembourg

Comité de rédaction :

Dr LOUIS KLEES
Dr MARCEL LEMMER
Dr HENRI LOUTSCH
Dr GEORGES MULLER
Dr J. PAUL PUNDEL
Dr FERNAND SCHWACHTGEN
Dr 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, 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.

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 1969 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.*

SOMMAIRE

La mortalité infantile périnatale à la Maternité Grande-Duchesse Charlotte, Luxembourg 9
J. P. PUNDEL

Accidents vasculaires cérébraux et échoencéphalographie 53
S. G. THIRY et J. M. HOTERMANS

Vascular accidents and electroencephalography . . . 67
P. PAMPIGLIONE

Head injuries and electroencephalography 75
P. PAMPIGLIONE

Étude sur la signification, l'apprentissage et l'exercice de la médecine interne 83
V. HARTH et J. G. L. DAGNELIE

Assemblée Générale de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg - Rapport d'activité . 105
R. SCHAUS

Prix des Sciences 1968 117

Travaux d'auteurs luxembourgeois publiés à l'étranger . 121

Les livres. 125

Correspondance 137

Congrès 143

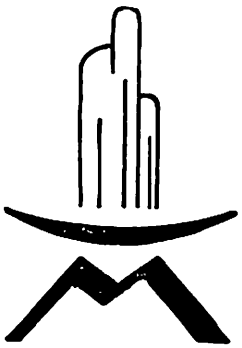
NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES

ayant annoncé dans le présent numéro

Asta Werke
Baudrihaye
Établissements A. de Bournonville & Fils
Brocades-Belga
Ciba
Christiaens S.A.
Coles
Continental Pharma
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Therabrux, Mack, Dedieu, Sobio, Iatreia, Auclair
G. Delforge & Co
Herman-Labor
Laboratoires HOUDE
Integral S.A., Luxembourg
Madaus, Blend-a-med, Zwintscher
Labaz
Librapharm
Établissements Paul Louis
Établissement Thermal Mondorf-les-Bains
Optima
Organon Belge S. A.
Pfizer
Pharma Union
Philips
Promedy
Prophac, Luxembourg
Lepetit, Dispersa
R.I.T. Genval
Sandoz
Salvia-Werk
Laboratoires S.M.B.
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale
Specia
Theraplix
Union Chimique Belge
Vandemoortele S. A.
Établissement Thermal Vichy
Laboratoires Marcel Viselé
Produits Wander S. A.
Laboratoires Wolfs
Zyma Galen

MONDORF - les - Bains

station thermale de l'Etat luxembourgeois



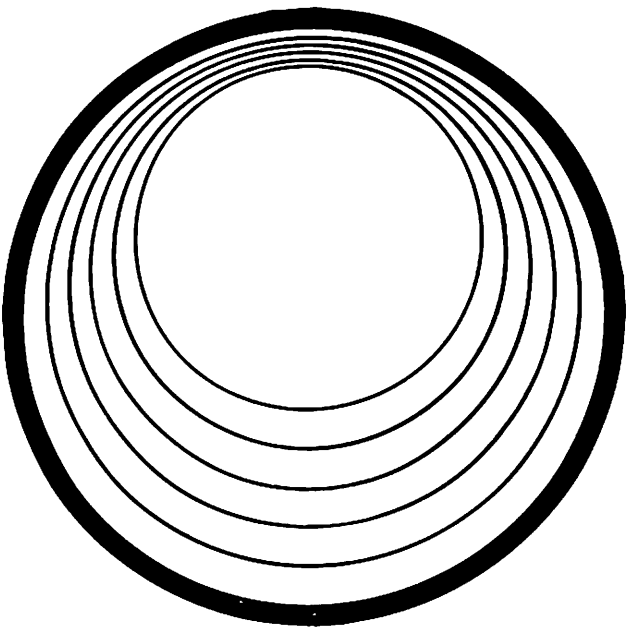
Indications

- les maladies du foie et de la vésicule biliaire
- les troubles de la nutrition
- les affections rhumatismales chroniques

Cure de boisson - Hydro-physio-électrothérapie - Massages et Kinésithérapie - Centre de réhabilitation physique - Centre de rééducation respiratoire.

Saison:
1er février - 15 décembre

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à l'Etablissement thermal de Mondorf-Etat, à Mondorf-les-Bains. Téléphone : 67011



dragées

rutiverine
rutiverine 30

lèvent les spasmes,
dilatent les vaisseaux
et les consolident

dragées

rutiverinal

calme,
lève les spasmes,
dilate les vaisseaux
et les consolide

SURMENAGE

ÉPUISEMENT NERVEUX

DÉFICIENCES CÉRÉBRALES

ANXIÉTÉ

CÉRÉBROLYSINE

Ebéwé

Composition: Mélange d'acides aminés correspondant à 1 gr. de substance cérébrale fraîche par ampoule de 1 cc. Exempt d'albumine de de peptides et de lipoïdes.

Indications: Etats d'épuisement nerveux et végétatif, troubles de la faculté d'attention et du pouvoir de concentration, accès vasovégétatifs et autres troubles des fonctions végétatives, troubles post-commotionnels, petit mal, carcolepsie, prophylaxie des effets secondaires dans la thérapeutique de choc, dystontogénie mentale chez l'enfant. - Etats post-grippaux.

Posologie: Tous les 2 ou 3 jours - quotidiennement dans les sèvères - 1 ampoule de CÉRÉBROLYSINE (intraveineuse ou intra-musculaire). En général, une série de 10 ampoules s'est avérée suffisante pour l'obtention d'un succès thérapeutique. Une augmentation des doses est recommandée seulement dans des cas réfractaires.

Présentation: Boîtes de 10 ampoules de 1 cc.

LITTÉRATURE AVEC
RÉFÉRENCES
SUR SIMPLE DEMANDE

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)

Pour le cœur...

SEDOVERINE

FORMULE — Aminophylline 50 mg . Chlorhydrate Papavérine 15 mg . Phenobarbital 15 mg.

INDICATIONS — Cardiopathies fonctionnelles, instabilité neuro-végétative, palpitations, anxiété.

POSOLOGIE — 2 à 6 dragées par jour, suivant avis médical.

PRESENTATION — Flacon de 40 dragées.

Echantillons et Littérature gratuits sur demande.

L'Ophtalmothérapie indolore

Toutes les infections oculaires, nasales et otiques

SULFACOLLYRE VISELE

Solution stérile de sulfacétamide sodique (15 %)

NAPHAZINC Collyre

Zinc. sulf. 30 mg. - Naphazolin. nitr. 5 mg.

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)

Pour le

traitement des eczémas

Locacortène®

Un corticostéroïde de bon aloi

A chaque cas la forme qui convient

Lotion :	flacon de 15 ml
Crème :	tube de 15 g
Onguent :	tube de 15 g
Crème + néomycine :	tube de 15 g
Onguent + néomycine :	tube de 15 g

C I B A

LA MORTALITÉ INFANTILE PÉRINATALE A LA MATERNITÉ GRANDE-DUCHESSE CHARLOTTE, LUXEMBOURG

Étude analytique, critique et comparative de l'activité obstétricale de 1956 à 1967

par J. P. PUNDEL

INTRODUCTION

La lutte contre la mortalité infantile périnatale est depuis plusieurs années une des grandes préoccupations non seulement de notre Ministère de la Santé, mais encore de tous les Services de Santé du monde entier, et l'Organisation Mondiale de la Santé y consacre une partie importante de ses travaux de recherche. L'importance de ces études concernant la mortalité périnatale infantile et même maternelle est soulignée non seulement par son facteur très important dans la démographie des pays, mais encore par le fait que le taux de ces mortalités infantiles et maternelles est un indice particulièrement sensible du niveau médical et social d'un pays. Dans les régions en voie de développement, c'est encore le taux de la mortalité maternelle qui y indique les progrès réalisés, mais dans nos régions, ce taux est actuellement tombé à des chiffres trop bas pour avoir encore une certaine utilité de critère. Par contre, le taux de la mortalité infantile périnatale reste encore relativement élevé. En effet, depuis 1941, le taux de la mortalité maternelle à la Maternité Grande-Duchesse Charlotte a pu être réduit de 90%, tandis que celui de la mortalité infantile périnatale a pu être abaissé à peine de 60% (tableau I). Rappelons ici seulement que la mortalité maternelle périnatale actuelle est provoquée presque exclusivement par les toxicoses gravidiques, tandis que les autres facteurs classiques des décès maternels comme la septicémie puerpérale et les hémorragies ont pu être éliminés presqu'entièrement.

La lutte contre la mortalité périnatale maternelle a pu être menée avec tant de succès parce que l'on connaissait particulièrement bien ses causes et que la médecine moderne nous

Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., *106*, 1969.

a fourni des armes très efficaces pour éviter et traiter ces maladies. Mais en ce qui concerne la mortalité infantile, la situation est bien différente. Les facteurs influençant la mortalité infantile périnatale (M.I.P.) sont multiples et comprennent non seulement des maladies, des malformations et des lésions obstétricales, mais encore toute une série de causes inconnues ou encore mal étudiées. Le problème est donc fort complexe, car pour pouvoir lutter efficacement contre cette mortalité infantile, il faut tout d'abord connaître ses causes, mais les données précises dont nous disposons actuellement sont encore fort insuffisantes. C'est la raison pourquoi notre Ministère de la Santé a chargé une commission spéciale d'étudier le problème de la mortalité infantile sur le plan national. Il est apparu rapidement que les données fournies par les déclarations des causes de décès sont trop insuffisantes pour permettre la moindre étude sérieuse et la commission a déjà élaboré un questionnaire spécial qui devrait être rempli dorénavant pour tout décès d'un enfant âgé de moins d'un an. Mais il faudra encore attendre au moins une année avant qu'une telle enquête puisse porter ses fruits. En attendant, nous avons entrepris d'étudier la mortalité infantile périnatale de la Maternité Grande-Duchesse Charlotte pour obtenir ainsi un premier bilan de la situation telle qu'elle se présente non sur le plan national, mais du moins pour la plus grande maternité du pays et où ont eu lieu au cours des années intéressant cette étude environ 31% du total des naissances du Grand-Duché.

I. DÉFINITION DE LA MORTALITÉ PÉRINATALE

On comprend par mortalité infantile périnatale (M.I.P.) tous les décès de la naissance jusqu'au septième jour et y compris les mort-nés, du moment que les enfants sont supposés être viables. Mais cette limite de la viabilité est en général mal définie et varie considérablement d'un pays à l'autre [1, 2, 3]. Ainsi, les uns se basent sur une durée minimale de grossesse de 28 semaines, de 180 ou 184 jours ou même, comme la Finlande, sur une durée de grossesse de seulement 24 semaines complètes. Cette définition est pour quiconque possède une certaine expérience d'accoucheur déjà a priori contestable, car il est souvent impossible de définir exactement, ne serait-ce qu'en semaines, la durée réelle de la grossesse, et les dates des dernières règles indiquées par les parturientes sont souvent inexactes. Pour cette raison, d'autres préfèrent des critères plus précis comme le poids ou la taille de l'enfant à la naissance. Mais là également, il n'y a pas de critère bien défini, puisque les limites varient d'un pays à l'autre de 600 à 1000 g pour le poids et de 25 à 35 cm pour la taille. Il est évident que les différentes statistiques nationales actuelles, par la diversité des critères utilisés ne peuvent permettre aucune comparaison exacte

pour savoir laquelle en est la meilleure, si on ne tient pas compte de ces divergences.

Pour le Luxembourg, il n'existe aucune définition officielle ou légale de la durée minimale de la grossesse à partir de laquelle un enfant ou foetus est viable et doit être déclaré comme naissance vivante ou mort-né à l'Etat Civil. On se base en général sur le critère de 28 semaines de grossesse, mais nous avons préféré nous baser sur les critères proposés par le Bureau International de Gynécologie [3] et qui sont actuellement utilisés pour la plupart des études précises. Nous avons pris comme limite inférieure de la viabilité non un élément de durée de grossesse, mais le critère de taille minimale de 31 cm. L'argumentation pour cette définition est la suivante: Grâce au perfectionnement de la réanimation des prématurés, on a réussi à garder en vie des enfants ayant pesé à peine 600 g à la naissance, mais on n'a pas encore pu obtenir ce succès chez des enfants ayant une taille inférieure à 31 cm, même si leur poids avait dépassé 1000 g.

Pour l'état de vie de l'enfant, nous avons adopté les critères suivants: *Mort-né*: tout enfant dont la taille est supérieure à 31 cm. mais qui est né sans vie ou n'a pas pu être réanimé jusqu'à la reprise de la respiration spontanée. Nous avons distingué en outre entre les décès survenus in utero avant l'entrée en clinique ou avant le début du travail (*morts ante partum*) et les décès survenus au cours de l'accouchement (*morts intra partum*). Cette distinction est indispensable pour une étude critique de la mortalité infantile d'un service obstétrical. Les *morts du post partum* comprennent tous les décès des 7 premiers jours après la naissance.

II. STATISITIQUE GÉNÉRALE DE LA MATERNITÉ CHARLOTTE POUR LES ANNÉES 1941 – 1967

TABLEAU I

Années	Accouchements	Naissances	Mort-nés		Décès 1-7 jours		Mortalité périnatale infantile		Mortalité maternelle	
	Total	Total	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1941-45	5 038	5 101	124	2,43	97	1,95	221	4,33	16	0,317
1946-50	6 644	6 728	159	2,35	101	1,54	260	3,86	14	0,211
1951-55	8 390	8 482	150	1,77	129	1,54	279	3,29	11	0,131
1956-60	7 699	7 800	110	1,41	117	1,52	227	2,95	9	0,117
1961-65	8 265	8 346	132	1,58	93	1,13	225	2,69	7	0,083
1966-67	2 597	2 619	27	1,03	18	0,68	45	1,71	1	0,038

Statistique générale de l'activité obstétricale de la Maternité Grande-Duchesse Charlotte pour les années 1941 à 1967.

Dans le tableau I, nous avons représenté l'activité obstétricale de la Maternité Charlotte depuis 1941 jusqu'à 1967. Le taux de la mortalité maternelle comprend tous les décès maternels survenus en fin de grossesse, au cours de l'accouchement et dans la période du post partum immédiat, même si la cause du décès est indépendante de l'état gravidique. Il s'agit donc, tout comme pour les décès d'enfants, d'une mortalité globale complète et non épurée. Ces chiffres démontrent, comme il fallait s'y attendre d'ailleurs, une diminution notable aussi bien de la mortalité infantile périnatale que de la mortalité maternelle. Nous constatons cependant que c'est la mortalité maternelle qui accuse la diminution la plus frappante, descendant de 3,17 à 0,38‰, ce qui correspond à une amélioration de presque 90%, tandis que la mortalité infantile n'a pu être diminuée que de 60%.

III. ÉTUDE DÉTAILLÉE DE LA MORTALITÉ INFANTILE PÉRINATALE

Nos connaissances scientifiques sur les causes de la mortalité infantile périnatale se sont enrichies au cours des dernières 25 années de plusieurs notions importantes qui concernent notamment les embryopathies à virus, les malformations congénitales et surtout le facteur rhésus. Toute étude actuelle doit donc tenir compte de ces récentes acquisitions, ce qui nous

TABLEAU II

Années	Naissances Total	Décès des enfants								Mortalité infantile périnatale	
		Ante-partum		Intra-partum		Mort-nés		Post-partum 1-7 jours			
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1956-60	7 800	55	0,70	55	0,70	110	1,41	117	1,52	227	2,95
1961-65	8 346	83	0,99	49	0,59	132	1,58	93	1,13	225	2,69
1966-67	2 619	19	0,72	8	0,30	27	1,03	18	0,68	45	1,71
Total	*18 765*	*157*	*0,84*	*112*	*0,59*	*269*	*1,43*	*228*	*1,23*	*497*	*2,68*

*Mortalité infantile périnatale globale de la Maternité Charlotte pour le années 1955 à 1967.**

* Comme de nombreuses statistiques étendent la M.I.P. jusqu'au 10^{me} jour après la naissance, il nous a paru utile de donner un relevé des décès selon le jour après la naissance, afin de pouvoir apporter aux chiffres de ce travail la correction qui s'impose pour la comparaison avec d'autres statistiques (Tableau IIA).

oblige à limiter notre recherche à la période où le laboratoire de la Croix Rouge et finalement celui de la Maternité ont pu entreprendre d'une manière régulière le contrôle du groupe sanguin ABO et RH, le test de Coombs et la recherche et le dosage des différents anticorps anti-Rh et où le laboratoire de la Maternité a pu réaliser des examens autopsiques. Nous avons donc commencé notre recherche avec l'année 1956, date à laquelle le laboratoire de la Maternité a commencé à pratiquer la plupart des examens sérologiques et autopsiques. Cette étude comprend ainsi tous les décès infantiles de 1956 à 1967, soit 497 décès pour un total de 18.561 accouchements ou de 18.765 naissances. Dans le tableau II, nous avons groupé ces 497 décès selon le moment du décès, et nous voyons que le taux des décès ante partum ou avant l'entrée en Maternité (A.P.) est resté sans changement appréciable, tandis que l'amélioration des taux de mortalité se manifeste exclusivement pour les décès intra partum (I.P.) et post partum (P.P.), donc pour ceux survenus au cours de l'accouchement et pendant les sept premiers jours de la vie.

TABLEAU II A

Années	Total des décès	Jour de décès									
		1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e
1956-60	177 (+ 3)	53	36	13	4	2	5	4	—	2	1
1961-65	93 (+ 1)	55	19	8	3	3	3	2	—	1	—
1966-67	18 (+ 1)	10	5	3	—	—	—	—	1	—	—
Total	*228 (+ 5)*	*118*	*60*	*24*	*7*	*5*	*8*	*6*	*1*	*3*	*1*

Décès infantiles après la naissance, selon le jour du décès.

Dans les tableaux suivants, nous avons étudié la mortalité infantile périnatale par rapport à la parité (primipares et multipares), l'âge de la mère, l'état civil et la nationalité de la mère, le milieu social, ensuite le poids de l'enfant à la naissance, la durée de la grossesse et le nombre d'enfants par accouchement.

1. La parité

Le tableau III représente la mortalité infantile périnatale (M.I.P.) selon le rang de la naissance pour la mère. Les taux indiqués correspondent aux taux proportionnels par rapport au total de la mortalité et des naissances, ce qui permet en outre une appréciation du taux de la multiparité.

Le taux de M.I.P. est le plus bas pour la deuxième naissance. Il est ensuite légèrement plus élevé pour la première et la troi-

TABLEAU III

Décès	Total	Rang de la naissance														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A. P.	157	50	29	32	18	14	7	0	2	1	2	1	0	0	0	1
I. P.	112	48	22	12	15	4	2	3	2	0	0	1	2	1	0	0
Mort-nés	269	98	51	44	33	18	9	3	4	1	2	2	2	1	0	1
P. P.	228	78	73	29	20	12	5	6	2	0	0	2	0	0	0	1
Total	497	176	124	73	53	30	14	9	6	1	2	4	2	1	0	2
%	100	35,4	25,0	14,7	10,7	6,0	2,8	1,8	1,2	0,2	0,4	0,8	0,4	0,2	0	0,4
Naissances %	100	41,0	30,4	13,8	8,3	2,6	1,5	0,6	0,4	0,2	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1

Mortalité infantile périnatale selon la parité ou le rang de la naissance.

sième pour augmenter ensuite sensiblement avec le rang croissant des naissances. En général, la mortalité globale périnatale est de 2,46% pour les primipares et de 3,34% pour le total des multipares, deuxièmes naissances incluses. Nos chiffres indiquent en outre un accroissement proportionnel du taux des deuxièmes naissances, un taux assez stationnaire pour les premières et une diminution sensible du taux des grandes multipares, ce qui correspond assez exactement aux grandes tendances des mouvements actuels de la natalité pour nos régions.

2. *L'âge de la mère*

Le tableau IV représente la M.I.P. selon l'âge de la mère. Comme pour le tableau précédent, les pourcentages indiqués correspondent aux taux proportionnels par rapport au total des décès et des accouchements.

La M.I.P. est la plus basse pour les mères âgées de 25 à 29 ans. Elle augmente légèrement pour les femmes plus jeunes,

TABLEAU IV

Décès	Total	Age de la mère						
		—20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-50
A. P.	157	2	24	39	37	36	15	4
I. P.	112	6	21	29	35	16	3	2
Morts-nés	269	8	45	68	72	52	18	6
P. P.	228	15	63	55	41	34	8	2
Total	*497*	*23*	*108*	*123*	*113*	*86*	*26*	*8*
%	100	4,63	21,73	24,74	22,73	17,30	5,23	1,61
Naissances %	100	3,8	28,3	34,9	21,9	8,8	2,1	0,2

Mortalité infantile périnatale selon l'âge de la mère.

mais atteint des taux importants avec l'âge croissant de la mère à partir de 30 à 34 ans. Pour les mères âgées de 40 ans et plus, la M.I.P. dépasse 7%!

3. État civil et nationalité de la mère

Le tableau V représente la M.I.P. selon l'état civil et la nationalité de la mère.

Il existe donc une différence très appréciable entre la M.I.P. chez les mères de nationalité étrangère et celle observée chez les mères luxembourgeoises. La différence de M.I.P. entre les mères mariées et les mères célibataires, divorcées ou veuves est faible et provient en premier lieu de la fréquence plus élevée de sujets étrangers parmi les mères célibataires, car la différence entre ces deux groupes est pratiquement nulle pour les mères de nationalité luxembourgeoise.

TABLEAU V

Décès	Mariées	Célibataires	Luxembourgeoises	Etrangères
A. P.	152	5 = 3,18 %	125	32 = 20,38 %
I. P.	102	10 = 8,93	86	26 = 23,21
Mort-nés	254	15 = 5,20	211	58 = 21,56
P. P.	214	14 = 6,14	183	45 = 19,82
Total	468 = 94,17 %	29 = 5,83	394 = 79,23	103 = 20,77
Naissances total	95,7 %	4,3 %	85,2 %	14,8 %

Mortalité infantile périnatale par rapport à l'état civil et la nationalité de la mère.

4. État social de la mère (femme au travail et femme au foyer)

Il est un fait peu connu pour le Grand-Duché que le taux des parturientes ayant exercé au cours de leur grossesse un métier ou une profession [1] est particulièrement bas, ne dépassant pas pour l'année 1965 le taux de 6,4% pour l'ensemble des accouchées du pays. Les renseignements fournis par les feuilles d'observation de la Maternité Charlotte confirment cet état social particulièrement favorable pour les parturientes. Parmi ces femmes au travail, le plus grand groupe est fourni par les employées de bureau, les professions libérales, les patronnes de l'industrie et du commerce et les fonctionnaires de l'enseignement. Le groupe des salariées ne constitue qu'un peu plus qu'un tiers des femmes au travail et parmi elles, le nombre des femmes devant travailler pendant leur grossesse dans des conditions pénibles est très petit. Le milieu de vie et de travail joue ainsi un rôle assez secondaire comme facteur éventuel de la mortalité infantile périnatale, du moins en ce qui concerne la mère.

5. *Le sexe de l'enfant*

Le tableau VI confirme une fois de plus les notions bien connues de la prédominance du sexe masculin non seulement dans le total des naissances, mais encore dans le total des décès. Cette différence se retrouve d'une manière encore plus frappante chez les prématurés où les statistiques démontrent qu'à poids et taille identique, les filles ont plus de chances de survivre que les garçons.

TABLEAU VI

Naissances		%	Décès A.P.		Décès I.P.		Mort-nés		Décès P.P.		Mortalité pertinatale	
			Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	18 765	100,0	157	0,84	112	0,59	269	1,43	228	1,43	497	2,68
Garçons	9 796	52.2	88	0,89	69	0,70	157	1,60	129	1,34	286	2,94
Filles	8 969	47,8	69	0,77	43	0,48	112	1,25	99	1,18	211	2,35

Mortalité infantile périnatale selon le sexe de l'enfant.

6. *Le poids de naissance de l'enfant*

Nous avons utilisé le critère de taille uniquement pour définir la limite de viabilité. A partir d'une taille minimale de 31 cm à la naissance, ce critère joue un rôle moins important que le poids de l'enfant et nous avons ainsi évalué la M.I.P. uniquement selon le poids, d'autant plus que la différence entre les prématurés et les enfants à terme est basé encore d'une manière générale sur le poids limite de 2.500 g, avec quelques réserves pour un certain type pathologique d'enfants à poids insuffisant, anomalie désignée par le terme de dystrophie ou dysmaturité [5] ou d'insuffisance placentaire.

Dans les tableaux VII et VIII nous avons groupé les décès par rapport au poids de naissance de l'enfant. Il en ressort que la mortalité dépend considérablement du poids de l'enfant, donc en somme de sa maturité physique. Au cours de la période de 1956 à 1967, aucun enfant de moins de 1.000 g à la naissance n'a pu être gardé en vie au-delà de 7 jours. Par contre, un enfant né avec un poids de 870 g dans la période de 1951 – 1955 est resté en vie et est actuellement en bonne santé physique et intellectuelle. Il faut noter que tous les enfants nés avec un poids inférieur à 2.500 g ne sont pas nécessairement des prématurés, car il y figurent 21 enfants nés indiscutablement à terme, mais avec un poids inférieur à la normale (5 enfants mort-nés macérés et 16 enfants encore en vie au moment de l'accouchement). La cause de cette insuffisance de

TABLEAU VII

Enfants	— 2.499 g	2.500-6.000 g	Total
Naissances	969 = 5,16 %	17 796 = 94,84 %	18 765
Décès A. P.	73 = 7,53	84 = 0,47	157 = 0,84 %
Décès I. P.	42 = 4,33	70 = 0,39	112 = 0,59
Mort-nés	115 = 11,86	154 = 0,86	269 = 1,43
Décès P. P.	151 = 17,68	77 = 0,43	228 = 1,23
Mortalité totale	266 = 27,45	231 = 1,29	497 = 2,68

Mortalité périnatale selon le poids de l'enfant.

TABLEAU VIII

Enfants	— 1.000 g	1.000-1.499 g	1.500-1.999 g	2.000-2.499 g
Naissances	26	129	229	585
Décès A. P.	5	20	26	22
Décès I. P.	4	16	8	14
Mort-nés	9	36	34	36
Décès P. P.	17	53	45	36
Mortalité totale	26 = 100 %	89 = 68,99 %	79 = 34,49 %	72 = 12,31 %

Mortalité périnatale des enfants nés avec un poids inférieur à 2.500 g.

poids, on pourrait presque dire de malnutrition, est en général une insuffisance placentaire [5] (dystrophie ou dysmaturité, toxicose maternelle, dystrophie du deuxième jumeau). Par contre, 2 enfants sont nés indiscutablement avant terme, avec un poids de naissance supérieur à 2.500 g, tous deux des enfants présentant le tableau clinique de l'anasarque ou hydrops foetale par incompatibilité Rh. Pour ces raisons, les chiffres des décès par poids de naissance et ceux des prématurés (voir plus loin) sont légèrement différents et nous avons jugé préférable de grouper les prématurés dans un tableau spécial, selon des critères différents, basés essentiellement sur la durée réelle de la grossesse. Malgré ces restrictions, il apparaît cependant clairement que le poids de naissance de l'enfant est un facteur primordial qui conditionne les chances de survie et de résistance aux nombreuses agressions physiques de l'accouchement et des premiers jours de la vie.

IV. ÉVALUATION OBSTÉTRICALE DE LA MORTALITÉ INFANTILE PÉRINATALE

Après l'étude précédente purement statistique, nous avons examiné la M.I.P. sous l'angle de vue obstétrical, en rapport avec les notions classiques de l'obstétrique, les grands syn-

dromes de pathologie gravidique et obstétricale et les interventions au cours des accouchements.

1. La mortalité infantile périnatale selon le terme de la grossesse

Le tableau IX représente la mortalité infantile périnatale en rapport avec le terme de la grossesse.

TABLEAU IX

Années	Naissances		Décès A.P.		Décès I.P.		Mort-nés		Décès P.P.		Mortalité infantile périnatale	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
					A. Prématurés							
1956-60	317	4,06	19	5,99	22	6,34	41	12,93	66	23,82	107	33,75
1961-65	328	3,93	36	10,97	13	3,96	49	14,94	61	22,84	110	33,54
1966-67	83	3,17	10	12,05	4	4,82	14	16,86	16	23,88	30	36,14
Total	*728*	*3,87*	*65*	*8,93*	*39*	*5,35*	*104*	*14,28*	*143*	*22,92*	*247*	*33,93*
					B. Enfants à terme							
1956-60	7 328	93,95	36	0,49	32	0,43	68	0,93	50	0,69	118	1,61
1961-65	7 848	94,03	46	0,59	32	0,40	78	0,99	30	0,38	108	1,37
1966-67	2 508	95,76	9	0,35	4	0,15	13	0,51	2	0,08	15	0,59
Total	*17 684*	*94,25*	*91*	*0,51*	*68*	*0,38*	*159*	*0,89*	*82*	*0,47*	*241*	*1,36*
					C. Enfants nés après terme							
1956-60	155	1,99	0	0	1	0,64	1	0,64	1	0,64	2	1,29
1961-65	170	2,04	1	0,58	4	2,35	5	2,94	2	1,21	7	4,12
1966-67	28	1,07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	*353*	*1,88*	*1*	*0,28*	*5*	*1,41*	*6*	*1,69*	*3*	*0,86*	*9*	*2,55*
Total B + C	18 037	96,13	92	0,51	73	0,40	165	0,91	85	0,47	250	1,38

La mortalité infantile périnatale selon le terme de la grossesse.

C'est donc la prématurité qui entraîne la plus forte mortalité périnatale (33,93% contre 1,36% pour les enfants nés à terme et 2,55% pour les enfants nés après le terme normal). Nous constatons en plus que le taux de M.I.P. n'a guère changé pour les prématurés au cours de la période étudiée. Mais nous devons souligner le fait très important que le taux des accouchements prématurés est particulièrement bas, par rapport à celui d'autres centres obstétricaux de l'Étranger, et nous pouvons même constater une diminution sensible de ce taux depuis 1956 (4,06% des accouchements) jusqu'en 1967 (3,17%). La diminution du taux global de la M.I.P. provient essentiellement de la diminution de la M.I.P. chez les enfants nés à terme où

elle passe de 1,61 à 0,59%. En ce qui concerne la mortalité élevée des prématurés, il semble que grâce aux traitements anti-abortifs purement médicamenteux (le cerclage du col n'est guère appliqué ou estimé parmi nos accoucheurs), les soins prénataux ont réussi a diminuer sensiblement le taux des accouchements prématurés, mais n'ont pas réussi à diminuer leur M.I.P. Si on compare nos statistiques avec celles d'autres cliniques, on a nettement l'impression que la mortalité périnatale des prématurés est en proportion inverse avec le taux des accouchement prématurés. En d'autres mots, il semble que pour un total donné de grossesses menacées, le traitement prophylactique parvient à diminuer considérablement le nombre des avortements spontanés et des accouchements prématurés, mais ne parvient guère à influencer le résultat final des décès. Plus le pourcentage des accouchements prématurés devient petit, plus leur taux de M.I.P. devient grand, et il persiste un certain taux de M.I.P. presque incompressible, sauf changement radical des soins à donner aux prématurés.

2. Les primipares âgées

Le tableau X montre que la M.I.P. chez les primipares âgées reste particulièrement élevée. Les causes en sont non seulement certaines complications de l'accouchement, mais surtout des anomalies utérines (fibromatose utérine, placenta praevia, rupture prématurée de la poche des eaux etc.) et les toxicoses gravidiques.

TABLEAU X

Total	Décès A.P.	Décès I.P.	Mort-nés	Décès P.P.	Mortalité infantile périnatale
Mères âgées (total): 2 082	55 = 2,64	21 = 1,01	76 = 3,65	44 = 2,19	120 = 5,76%
Primipares âgées: 203	6 = 2,95	3 = 1,48	9 = 4,43	4 = 2,06	13 = 6,40

La mortalité infantile périnatale des mères âgées de plus de 35 ans.

3. Grossesses multiples

A la vue du tableau XI, on a l'impression que la fréquence des accouchements multiples est en régression au cours des dernières années. On voit d'autre part que les accouchements gémellaires entraînent une M.I.P. assez élevée, due en général au taux très élevé des prématurés parmi les jumeaux. Cette M.I.P. n'accuse qu'une diminution faible au cours des années récentes, et ne suit pas la diminution considérable de la M.I.P. pour les accouchements simples. Parmi les 31 décès, nous

avons noté 10 fois la mort des deux jumeaux et 11 fois la mort d'un seul jumeau. Le taux des accouchements triples est trop réduit pour permettre des déductions statistiques valables.

TABLEAU XI

Années	Accouchements		Naissances	Mortalité infantile périnatale					
	Total	%		A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
			Accouchements simples						
1956-60	7 600		7 600	54	50	104	106	210	2,74
1961-65	8 185		8 185	83	47	130	84	214	2,61
1966-67	2 575		2 575	19	8	27	15	42	1,63
Total	*18 360*		*18 360*	*165*	*105*	*261*	*205*	*466*	*2,54*
			Accouchements gémellaires						
1956-60	97	1,25	194	1	5	6	11	17	8,76
1961-65	79	0,95	158	0	2	2	9	11	6,95
1966-67	22	0,84	44	0	0	0	0	3	6,82
Total	*198*	*1,07*	*396*	*1*	*7*	*8*	*23*	*31*	*7,83*
			Accouchements triples						
1956-60	2	0,026	6	0	0	0	0	0	—
1961-65	1	0,012	3	0	0	0	0	0	—
1966-67	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total	*3*	*0,016*	*9*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	—

La mortalité infantile périnatale selon le nombre d'enfants par accouchement (accouchements simples et multiples).

4. La procidence du cordon

La procidence du cordon reste toujours une complication très dangereuse, comme le montre le tableau XII. On constate cependant non seulement une diminution de la M.I.P. globale

TABLEAU XII

Années	Mortalité infantile							
	Total	%	A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
1956-60	35	0,45	2	5	7	4	11	31,43
1961-65	29	0,35	1	4	5	1	6	20,68
1966-67	1	0,04	—	—	—	—	—	—
Total	65	0,35	3	9	12	5	17	26,15

Mortalité infantile périnatale des procidences du cordon.

d'environ un tiers, de 31,43 à 20,68%, mais encore une diminution de la fréquence de cet accident redoutable. Notre expérience personnelle nous fait croire que la diminution de la procidence du cordon est en partie due à l'abandon des énormes gaines de grossesse, car chez les femmes qui au cours de leur grossesse ne portent pas de gaine abdominale, mais un simple support pour les bas, la procidence du cordon est exceptionnelle.

5. *Le placenta praevia*

Le placenta praevia est une autre complication redoutable de la grossesse. Le tableau XIII montre une diminution aussi bien de la fréquence que de la M.I.P. au cours des dernières années. Si l'amélioration de la M.I.P. est essentiellement due à des améliorations de technique obstétricale et de réanimation, par contre, nous ignorons la cause de la diminution constante et statistiquement valable du placenta praevia.

TABLEAU XIII

Années	Mortalité infantile							
	Total	%	A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
1956-60	35	0,45	2	0	2	7	9	25,70
1961-65	26	0,31	1	2	3	1	4	16,16
1966-67	6	0,23	—	—	—	1	1	16,66
Total	67	0,36	3	2	5	9	14	20,88

Mortalité infantile périnatale du placenta praevia.

6. *Les toxicoses gravidiques*

Nous comprenons par toxicose gravidique ici uniquement le syndrome de la triade albuminurie-oedèmes et hypertension, soit sous la forme simple, prééclamptique, soit sous ses complications par éclampsie ou décollement prématuré du placenta normalement inséré (D.P.P.N.I.). Pour ces dernières, nous avons tenu compte exclusivement des décollements placentaires avec tableau clinique typique, toujours associés à une toxicose et non des décollements partiels, peu importants et asymptomatiques. Les toxicoses, comme le montre le tableau XIV, sont donc responsables d'une grande partie des morts foetales in utero. Certes, la M.I.P. pour l'ensemble des toxicoses accuse une diminution notable, de 40,69 à 20,00%, mais les cas pour les différentes rubriques sont insuffisantes pour permettre un jugement statistiquement valable. On pourrait presque prétendre que les toxicoses ont légèrement diminué depuis 1956, mais

TABLEAU XIV

Années	Total	%	Mortalité infantile périnatale					
			A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
			Toxicoses simples					
1956-60	58	0,75	7	6	13	7	20	34,49
1961-65	35	0,42	7	4	11	2	13	37,14
1966-67	8	0,34	—	—	—	—	—	—
Total	*101*	*0,54*	*14*	*10*	*24*	*9*	*33*	*32,67*
			Eclampsies					
1956-60	9	0,12	1	—	1	—	1	11,11
1961-65	9	0,11	3	1	4	1	5	55,55
1966-67	3	0,11	—	—	—	1	1	33,33
Total	*21*	*0,12*	*4*	*1*	*5*	*2*	*7*	*33,33*
			D.P.P.N.I.					
1956-60	19[1]	0,24	6	5[1]	11[1]	3	14[1]	73,67
1961-65	16	0,19	8	—	8	0	8	50,00
1966-67	4	0,15	1	1	2	0	2	50,00
Total	*39*	*0,21*	*15*	*6*	*21*	*3*	*24*	*61,54*
			Total des toxicoses					
1956-60	86	1,11	14	11	25	10	35	40,69
1961-65	60	0,72	18	5	23	3	26	43,33
1966-67	15	0,58	1	1	2	1	3	20,00
Total	*161*	*0,85*	*33*	*17*	*50*	*14*	*64*	*39,75*

Mortalité infantile périnatale totale, non épurée pour les toxicoses gravidiques.

par contre la M.I.P. est restée sans changement indiscutable. Il est regrettable que nous devons encore enregistrer un taux si élevé de toxicoses et ceci d'autant plus que les toxicoses sont pratiquement toujours évitables par une surveillance prénatale régulière et sérieuse et par un régime nutritif correct. Malheureusement, c'est là un facteur qui échappe à l'influence de la Maternité où les accoucheurs sont en général placés, à l'entrée en clinique des malades, devant un fait accompli et où les soins les plus urgents, notamment en cas d'éclampsie et de D.P.P.N.I. tendent à éviter la catastrophe mortelle pour la mère. Rappelons à ce sujet que les toxicoses sont devenues actuellement la cause principale, sinon exclusive des décès maternels que nous devons encore déplorer.

7. Les accouchements en présentation du siège

La présentation du siège reste toujours une présentation dangereuse pour l'enfant à naître. Mais le taux de M.I.P. glo-

bale ne donne pas une idée suffisamment précise, puisqu'il dépend de plusieures facteurs, notamment du taux de la prématurité dont le siège est une complication fréquente (environ 14% contre 2% pour les accouchements à terme), et du mode d'accouchements (extraction ou césarienne). Dans le tableau XV, nous avons tenu compte de ces divers facteurs.

Le tableau XV montre une diminution assez faible de la M.I.P. globale pour les sièges, sauf pour l'extraction des enfants à terme. Comme dans de nombreux dossiers, les accoucheurs n'ont pas indiqué le mode de l'extraction, il ne nous a pas été possible d'étudier la M.I.P. séparée pour la méthode de Bracht ou la grande extraction. Nous devons cependant noter que

TABLEAU XV

Année	Total	%	Mortalité infantile périnatale					
			A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
TOTAL								
1956-60	306	3,92	9	10	19	20	39	12,74
1961-65	334	4,00	13	8	21	18	39	11,67
1966-67	101	3,85	4	1	5	5	10	9,90
Total	*741*	*3,95*	*26*	*19*	*45*	*43*	*88*	*11,87*
EXTRACTIONS, TOTAL								
1956-60	283	92,48	9	10	19	18	37	13,07
1961-65	309	92,51	13	8	21	15	36	11,65
1966-67	91	90,09	4	1	5	5	10	10,99
Total	*683*	*92,17*	*26*	*19*	*45*	*38*	*83*	*12,15*
DONT PREMATURES								
1956-60	40	14,16	5	5	10	11	21	52,50
1961-65	49	15,85	9	3	12	13	25	51,02
1966-67	11	12,09	3	1	4	4	8	72,72
Total	*100*	*14,64*	*17*	*9*	*26*	*28*	*54*	*54,00*
A TERME								
1956-60	243	85,84	4[1]	5	9	7	16	6,58
1961-65	260	84,15	4	5	9	2	11	4,23
1966-67	80	87,91	1	0	1	1	2	2,50
Total	*583*	*85,36*	*9*	*10*	*19*	*10*	*29*	*4,97*
CESARIENNES								
1956-60	23	7,52	—	—	—	2	2	8,69
1961-65	25	7,49	—	—	—	3	3	12,00
1966-67	10	9,91	—	—	—	—	—	—
Total	*58*	*7,83*	—	—	—	*5*	*5*	*8,62*

Accouchements en présentations du siège. Mortalité infantile périnatale totale, non épurée. [1]*: 2 perforations sur tête dernière.*

la plupart des décès I.P. s'observent au cours des grandes extractions. Nous y touchons également le problème du choix thérapeutique ou de la meilleure méthode d'accouchement pour un cas donné. C'est là tout l'art personnel de l'obstétricien. Il devient cependant évident que les accoucheurs ayant la M.I.P. la plus basse pour leurs accouchements en présentation du siège sont ceux qui utilisent le Bracht au maximum, avec la ligne de conduite suivante: Si le siège descend facilement, on fait l'extraction selon Bracht. Si le siège reste élevé ou descend difficilement, mieux vaut faire une césarienne, surtout s'il s'agit d'une primipare ou d'une femme à grand risque obstétrical. Nous y reviendrons plus loin.

8. Les déclenchements du travail

Le déclenchement du travail n'est pas sans risque pour l'enfant, sauf s'il est indiqué par la constatation de la mort de l'enfant in utero. Le tableau XVI indique une diminution notable de la fréquence des déclenchements du travail, par contre cette diminution de fréquence s'accompagne d'une augmentation de la M.I.P. Même en tenant compte des décès existant déjà avant l'indication du déclenchement, la mortalité foetale reste importante. Elle devient parfois déplorable si le décès doit être finalement mis au compte du déclenchement, comme nous avons dû déplorer plusieurs cas. Il s'agit alors en général de déclenchements forcés du travail pour terme apparamment dépassé, avec le résultat que l'accouchement doit être terminé finalement par césarienne ou forceps pour souffrance foetale grave sur un enfant en réalité prématuré. Le déclenchement du travail reste toujours dangereux pour l'enfant et son indication doit être basée sur des arguments sérieux, comme mort du foetus in utero, rupture prématurée de la poche des eaux avec début d'infection amniotique, mais jamais sur la simple crainte d'un dépassement du terme, sur la seule foi des indications maternelles sur les dernières règles.

TABLEAU XVI

Années	Total	%	Mortalité infantile périnatale					
			A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
1956-60	192	2,49	2	3	5	5	10	5,21
1961-65	164	1,99	6	4	10	1	11	6,70
1966-67	26	1,00	0	1	1	1	2	7,69
Total	*382*	*2,05*	*8*	*8*	*16*	*7*	*23*	*6,02*

Mortalité infantile périnatale après déclenchement du travail.

9. *Les interventions obstétricales*

Le tableau XVII montre un taux assez stationnaire des diverses interventions obstétricales, sauf une légère diminution de la fréquence des césariennes. Le nombre des perforations et hystérectomies ou laparotomies est trop petit pour permettre des déductions valables. Par contre, aussi bien le forceps que la césarienne accusent une amélioration nette de la M.I.P. Mais il est parfois difficile de juger de l'amélioration ou de l'aug-

TABLEAU XVII

Années	Total	%	Mortalité infantile périnatale					
			A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
FORCEPS								
1956-60	647	8,29	2	15	17	9	26	4,02
1961-65	682	8,17	1	14	15	7	22	3,22
1966-67	227	8,67	0	3	3	1	4	1,76
Total	*1 556*	*8,29*	*3*	*32*	*35*	*17*	*52*	*3,34*
CESARIENNE								
1956-60	182	2,36	2	3	5	11	16	8,78
1961-65	158	1,91	2	4	6	5	11	6,93
1966-67	48	1,84	0	0	0	1	1	2,08
Total	*388*	*2,09*	*4*	*7*	*11*	*17*	*28*	*7,21*
VENTOUSE								
1956-60	73	0,93	0	1	1	0	1	1,37
1961-65	66	0,79	0	0	0	0	0	—
1966-67	52	1,98	0	0	0	0	0	—
Total	*191*	*1,02*	*0*	*1*	*1*	*0*	*1*	*0,52*
VERSION								
1956-60	20	0,26	1	2	3	1	4	20,00
1961-65	25	0,29	3	4	7	3	10	40,00
1966-67	6	0,23	0	1	1	0	1	19,99
Total	*51*	*0,23*	*4*	*7*	*11*	*4*	*15*	*29,41*
PERFORATIONS etc.								
1956-60	6	0,07	3	3	6	0	6	100
1961-65	1	0,01	1	0	1	0	1	100
1966-67	0	—	—	—	—	—	—	
Total	*7*	*0,04*	*5*	*3*	*7*	*0*	*7*	*100*
HYSTERECTOMIES et LAPAROTOMIES								
1956-60	2	0,02	2	0	2	0	2	100
1961-65	2	0,02	2	0	2	0	2	100
1966-67	0	—	—	—	—	—	—	
Total	*4*	*0,02*	*4*	*0*	*4*	*0*	*4*	*100*

Fréquence et mortalité infantile périnatale globale, non épurée, des diverses interventions obstétricales.

mentation du taux de certaines interventions, puisque ces variations peuvent être le résultat unique de changements d'indication ou de sélection pour ces interventions dans le sens que les bons ou les mauvais cas peuvent être transférés d'un groupe d'interventions à l'autre. Pour cette raison, nous avons groupé dans le tableau XVIII le total des interventions obstétricales classiques par rapport aux accouchements spontanés et les extractions en présentation du siège.

Le tableau XVIII montre une fréquence très stable des accouchements spontanés, opératoires et des extractions du siège, mais le taux de M.I.P. subit pour chaque groupe une amélioration indiscutable, particulièrement frappante pour les accouchements spontanés et les interventions obstétricales classiques, mais moins nette pour les extractions du siège.

TABLEAU XVIII

Années	Accouchements Total	%	Mortalité infantile périnatale					
			A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
ACCOUCHEMENTS SPONTANES								
1956-60	6 488	84,27	36	23	59	78	137	2,11
1961-65	7 022	84,97	61	19	80	63	143	2,03
1966-67	2 173	83,68	15	3	18	11	29	1,33
Total	*15 683*	*84,51*	*112*	*45*	*157*	*152*	*309*	*1,98*
INTERVENTIONS OBSTETRICALES (voir tableau XVII)								
1956-60	930	12,08	10	24	34	21	55	5,91
1961-65	934	11,30	9	22	31	15	46	4,92
1966-67	333	12,82	0	4	4	2	6	1,80
Total	*2 197*	*11,83*	*19*	*50*	*69*	*38*	*107*	*4,87*
EXTRACTIONS DU SIEGE								
1956-60	281	3,65	9	8	17	18	35	13,07
1961-65	309	3,73	13	8	21	15	36	11,65
1966-67	91	3,50	4	1	5	5	10	10,99
Total	*681*	*3,66*	*26*	*17*	*43*	*38*	*81*	*12,15*

Fréquence et M.I.P. globale, non épurée des divers types d'accouchement.

10. Le facteur médical

Si l'on veut procéder à une analyse sérieuse de la mortalité obstétricale, il faut, en toute honnêteté, examiner également le facteur médical tel qu'il peut se répercuter par exemple dans les taux de M.I.P. personnels de chaque accoucheur pour sa clientèle privée et la fréquence des interventions obstétricales pratiquées par les différents médecins de la Maternité. Cette analyse est d'autant plus justifiée que les accoucheurs travail-

lent à la Maternité selon une tradition nationale d'une manière indépendante, chacun pour soi, selon son habileté et sa formation personnelles, et non en équipe homogène, à plein temps, avec un plan thérapeutique bien défini, comme dans la plupart des grands centres étrangers. Il n'est pas possible de donner ici un aperçu complet sur l'activité obstétricale des différents médecins de la Maternité, bien que ce soit fort instructif, mais nous nous bornerons à signaler que la M.I.P. varie nettement d'un accoucheur à l'autre (entre 1,93 et 6,95% pour l'ensemble de leurs accouchements). De même, la fréquence des différentes interventions obstétricales choisies par les accoucheurs varie également d'un médecin à l'autre, moins pour la césarienne (entre 1,0 et 2,7%) que pour le forceps (entre 4,60 et 13,5%) et surtout pour la version, la ventouse et les perforations ou embryotomies que certains médecins n'ont jamais pratiqués (sauf la version pour le deuxième jumeau). La M.I.P. par type d'intervention et par médecin montre parfois des différences énormes, moins pour les accouchements spontanés et les césariennes que pour le forceps et surtout l'extraction du siège que l'on peut considérer, avec certains experts de l'O.M.S. [1] comme étant un véritable critère de l'habileté d'un accoucheur. La M.I.P. dépend ainsi dans une certaine mesure de l'habileté du médecin et surtout de son tempérament interventionniste. Il est vrai que l'accoucheur dont le taux d'interventions est le plus bas n'a pas pu réaliser le taux de M.I.P. le plus réduit (3,00% au lieu de 1,93%), mais le taux le plus élevé de M.I.P. s'est retrouvé indiscutablement chez le médecin le plus interventionniste.

On peut ainsi prétendre en toute franchise que la M.I.P. globale de la Maternité Charlotte ne dépend pas uniquement de l'équipement technique de la clinique, mais encore de la qualité du travail médical et qu'un changement dans la composition du groupe médical suffit parfois à lui-seul pour entraîner une modification considérable de la M.I.P.

V. LES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE PÉRINATALE

Dans les chapitres précédents, nous avons rapporté uniquement des données de statistique globale sur la fréquence de la M.I.P. totale pour les différents types d'accouchements. Il nous reste à examiner les vraies causes de la M.I.P. Pour les 497 décès d'enfants qui forment le matériel pour cette étude, nous avons essayé de trouver la cause du décès avec un maximum de précision possible. Nous nous sommes basés, pour établir le diagnostic, en premier lieu sur des renseignements autopsiques, malheureusement fort rares, ensuite sur la concordance des renseignements cliniques avec des données

sérologiques, bactériologiques ou radiologiques. Ainsi par exemple nous avons attribué la cause du décès à l'iso-immunisation anti-RH sur la concordance du tableau clinique d'anasarque ou ictère nucléaire avec les résultats sérologiques (test de Coombs, dosage des anticorps), à une hémorragie méningée ou cérébrale sur la concordance du tableau clinique avec les résultats de la ponction lombaire. Pour les malformations congénitales, il a suffi pour de nombreux cas d'établir le diagnostic d'après la description morphologique externe de l'enfant, mais dans d'autres cas (enfants extérieurement normaux) c'est uniquement l'autopsie qui a révélé une malformation congénitale léthale comme absence bilatérale du rein, atrésie étendue d'une partie du tube digestif, malformation cardiaque grave. Notons encore que c'est uniquement grâce à l'autopsie que nous avons pu détecter un décès par Listériose au 8^{me} jour après la naissance et qui de ce fait n'est pas entré dans cette étude. En cas de plusieurs causes possibles, nous avons indiqué uniquement la cause principale ou prédominante. Pour les cas de D.P.P.N.I. + malformation congénitale lethale, étranglement par cordon ombilicale + infection amniotique, anasarque + toxicose, nous avons ainsi indiqué comme cause la maladie de base, par exemple malformation, RH, anoxie et non D.P.P.N.I., infection amniotique ou toxicose, car il est plus que probable qu'un traitement prophylactique de ces dernières complications de grossesse n'aurait pas pu éviter la mort de l'enfant. Nous avons attribué la cause du décès aux manoeuvres obstétricales chaque fois que l'intervention a été le facteur étiologique principal du décès (hémorragie cérébrale, anoxie par rétention de la tête dernière, mauvaise indication de l'intervention, comme par exemple forceps au D.S., échec du forceps suivi par version, collapsus maternel sous anesthésie générale ou rachidienne, intervention terminée par perforation). Ce sont en général des enfants nés en asphyxie blanche et n'ayant pas pu être réanimés ou des enfants décédés ultérieurement par suite d'une hémorragie cérébrale. Si la cause de décès est douteuse ou si les dossiers ne fournissent pas de détails suffisants, nous avons rangé les décès dans la rubrique de causes inconnues ou indéterminées. Il y figure notamment un nombre important d'enfants nés en état de macération avancée. Il est probable que cette dernière rubrique (cause inconnue) comporte un certain nombre d'enfants morts par incompatibilité RH, surtout pour la période de 1956 à 1958, où la détermination du groupe n'avait pas encore été réalisée d'une manière systématique, quelques malformés et surtout des décès par suite d'anoxie ou de membrane hyaline du poumon. Il faut cependant signaler que cette rubrique contient également un enfant dont l'autopsie n'a pas pu trouver une cause plausible du décès, c'est dire que même une autopsie systématique ne peut pas toujours révéler la vraie cause du décès.

Notre méthode utilisée pour le diagnostic de la cause du décès laisse ainsi persister une lacune assez importante, mais malgré cette insuffisance du point de vue scientifique, nous croyons cependant que les données précises permettent déjà une certaine appréciation générale des grandes causes de décès infantile.

TABLEAU XIX

Cause	Mortalité infantile périnatale					
	A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total	%
I. Malformations congénitales	4	16	20	30	50	10,0
II. Débilité	0	4	4	56	60	12,0
III. Causes ovulaires:						
1. Dysmaturité	1	0	1	4	5	1,0
2. Dystrophie 2e jumeau	1	2	3	3	6	1,2
3. Etranglement par cordon	8	4	12	1	13	2,6
4. Hydramnios	0	2	2	5	7	1,4
5. Anémie aiguë par rupture du sinus marginal	0	1	1	0	1	0,2
6. Placenta praevia	3	1	4	5	9	1,8
7. Procidence du cordon	3	9	12	5	17	3,4
8. Infection amniotique	2	2	4	6	10	2,0
IV. Toxicose:						
1. Toxicose simple	13	4	17	6	23	4,6
2. Eclampsie	4	1	5	2	7	1,4
3. Eclampsie + D.P.P.N.I.	0	1	1	0	1	0,2
4. D.P.P.N.I.	17	5	22	3	25	5,0
V. Maladies maternelles:						
1. Diabète	9	0	9	2	11	2,2
2. Néphrite chr. hypertensive	1	0	1	0	1	0,2
3. Syphilis	0	0	0	1	1	0,2
VI. Rupture utérine	4	0	4	0	4	0,8
VII. Iso-immunisation anti-RH	16	4	20	10	30	6,0
VIII. Cause obstétricale:						
1. Hémorragie cérébrale	0	1	1	8	9	1,8
2. Hypoxie	2	1	3	3	6	1,2
3. Enclavement des 2 têtes	0	1	1	0	1	0,2
IX. Manoeuvres obstétricales:						
1. Forceps	0	17	17	6	23	4,6
2. Siège	0	8	8	12	20	4,0
3. Version	1	2	3	1	4	0,8
4. Extraction difficile des épaules	0	1	1	0	1	0,2
5. Epreuve forcée du travail	0	0	0	1	1	0,2
6. Déclenchement du travail	0	7	7	6	13	2,6
6. Rachianesthésie	0	1	1	0	1	0,2
8. Anesthésie maternelle	0	1	1	1	2	0,4
X. Accouchements partiels sans soins (en dehors de la clinique)	1	0	1	1	2	0,4
XI. Divers:						
Exsanguino-transfusion	0	0	0	1	1	0,2
Bronchopneumonie	0	0	0	1	1	0,2
Volvulus	0	0	0	1	1	0,2
XII. Cause inconnue	67	16	83	47	130	26,0
Total	157	112	269	228	497	100,0

Causes de la mortalité infantile périnatale.

Dans le tableau XIX, nous avons représenté les diverses causes de décès pour le total des 497 cas. Il est évident que la véritable cause de décès est identique pour plusieurs rubriques, comme par exemple étranglement par cordon, D.P.P.N.I., placenta praevia, c'est-à-dire une anoxie foetale, mais nous avons préféré indiquer la cause primaire selon le tableau clinique classique, afin de pouvoir mieux juger l'importance des diverses complications de la grossesse ou de l'accouchement et surtout étudier les moyens prophylactiques éventuels qui seront certainement différents pour les diverses causes primaires avec effet final identique.

Le tableau XX représente la distribution des causes de décès pour les prématurés et les tableaux XXI et XXII donnent un aperçu comparatif du taux de M.I.P. générale par rapport au total des naissances et au total des décès pour les grandes causes principales de mortalité. Dans le tableau XXIII, nous avons finalement indiqué les causes principales de décès pour

TABLEAU XX

Cause	A.P.	I.P.	Mort-nés	P.P.	Total
I. Malformations	2	11	13	8	21
II. Débilité	0	4	4	56	60
III. Cause ovulaire:					
1. Dysmaturité	0	0	0	2	2
2. Dystrophie 2e jumeau	1	1	2	2	4
3. Etranglement par cordon	2	0	2	1	3
4. Hydramnios	0	1	1	5	6
6. Placenta praevia	0	0	0	5	5
7. Procidence du cordon	0	1	1	3	4
8. Infection amniotique	2	1	3	4	7
IV. Toxicose:					
1. Toxicose simple	6	3	9	4	13
2. Eclampsie	0	0	0	2	2
4. D.P.P.N.I.	11	4	15	2	17
V. Cause maternelle:					
2. Néphrite chronique	1	0	1	0	1
VI. Rupture utérine	1	0	1	0	1
VII. RH	8	2	10	3	13
VIII. Cause obstétricale:					
1. Hémorragie cérébrale	0	0	0	2	2
2. Hypoxie	1	0	1	1	2
3. Enclavement des 2 têtes	0	1	1	0	1
IX. Manoeuvres obstétricales:					
1. Forceps	0	0	0	1	1
2. Siège	0	1	1	6	7
3. Version	1	0	1	1	2
4. Déclenchement du travail	0	1	1	3	4
X. Accouchement sans soins	0	0	0	1	1
XII. Cause inconnue	29	8	37	31	68
Total	65	39	104	143	247

Cause de décès des prématures.

les diverses interventions obstétricales, ce qui est indispensable pour un examen critique de la technique d'accouchement.

L'analyse des divers tableaux montre qu'à part la rubrique des causes inconnues (24,8% du total des décès) c'est le traumatisme obstétrical par manoeuvres obstétricales qui entraîne le plus grand taux de décès (13,2 %). Mais nous tenons à souligner que ces chiffres sont pris dans le sens le plus large, afin d'arriver à une évaluation des plus honnêtes. Cela ne veut pas dire que tous ces enfants ont été perdus à cause de l'intervention, car celle-ci a été indiquée en général par des raisons sérieuses. Certes un grand pourcentage de ces décès aurait pu être évité

TABLEAU XXI

Causes de décès	Total	‰	Prématurés		A terme	
			Total	‰	Total	‰
I. Malformations	50	2,7	21	28,84	29	1,68
II. Débilité	60	3,2	60	82,4	—	—
III. Causes ovulaires	68	3,6	31	42,5	37	2,0
IV. Toxicoses	56	2,9	32	43,8	24	1,3
V. Maladies maternelles	13	0,7	1	1,3	12	0,6
VI. Rupture utérine	4	0,2	1	1,3	3	0,16
VII. Iso-immunisation RH	30	1,6	13	17,85	17	0,94
VIII. Cause obstétricale	16	0,8	5	6,86	11	0,61
IX. Manoeuvres obstétric.	66	3,2	14	19,2	52	2,8
XI. Cause inconnue	130	6,9	68	93,4	62	3,4

Taux de mortalité infantile générale pour les différentes causes principales de décès par rapport au total des naissances.

TABLEAU XXII

Causes de décès	Total	%	Prématurés		A terme	
			Total	%	Total	%
I. Malformations	50	10	21	8,50	29	11,6
II. Débilité	60	12	60	24,21	—	—
III. Causes ovulaires	68	13,6	31	12,5	37	14,8
IV. Toxicoses	56	11,2	32	12,9	24	9,6
V. Maladies maternelles	13	2,6	1	0,4	12	4,8
VI. Rupture utérine	4	0,8	1	0,4	3	1,2
VII. Iso-immunisation RH	30	6,0	13	5,2	17	6,8
VIII. Causes obstétricales	16	3,2	5	2,0	11	4,4
IX. Manoeuvres obstétric.	66	13,2	14	5,6	52	20,8
XI. Cause inconnue	130	26,3	68	27,5	62	24,8

Taux de mortalité infantile périnatale pour les différentes causes principales de décès, par rapport au total des décès.

par le choix d'une autre intervention, mais même la césarienne ne permet pas toujours d'éviter des traumatismes de l'enfant, comme l'ont montré des études étrangères très poussées [6]. C'est là une constatation fort décevante d'ailleurs et en général souvent ignorée par le public qui suppose que l'accoucheur, en pratiquant une césarienne au lieu d'un forceps ou d'une extraction par le siège, aurait pu éviter ainsi avec certitude une issue fatale ou des séquelles graves pour l'enfant. On peut donc dire que la césarienne ne peut pas toujours éviter une issue fatale pour l'enfant, mais on peut prétendre également que certaines méthodes d'accouchement opératoire sont plus meurtrières que d'autres et que parfois le seul fait de changer le procédé anesthésie peut influencer sensiblement le taux de M.I.P., comme nous l'avons pu démontrer avec le Dr Reiles pour les applications du forceps [7].

Les autres causes principales de M.I.P. sont par ordre décroissant la débilité (12%), les toxicoses (11,2%), les malformations congénitales (10%), l'iso-immunisation RH (6,0%), la

TABLEAU XXIII

Cause	Forceps	Césarienne	Césarienne et siège	Ventouse	Version	Perforation	Hysterectomie ou la parotomie	Extraction du siège	Total
Malformations	8	5	(1)	—	2	—	—	6	21
Débilité	—	—	—	—	1	—	—	10	11
Dysmaturité	—	2	—	—	—	—	—	1	3
Dystrophie 2e jumeau	—	—	—	1	—	—	—	1	2
Etranglement par cordon	2	1	—	—	—	—	—	1	4
Placenta praevia	—	5	(1)	—	—	—	—	2	7
Procidence du cordon	4	1	—	—	2	—	—	7	14
Infection amniotique	1	2	—	—	—	—	—	1	4
Toxicose simple	4	—	—	—	1	1	—	5	11
Eclampsie	3	1	—	—	—	—	—	—	4
D.P.P.N.I.	1	1	—	—	—	2	—	3	7
Diabète	—	1	—	—	—	1	—	2	4
Hydramnios	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Rupture utérine	—	1	—	—	—	—	3	—	4
RH	—	1	—	—	2	1	—	6	10
Hypoxie	—	2	(2)	—	—	—	—	—	2
Enclavement des 2 têtes	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Manoeuvres obstétricales	23	—	—	—	4	(2)[1]	—	20	47
Anesthésie générale ou rachidienne	1	1	—	—	—	—	—	—	2
Epreuve forcée du travail	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Déclenchement du travail	3	—	—	—	—	—	1	—	4
Accouchement partiel à domicile	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Bronchopneumonie	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Cause inconnue	1	3	(1)	—	2	—	—	16	22
Total	52	28	(5)	1	15	5	4	83	188

[1]: deux perforations sur tête dernière d'une extraction du siège, non comprises dans le total.

Mortalité infantile périnatale après les différentes interventions obstétricales et l'extraction du siège.

procidence du cordon (3,4%), l'étranglement par le cordon ombilical (2,6%), le diabète (2,2%) et l'infection amniotique (2,0%).

Ce bilan est certes, comme nous l'avons déjà souligné, assez imprécis du fait que tous les décès n'ont pas pu être contrôlés par une autopsie. Mais il est déjà suffisamment clair pour permettre, avec l'aide des autres données de statistique, une étude critique dans le but de voir quels sont les décès qui auraient pu être évités et de déterminer ainsi les moyens qui dans l'avenir pourraient être appliqués pour améliorer au maximum la mortalité périnatale non seulement pour la Maternité Charlotte, mais pour l'ensemble du pays. Mais avant d'entreprendre cette étude, nous croyons faire un travail utile et instructif en comparant ces données avec d'autres statistiques similaires et avec les taux de M.I.P. de l'ensemble du Grand-Duché.

VI. COMPARAISON DE LA MORTALITÉ INFANTILE PÉRINATALE DE LA MATERNITÉ CHARLOTTE AVEC DES RECHERCHES SIMILAIRES ET AVEC LES DONNÉES STATISTIQUES DE L'ENSEMBLE DU PAYS

Les publications sur la M.I.P. sont fort nombreuses, mais malheureusement très peu de travaux sont utilisables du fait que la plupart des statistiques sont incomplètes ou fournissent des taux de mortalité épurée. D'autre part, pour que la comparaison soit valable, il faudrait choisir des maternités dont le matériel soit comparable à celui de la Maternité Charlotte, c'est-à-dire des maternités centrales drainant les accouchements d'une grande partie de la population locale plus une certaine partie de cas spéciaux venant de maternités plus petites. De telles statistiques sont extrêmement rares, et nous avons trouvé uniquement les suivantes, les seules qui soient complètes et détaillées (tableau XXIV).

On peut conclure de ce tableau que la M.I.P. de la Maternité Charlotte est très raisonnable et même favorable par rapport aux statistiques de grands centres étrangers. En parcourant les relevés régionaux ou même nationaux de la M.I.P., on constate que le taux général de la M.I.P. des grands centres est souvent plus élevé que celui de l'ensemble du pays, ce qui s'explique habituellement par le fait que les accouchements à grand risque sont spécialement dirigés sur ces centres. Par contre, pour le Luxembourg, nous devons constater que la M.I.P. de la Maternité Charlotte est, depuis ses débuts, constamment inférieure à la M.I.P. générale du pays (tableau XXV), et ceci malgré un drainage de nombreux cas compliqués de toutes les régions du pays et même de l'Étranger vers la Maternité,

TABLEAU XXIV

Maternité	Années	Naissances	Mort-nés		Décès		Mortalité infantile périnatale	
			Total	%	Total	%	Total	%
MATERNITE CHARLOTTE, LUXEMBOURG:								
	1956-60	7 800	110	1,41	117	1,52	227	2,95
	1961-65	8 346	132	1,58	93	1,13	225	2,69
	1966-67	2 619	27	1,03	18	0,68	45	1,71
HOPITAL ST. PIERRE, BRUXELLES:								
	1960-64	8 587	—	—	—	—	250	2,91
FRAUENSPITAL, BASEL:								
	1964	4 612	64	1,39	54	1,17	118	2,56
	1965	4 429	41	0,92	46	1,04	87	1,96
	1966	4 150	48	1,15	59	1,42	107	2,57
	1967	4 031	34	0,84	51	1,26	85	2,10
FRAUENKLINIK, HEBAMMENSCHULE BAMBERG								
	1963-67	13 287	164	1,23	246	1,88	410	3,08
MATERNITE DE NANCY:								
	1962	2 663	65	2,45	43	1,66	108	4,27
	1963	2 620	58	2,25	35	1,37	93	3,54

Les chiffres des décès post partum comprennent pour Luxembourg les 7 premiers jours, pour Bâle et Bamberg les 10 premiers jours et pour Nancy les 11 premiers jours. Les rapports de l'Hôpital St. Pierre ne donnent pas d'indication à ce sujet.

Mortalité infantile périnatale de quelques centres obstétricaux [8, 9, 10, 11].

mais qui est certainement moins important que pour les centres étrangers cités. Nous laissons à la Santé Publique le privilège de tirer les conclusions éventuelles de ce fait troublant.

Citons, à titre comparatif, les taux de M.I.P. de plusieurs pays d'Europe pour l'année 1962: Allemagne Fédérale 3,11%, Belgique 2,96%, France 3,03%, Italie 4,09%, Luxembourg 3,13%, Pays-Bas 2,44%, Suède 2,38%, Tchécoslovaquie 1,98%. Sources: O.M.S. [1]

Il est également intéressant de comparer les causes de mortalité de diverses régions, mais là également, le nombre des études sérieuses est fort restreint. Nous limiterons ainsi notre comparaison à deux enquêtes très détaillées, l'une réalisée en 1966 par l'Oeuvre Nationale de l'Enfance et les Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique et de Pédiatrie de Belgique [12], l'autre par les services de Santé anglais et publiée par l'O.M.S., comité régional pour l'Europe [1] (voir tableau XXVI).

Ce tableau fournit des indications assez similaires pour certaines causes, mais il faut noter cependant quelques réserves.

TABLEAU XXV

Mortalité infantile périnatale

Années		Naissances Total	Mort-nés Total	Mort-nés %	Décès 1-7 jours Total	Décès 1-7 jours %	Total	%
1941-45	Grand-Duché	21 833	515	2,36	490	2,31	1 005	4,60
	Maternité	5 101	124	2,43	97	1,95	221	4,33
		= 23,36 %						
	Reste du pays	16 732	391	2,34	393	2,40	784	4,68
1946-50	Grand-Duché	22 167	556	2,51	486	2,25	1 042	4,70
	Maternité	6 728	159	2,35	101	1,54	260	3,86
		= 29,63 %						
	Reste du pays	15 439	397	2,57	385	2,55	782	5,07
1951-55	Grand-Duché	24 561	425	1,73	490	2,03	915	3,73
	Maternité	8 482	150	1,77	129	1,54	279	3,29
		= 34,53 %						
	Reste du pays	16 079	275	1,71	361	2,28	636	3,95
1956-60	Grand-Duché	25 198	396	1,57	442	1,78	838	3,32
	Maternité	7 615	104	1,37	115	1,53	219	2,87
		= 30,22 %						
	Reste du pays	17 583	292	1,66	327	1,88	619	3,52
1961-65	Grand-Duché	26 330	443	1,68	349	1,35	792	3,01
	Maternité	8 153	129	1,54	90	1,12	219	2,68
		= 30,96 %						
	Reste du pays	18 177	314	1,72	259	1,45	573	3,15
1966-67	Grand-Duché	10 277	126	1,22	120	1,19	246	2,39
	Maternité	2 618	27	1,07	18	0,69	45	1,72
		= 25,47 %						
	Reste du pays	7 659	99	1,29	102	1,35	201	2,62

Les chiffres fournis depuis les années 1956-60 correspondent aux naissances de droit et sont donc légèrement différents de ceux des autres statistiques complètes de la Maternité.

Comparaison entre les taux de M.I.P. du Grand-Duché de Luxembourg, de la Maternité Charlotte et du reste du pays, selon les données du Service central de la Statistique et des Études Economiques.

Le tableau britannique semble être le plus exact, puisqu'il est basé sur une fréquence d'autopsies de 94%. Par contre, il date de 1958 et il est fort probable qu'il ne donne pas le taux suffisant pour l'incompatibilité Rh, dont les macérés sont probalement compris dans la rubrique des causes inconnues. D'autre part, il faut relever que les infections sont nettement moins fréquentes comme cause, qu'on l'avait en général supposé. Le taux des malformations congénitales est particulièrement bas

TABLEAU XXVI

Cause de décès	Maternité Charlotte	Enquête belge	Enquête anglaise
Malformations	10	13,4	17,6
Incompatibilité RH	6,0	5,8	4,0
Asphyxie	19,6	22,8	21,2
Traumatisme obstétrical	15,6	6,4	11,0
Prématurité (débilité)	12,0	—	10,0
Infections	2,2	7,8	4,7
Divers	6,6	5,2	10,9
Inconnue	26,0	36,0	20,5

Tableau comparatif pour les diverses causes de mortalité infantile.

pour le Luxembourg, mais il faut rappeler que notre relevé ne contient que les cas certains de malformations, et il est probable qu'une pratique plus fréquente d'autopsie aurait fait gonfler ce taux. Pour notre matériel, nous nous basons sur seulement 4% d'autopsies, contre 28,2% en Belgique et 94% en Angleterre. L'enquête belge montre d'ailleurs que le taux des malformations est de 12,36% dans les diagnostics sans autopsie et de 15,71% dans les examens avec autopsie. On est par contre frappé par le fait que l'enquête belge ne consacre pas une rubrique spéciale à la prématurité, et que le taux des traumatismes obstétricaux y est particulièrement bas.

VII. ÉVITABILITÉ DES DÉCÈS

Dans l'enquête réalisée en Belgique par l'Oeuvre Nationale de l'Enfance, les experts estiment que sur 100 décès périnataux actuels 12 sont certainement évitables, 47 peut-être évitables et 38 seulement sont jugés inévitables. La responsabilité reviendrait dans 77% des cas aux soins obstétricaux pour les décès intra partum, aux soins obstétricaux dans 43%, aux soins pédiatriques dans 34% et aux soins de puériculture dans 6% des cas pour les décès post partum. Le restant des décès évitables met en cause les soins prénataux. Nous avons recherché dans notre matériel le nombre de décès éventuellement évitables et nous avons tout d'abord examiné uniquement les possibilités qui pourraient se présenter à la Maternité, car il va de soi que tous les décès survenus avant l'entrée en clinique ou provoqués par des complications de grossesse échappent à cette catégorie. Pour chaque cas, nous avons étudié le dossier complet et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes que nous avons résumées dans le tableau XXVII.

Les décès par malformation congénitale restent un facteur inévitable. Pour les prématurés, on peut estimer qu'avec une *amélioration des soins de pédiatrie et puériculture,* on aurait pu éviter 19 décès. Les complications par dystrophie, hydram-

TABLEAU XXVII

Cause de décès	Total des décès	Inévitables	Probablement non évitables	Probablement évitables
I. Malformations	50	4	46	
II. Débilité	60		41	19
III. Dysmaturité	11	2	6	3
Etranglement par cordon	13	8	2	3
Hydramnios	7		5	2
Anémie aiguë par rupture du sinus marginal	1			1
Placenta praevia	9	3	4	2
Procidence du cordon	17	3	6	8
Infection amniotique	10	2	6	2
IV. Toxicoses simples	23	13	5	5
Eclampsie	7	4	1	22
D.P.P.N.I.	26	17	4	5
V. Diabète	11	9	1	1
Néphrite hypertensive	1	1		
Syphilis	1		1	
VI. Rupture utérine	4	4		
VII. RH	30	16	9	5
VIII. Hémorragie cérébrale	9		4	5
Hypoxie	6	2		4
Enclavement des 2 têtes	1		1	
IX. Manoeuvres obstétricales				
Forceps	23		9	14
Siège	20		11	9
Version	4			4
Anesthésie	3			3
Extraction des épaules	1		1	
Epreuve forcée du travail	1			1
Déclenchement du travail	13		3	10
X. Accouchements sans soins	2	1	1	
XI. Exsanguino-transfusion	1			1
Bronchopneumonie	1			1
Volvulus	1		1	
Cause inconnue	130	67	32	31
Total	*497*	*156*	*200*	*141*

Décès inévitables: 356 = M.I.P. globale de 1,89%. Décès probablement évitables: 141 = 28%.

Mortalité infantile périnatale évitable par le perfectionnement des soins obstétricaux et pédiatriques.

nios, procidence du cordon, étranglement du cordon, infection amniotique ne pourront être évitées dans la plupart des cas, puisque les décès mentionnés dans cette rubrique correspondent à des accouchements avec traitement obstétrical correct. C'est presque exclusivement par l'*amélioration des soins de réanimation et de pédiatrie* que l'on peut espérer éviter environ un tiers des décès sauf si par une *amélioration du diagnostic prénatal* on avait pu dépister plus tôt deux cas d'étranglement par cordon et pratiquer une césarienne d'emblée. L'évitabilité des décès par toxicose revient en grande partie à une amélioration de la réanimation. En ce qui concerne l'incompatibilité RH,

5 cas auraient pu être évités avec grande probabilité par un diagnostic plus précoce à la Maternité et par une exsanguino-transfusion rapide et correcte. Les *soins obstétricaux* sont mis en cause presque exclusivement pour les décès probablement évitables par hémorragie et hypoxie. Pour les décès par manoeuvres obstétricales, il est fort probable qu'une thérapeutique plus correcte aurait pu éviter environ 41 décès, notamment par une indication plus large et plus précoce de la césarienne. Si toutefois la cause du décès reste pour les autres cas le traumatisme obstétrical, nous ne croyons pas avoir pu les éviter tous, même avec la césarienne, car tout accouchement, même le plus normal peut provoquer des traumatismes chez le bébé et les mêmes traumatismes peuvent même être observés chez les enfants nés par césarienne d'emblée, comme vient le démontrer une étude particulièrement détaillée de Schwartz [6] sur les lésions d'accouchement chez le nouveau-né. En tous cas, il faudrait éviter des forceps au détroit supérieur, éviter de persister dans des manoeuvres difficiles, comme par exemple les cas suivants: Présentation du front, échec du forceps, version, grande extraction, ou échec du forceps, version, avec le même échec, reprise du forceps et extraction laborieuse de l'enfant. Il faudra également éviter des anesthésies profondes ou l'emploi prolongé de sédatifs chez la mère, et dont les répercussions sur la réanimation du nouveau-né sont souvent plus sérieuses qu'on le suppose, point important mis en évidence par l'enquête belge et notre étude, en collaboration avec le Dr Reiles [7], sur l'application du forceps en anesthésie locale.

Il pourrait sembler évident aux parturientes et mêmes à des médecins non obstétriciens que pratiquement tous les cas de décès infantile par traumatisme obstétrical auraient pu être évités par une meilleure surveillance de l'accouchement et surtout par le choix d'une meilleure thérapeutique. Certes, *le facteur médical* joue un rôle important et nos statistiques prouvent que certains obstétriciens sont plus habiles ou ont plus de chance que d'autres. Mais de tels critiques ignorent les conditions de travail des accoucheurs surtout dans nos régions. Les parturientes préfèrent leur propre accoucheur même s'il est épuisé de travail, à un autre médecin qui est déjà sur place et bien reposé. Combien de fois n'a-t-on pas vu la nuit la présence presque simultanée de 4 à 5 accoucheurs à la Maternité et chacun pour un accouchement entièrement normal, ce qui fait que tous ces médecins ont dû sacrifier leur repos de nuit pour un seul accouchement normal. Mais on a également vu un seul accoucheur devoir pratiquer presque simultanément plusieurs accouchements difficiles sur ses propres clientes, et dans de tels cas, il doit parfois se dépêcher, éventuellement par le forceps, chez la première pour pouvoir aller ensuite chez la suivante. D'autre part, un accoucheur qui a pratiqué plusieurs accouchements difficiles dans la même

soirée et est ensuite réveillé la nuit après à peine une heure de sommeil, pour un nouvel accouchement compliqué, par exemple une procidence du cordon ou un siège avec hémorragie, n'aura certainement pas le même calme et la même lucidité d'esprit pour prendre la meilleure décision, qu'un autre médecin bien reposé. C'est le facteur de fatigue (sur lequel a insisté le président de la Société Américaine de Gynécologie dans son discours inaugural) et qui est bien plus souvent le responsable d'un accident obstétrical qu'une incompétence du médecin. Ensuite nous devons tenir compte également d'un simple facteur humain: Jusqu'il y a peu de temps, la plupart des Caisses de Maladie ont refusé le remboursement des honoraires médicaux pour un accouchement spontané, honoraires qui d'autre part sont les plus bas du Marché Commun.

Dans de telles circonstances, ne serait-il pas possible et même humainement excusable qu'un accoucheur, après une lourde journée de travail, préfère au cours de la soirée terminer un accouchement rapidement par un forceps éventuellement traumatisant pour l'enfant que de rester auprès de la parturiente pendant toute la nuit avec l'espoir d'arriver à un accouchement spontané au prix d'une nuit sans sommeil et d'honoraires qui dépassent à peine ceux d'une simple visite de nuit. Dans les conditions actuelles de travail, il n'est pas possible que les accoucheurs accordent une surveillance continue à tous les accouchements, puisque cela peut exiger la présence de plusieurs heures, ni qu'ils fassent un examen complet sérieux du nouveau-né, selon les exigences actuelles de la pédiatrie. Ils doivent trouver une solution rapide et pourtant efficace qui leur permette de pratiquer leurs accouchements, leurs consultations et leurs opérations chirurgicales. Malheureusement, les accouchements ne se passent pas à une heure fixe et déterminable à l'avance, et *c'est là tout le problème. On peut dire que le travail d'accoucheur en clientèle privée est un des plus durs, des plus épuisants et des plus mal rémunérés. Et malgré ces conditions de travail déplorables, les accoucheurs de la Maternité Charlotte ont réussi à arriver à une mortalité infantile périnatale particulièrement réduite, et ceci uniquement par leur dévouement aux dépens de leur repos de nuit et souvent de leur vie de famille.* Mais je pense pour ma part que le taux de M.I.P. actuel est presque le plus bas réalisable dans les conditions de travail actuelles. Toute tentative de diminution supplémentaire du taux de M.I.P. entraînera de nombreuses heures de travail supplémentaires non seulement pour les accoucheurs, mais encore pour les pédiatres dont une collaboration parfaite et étroite est indispensable. Mais un tel supplément de travail sera bientôt insupportable surtout s'il doit s'ajouter aux heures de travail des consultations et des opérations. Le grand problème sera de trouver la solution idéale, mais nous en sommes encore fort loin.

TABLEAU XXVIII

Cause de décès	Total des décès	Décès évitables
Malformations	50	11
Débilité	60	15
Toxicose	56	44
Diabète	11	9
Néphrite chronique	1	1
Syphilis	1	1
Incompatibilité RH		10
Accouchements sans soins	2	2

Supplément de décès évitables par l'amélioration des soins prénataux. 93 cas sur un total de 497, soit 19%.

En résumé, nous pouvons conclure que le taux actuel de M.I.P. peut encore subir une diminution d'environ 47 – 28%, calculé sur les décès des 12 dernières années. Cette diminution exige essentiellement un perfectionnement des soins obstétricaux et pédiatriques et ne tient pas compte des possibilités d'amélioration par le perfectionnement des soins prénataux. Dans le tableau XXVIII, nous avons examiné l'évitabilité des décès par rapport à des possibilités prophylactiques générales ou prénatales. Parmi les malformations, les antécédents ont révélé une rubéole ou un contact avec des enfants atteints de rubéole dans 11 cas (Tableau XXIX). Une prophylaxie systématique, soit par vaccination, soit par mesures préventives sélectionnées (injection de gamma-globulines) aurait pu éviter au moins le décès de 11 enfants parmi 50 malformés. Nous avons estimé qu'environ 15 décès par débilité auraient pu être évités par un traitement prophylactique de l'accouchement prématuré. Pour le moment, nous ne connaissons aucun moyen qui puisse éviter la pathologie du groupe des causes ovulaires. Par contre, on sait que les toxicoses gravidiques sont évitables avec une certitude presque totale grâce à une surveillance prénatale régulière et sérieuse et grâce à un régime approprié. Nous pouvons également, par l'examen systématique d'urine des femmes enceintes dépister les cas de diabète et espérer ainsi pouvoir éviter, par un traitement médical, la plupart des décès infantiles de cette catégorie. Ceci est également vrai pour la syphilis et les néphrites chroniques. La rupture utérine, soit spontanée, soit traumatique, est un accident imprévisible. Mais, grâce aux perfectionnements actuels de la sérologie et de la détermination systématique du groupe sanguin, on aurait pu dépister à temps 6 erythroblastoses foetales et exiger une exsanguinotransfusion précoce et efficace. 4 autres décès par incompatibilité Rh sont à mettre sur le compte d'une erreur de laboratoire (3 dans des cliniques du pays, 1 dans un laboratoire privé) suivie d'une transfusion de sang Rh positif. Ceci souligne une fois de plus l'importance de la détermination correcte des

TABLEAU XXIX

Type de malformation	Nombre de cas			Total	Rubéole
	1956-60	1961-65	1966-67		
Hydrocéphale	2	4	1	7	2
Anencéphale	5	2	2	9	7
Spina bifida, méningocèle	2	—	—	2	1
Tube digestif	2	1	1	4	
Reins et vessie	1	1	—	1	
Coeur	4	2	—	6	
Poumons	1	—	—	1	
Système osseux	1	—	1	2	
Omphalopages	2	—	—	2	
Acardius	1	—	—	1	
Hernie diaphragmatique totale	—	1	—	1	
Mongolisme grave	—	1	—	1	
Eventration totale	—	1	—	1	
Complexes et multiples	4	6	1	11	1
Total	25	19	6	50	11

Localisation des malformations congénitables léthales, et fréquence des infections ou contacts avec le virus de la rubéole.

groupes de sang et du facteur Rh et la nécessité absolue d'un cross-test avant toute transfusion de sang. Finalement, grâce au dépistage systématique et l'injection prophylactique de gamma-globulines, on pourra même espérer éviter presque totalement les décès par incompatibilité Rh, mais nous n'en tenons pas encore compte dans cette étude.

Le perfectionnement combiné des soins obstétricaux et pédiatriques à la Maternité et de la surveillance médicale stricte et systématique de la grossesse pourrait ainsi diminuer le taux global actuel de la M.I.P. de 47% et nous arriverions à un taux de 1,40% que l'on pourrait considérer comme certainement ou raisonnablement inévitable d'après nos possibilités médicales actuelles. En supposant que la prévention de l'iso-immunisation anti-Rh par les gamma-globulines devienne systématique, on pourrait même espérer arriver à un taux optima de M.I.P. de 1,25%.

VIII. CONCLUSIONS

La véritable cause d'un décès infantile périnatal n'apparaît, pour des raisons évidentes, qu'à l'examen de l'enfant *après la naissance*. D'autre part, le décès de l'enfant est souvent *imprévisible à l'entrée de la parturiente en clinique*, ce qui complique sérieusement l'élaboration d'un programme de prévention efficace des décès ou de l'amélioration de la M.I.P. Toutefois, l'ana-

lyse des statistiques générales de la Maternité fait déjà ressortir plusieurs groupes de femmes présentant a priori un risque plus élevé de M.I.P. Ce sont notamment:

1. Les primipares et surtout les multipares au-delà de la 3me grossesse.
2. Les parturientes âgées de moins de 20 ans et de plus de 30 ans.
3. Les multipares du groupe sanguin Rh-négatif.
4. Les toxicoses gravidiques.
5. Les présentations du siège.
6. Les procidences du cordon et les placentas praevia.
7. Certaines maladies maternelles, telles le diabète.

L'enquête britannique[1] relève encore d'autres groupes de femmes à grand risque obstétrical, comme celles d'un faible niveau socio-économique de la famille, d'antécédents de décès périnatal dont l'importance intéresse cependant moins la Maternité que les soins prénataux.

La fréquence assez élevée des *femmes à grand risque obstétrical* (environ 35%) souligne immédiatement l'importance des soins particulièrement complets aussi bien obstétricaux que prénataux que doivent recevoir de telles parturientes. L'amélioration éventuelle du taux de la M.I.P. met ainsi en cause ces deux groupes de soins qui seront étudiés séparément.

1. Les soins prénataux

Il résulte de notre enquête qu'une partie des mères ayant perdu leur bébé ou même leur propre vie au cours d'un accouchement n'avaient jamais consulté un médecin au cours de leur grossesse et ignoraient leur maladie. Ce sont surtout les cas de toxicose. D'autre part, certaines femmes à grand risque obstétrical avaient suivi des consultations prénatales seulement d'une manière irrégulière ou la surveillance prénatale médicale avait été incorrecte ou incomplète, comme l'ont montré plusieurs cas de toxicose, de diabète, de néphrite chronique et de syphilis qui avaient échappé au diagnostic médical. Finalement, le nombre des multipares entrées en clinique sans connaître leur groupe sanguin et facteur Rh n'est pas encore négligeable.

Notre étude a montré que sur un total de 497 décès périnataux 157 ou 31,6% ont déjà existé à l'entrée en clinique de la parturiente et n'auraient en aucune façon pu être évités par une amélioration des soins obstétricaux. L'analyse critique de ces 157 décès a montré qu'une amélioration des soins prénataux aurait pu, du moins théoriquement, éviter 78 morts, soit 49,6% du total des décès ante partum et 15,6% du total de la M.I.P. Ce sont: 44 décès par toxicose, 11 par malformations, 9 par diabète, 1 par néphrite chronique hypertensive, 1 par syphilis, 10 par incompatibilité Rh et 2 par début d'accouchement dans un milieu incompétent.

On peut également supposer que parmi les 60 décès par prématurité seule (débilité) 15 auraient pu être évités par des soins prénataux plus efficaces. Le nombre total des décès éventuellement évitables par une surveillance médicale prénatale correcte et compétente serait ainsi de 78 + 15 = 93 cas, soit 19% de la M.I.P. totale.

Une première conclusion importante se dégage donc nettement. Il est indispensable que toute femme enceinte puisse suivre un contrôle médical prénatal régulier et complet et qui doit comprendre la détermination complète du groupe sanguin par un laboratoire sérieux, une réaction sérologique pour le dépistage de la syphilis et de la toxoplasmose et de l'immunité contre la rubéole, un contrôle régulier des urines (albumine, sucre, sédiment), de la tension artérielle, du poids et un bilan sanguin hématologique. Grâce à un tel programme de soins prénataux systématiques et complets, on peut espérer pouvoir éviter 19% des décès infantiles périnataux actuels.

Mais cette prophylaxie ne doit pas s'arrêter aux seuls soins prénataux, mais commencer déjà plus tôt, et tout le corps médical devrait y contribuer. Nous y pensons plus spécialement aux maladies des enfants et des jeunes femmes et qui pourraient laisser des séquelles dangereuses pour une future grossesse. Ce sont plus spécialement les maladies rénales et pulmonaires, le diabète et même les interventions chirurgicales. Aucune transfusion sanguine ne devrait être donnée à une jeune fille ou femme sans détermination complète du groupe sanguin et sans cross-test. Quatre décès de notre rubrique d'incompatibilité Rh sont la suite de transfusions sanguines sans contrôle du facteur Rh. D'autre part, certaines opérations chirurgicales comme les ligamentopexies selon Doléris devraient être proscrites chez les jeunes filles et les femmes désirant encore avoir des enfants. Nous avons constaté dans une enquête portant sur 400 cas de Doléris que cette opération entraîne souvent une stérilité définitive par lésion des trompes, ce qui est d'autant plus regrettable que de telles femmes l'avaient justement subie comme traitement d'une stérilité, et qu'elle entraîne un taux particulièrement élevé de dystocies (8% de césariennes et 18% de forceps).

2. *Les soins obstétricaux et pédiatriques*

Avant d'entrer dans la discussion des soins obstétricaux, il faut relever une deuxième conclusion importante, soulignée par toutes les grandes enquêtes étrangères et intéressant non seulement la Maternité, mais l'ensemble des accouchements du pays: *Toute femme à gros risque obstétrical tel qu'il a été défini dans la partie précédente, doit être dirigée, pour son accouchement, dans un centre obstétrical compétent.*

Sur un total de 497 décès de M.I.P. on peut estimer que 141 auraient pu être évités éventuellement par une amélioration des soins obstétricaux et pédiatriques, soit 28% du total des décès et 44% des décès intra et post partum.

Cette amélioration hypothétique de la M.I.P. exige pour sa réalisation fructueuse dans la pratique de la Maternité plusieurs modifications du service médical:

1. Une surveillance médicale plus stricte et plus complète de toute la période de l'accouchement.

2. Un dépistage plus précoce et une modification du traitement des souffrances foetales selon les notions élaborées entre autres par l'école de Salinger [13] (amnioscopie, électrocardiographie foetale, contrôle du sang foetal etc.). Ceci implique pour le personnel des infirmières et sages-femmes un recyclage périodique pour les mettre au courant des nouvelles notions et techniques médicales.

3. Une mise au point plus efficace, une autocritique du choix du mode d'accouchement avec abandon des forceps dangereux et une indication éventuellement plus large de la césarienne.

4. Une revision des techniques pour l'accouchement en présentation du siège, dont la M.I.P. reste fort élevée et où le facteur médical joue un rôle considérable. L'extraction en présentation du siège exige de la part de l'accoucheur une habilité toute particulière à tel point que l'enquête britannique conclut [1]: «Les chances pour l'amélioration sont faibles. La mortalité en cours de travail est de 10% pour les accouchements du siège, et la proportion de ceux qui peuvent être réussis par des spécialistes de grande habilité est inférieure à 1%. De toute évidence, par conséquent, il convient de déceler à un stade précoce les présentations du siège, de les corriger si possible avant la naissance et de confier ces accouchements difficiles à des obstétriciens très compétents.»

5. Une amélioration de la réanimation des nouveaux-nés, ce qui exige une amélioration de l'équipement technique et la disponibilité permanente d'un réanimateur et d'un pédiatre.

6. Un examen systématique et plus complet de tous les nouveaux-nés, de préférence par un pédiatre qualifié, afin de pouvoir dépister à temps certaines anomalies et décider la mise en oeuvre des soins intenses éventuels.

7. Une amélioration du service de puériculture, notamment pour la prophylaxie des infections hospitalières.

8. L'établissement de dossiers plus complets. «Il importe de recueillir le maximum de renseignements détaillés d'ordre obstétrical et sociologique sur chaque décès périnatal, y compris, si possible, les observations nécropsiques. Des informations aussi détaillées devront également, dans le cadre d'un système national de contrôle, être rassemblées sur les grossesses qui n'aboutissent pas à une mort foetale [1].»

Une telle amélioration a été réalisée jusqu'ici avec un maximum de perfection seulement en Tchécoslovaquie, avec le résultat que ce pays bénificie depuis plusieurs années de la M.I.P. la plus basse du monde.

En résumé, ce programme d'amélioration exige donc en premier lieu:

1. Une amélioration notable des soins de pédiatrie et de puériculture, avec une collaboration étroite entre la Maternité et la Clinique Pédiatrique, ceci non seulement dans le but de diminuer la M.I.P. précoce, mais encore le taux de mortalité et morbidité infantiles tardives et surtout le taux des séquelles neurologiques ou physiques des hypoxies ou infections et qui imposent encore actuellement une charge financière énorme aussi bien à la communauté qu'aux parents de ces enfants handicapés par une déficience mentale ou physique. Ceci exige la disponibilité d'un laboratoire biochimique et sérologique très compétent ce qui ne pourrait être réalisé que par la réunion des divers laboratoires actuels de la Maternité et de la Clinique de Pédiatrie en un seul, mais bien organisé et dirigé par un biochimiste compétent, avec un personnel suffisant pour assurer un service complet et permanent.

3. Une amélioration de l'équipement technique de la Maternité, notamment du service d'anesthésie, de réanimation et du contrôle du foetus ou cours de l'accouchement.

4. Une amélioration des soins médicaux obstétricaux. C'est là un problème qui touche un point particulièrement délicat, l'organisation actuelle de la profession médicale en général et en particulier le travail dans les grandes cliniques.

Actuellement, les accoucheurs exercent encore une profession libérale, dont l'avantage de liberté se paie lourdement. Ils doivent être jour et nuit à la disponibilité de leurs parturientes et s'occuper en plus de leurs consultations et de leurs opérations ginécologiques. On peut dire sans exagération qu'un accoucheur ayant une clientèle moyenne doit travailler un minimum de 72 heures par semaine, sans compter ses heures de disponibilité. Il est évident que si l'amélioration des soins exige dorénavant la présence permanente du médecin auprès de la parturiente pendant toute la période de l'accouchement, cela entraînera un tel supplément d'heures de travail qu'il ne lui resterait guère quelques heures pour son repos ou sa vie familiale. A cela, il faut ajouter en toute franchise le problème des rémunérations. Nous avons constaté qu'environ 85% des accouchements ont été terminés par une expulsion spontanée de l'enfant et pour lesquels l'accoucheur a droit à des honoraires variant entre 605 et 1180 fr, selon le barême actuel des caisses de maladie du C.A.S., contre environ 700 fr pour un curetage utérin et 1540 fr pour une simple appendicectomie. Dans de telles conditions de rémunération, on ne pourra pas exiger des

accoucheurs qu'ils consacrent dorénavant entre 2 et 8 heures pour chaque accouchement qui leur rapporte moins que d'autres opérations réalisables sans fatigue en une demi-heure.

Et même si les caisses de maladie comprenaient l'importance des soins obstétricaux en tenant compte des frais énormes occasionnés par le traitement des complications et séquelles obstétricales évitables par l'amélioration des soins, et accordaient des honoraires convenables aux accoucheurs, il resterait toujours le problème des heures de travail. A un moment où tout le reste de la population exige la semaine de 40 heures et même moins, ce serait une injustice sociale d'exiger de la part des accoucheurs plus de 72 heures de travail par semaine ce qui dépasse la limite de leur capacité de travail. Le métier d'accoucheur est le plus pénible de toutes les spécialités médicales, ce qui se manifeste un peu partout dans le monde dans la diminution du recrutement des obstétriciens. Ainsi en France, à peine une dizaine de spécialistes en gynécologie et obstétrique sortent chaque année des grandes écoles, pour entrer presque tous dans des centres hospitaliers avec activité médicale à plein temps. Les autres préfèrent se contenter d'un simple certificat de compétence qu'ils ajoutent à d'autres, par exemple en chirurgie, ce qui leur permet en clientèle privée une activité plus intéressante et un changement ultérieur de leur activité vers une seule spécialité plus rémunératrice et moins fatigante. C'est là un signe d'alarme fort significatif d'une évolution dont l'influence ne se manifeste pas encore d'une manière sensible dans notre pays, mais qui pourrait avoir son importance pour l'avenir.

A ces facteurs de conditions de travail, de rémunération et éventuellement de recrutement s'ajoute encore un autre non moins important, en rapport avec l'évolution de la médecine et qui vient d'être discuté à la réunion des services de gynécologie et obstétrique de Bruxelles: «Dans l'état actuel des choses, une patiente exige d'être en toute circonstance accouchée par le médecin qu'elle a choisi. Je ne parlerai pas des critères en fonction desquels une patiente a fait choix d'un médecin ou d'une institution de soins. Cette façon de pratiquer l'obstétrique est pour moi anachronique et révolue. Le colloque singulier offre ici de curieux désavantages. Il reste certes possible à un médecin spécialiste de donner à une patiente un conseil éclairé; d'autre part, l'ampleur des moyens dont l'obstétrique moderne dispose est telle qu'un seul homme n'a plus la possibilité de les mettre tous en oeuvre. Toutes les tâches que requiert la conduite moderne de l'accouchement ne peuvent être assumées que par une équipe obstétricale où prennent place des médecins accoucheurs, des pédiatres, des médecins de laboratoire, des accoucheuses et des kinésistes ... L'obstétricien isolé n'a pas la possibilité d'assurer à une patiente la permanence de ses soins ... Il est curieux, à l'époque où l'on

prétend défendre une médecine de qualité, de penser qu'elle est le mieux pratiquée dans le cadre d'un contrat tacite qui lie un médecin et une patiente. Je ne vois pas la différence qu'il y a entre la qualité des soins donnés à des groupes de patientes dans des institutions cliniques et hospitalières par une équipe médicale, et l'attention minutieuse qu'un obstétricien isolé porte à une clientèle privée... Les médecins constituent une catégorie d'hommes qui ont conservé dans un système social de plus en plus organisé des privilèges de pratique individuelle qu'ils entendent conserver. Ils ne pourront les conserver qu'en s'organisant eux-mêmes en fonction des impératifs de la vie moderne; une superorganisation pourrait leur être imposée devant la faillite de leur propre organisation [14].»

Nous avons tenu à joindre à ce rapport cette citation assez longue parce qu'elle touche au fond du problème qui nous préoccupe. Mais puisque la lutte contre la mortalité périnatale infantile se rapproche de très près de celle contre la mortalité maternelle, qu'il nous soit permis de terminer ce travail par les conclusions qui ont été élaborées au XVIII[me] Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, tenu à Paris en 1959, et qui ont été résumées de la manière suivante par le Prof. M. Rivière, rapporteur général [15]:

«Il faut donc que ce Congrès proclame dans ses conclusions la nécessité d'une profonde réorganisation de nos services, la création de Centres hospitaliers obstétricaux méritant la confiance des femmes que nous invitons avec insistance à venir y accoucher. Ceci suppose la présence permanente non seulement d'un obstétricien vrai, mais aussi de responsables des services annexes de radiologie, d'anesthésie, de réanimation, de biologie. Dans les grands centres un service de maternité digne de ce nom ne se conçoit en 1959 que sous la forme d'un service plein temps et d'un centre de recherche.»

Ces mêmes conclusions sont valables maintenant pour l'amélioration de la mortalité infantile périnatale, si on les complète par l'exigence d'une collaboration étroite avec un service de pédiatrie. Les centres étrangers nous en donnent l'exemple. A nous de les suivre!

(Travail du Laboratoire de la Maternité Charlotte, Luxembourg. Directeur: D[r] M. Reiles)

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans une collaboration importante. Le D[r] Reiles, directeur de la Maternité, a énormément facilité nos premières recherches statistiques en mettant à notre disposition ses rapports annuels fort détaillés. Nous avons toujours trouvé un accueil des plus agréables au service de la Statistique de l'État qui nous a donné tous les renseignements voulus concernant la mortalité périnatale du Grand-Duché. Le D[r] E. Duhr, de l'Inspection Sanitaire, nous a procuré les documents de l'O.M.S. et le

Prof. Manciaux, de Nancy, actuellement expert à l'O.M.S. a bien voulu examiner avec nous nos premiers relevés de statistiques et nous aider de ses conseils. A tous, nous adressons nos remerciements les plus sincères pour leur précieuse collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

1 *Butler, N. R.* - Les causes et la prévention de la mortalité périnatale dans la région européenne. O.M.S., document EUR/RC 16/Tech. Disc./1, 23 juin 1966.

2 O.M.S. - Mortalité et morbidité périnatales. O.M.S., document WHO/HS/ICD/50, 1963, pages 30-31.

3 Büro Geb.-Gyn., Basel. - Lebenderhaltung von Frühgeburten. Besprechung Nr. 21. B.G.G., 1960, Beilage, 15. März.

4 Service Central de la Statistique et des Études Économiques: Statistiques du mouvement de la population, Années 1953 à 1965. Luxembourg 1966. Annuaire de Statistique 1960.

5 *Wilkin, P.* - L'insuffisance placentaire.
Bull. Soc. R. Belge de Gyn. et Obst., 1966, *36*, 339-344.

6 *Schwartz, Ph.* - Geburtsschäden bei Neugeborenen. Jena, 1964.

7 *Reiles, M.* et *Pundel, J. P.* - Les applications de forceps en anesthésie locale.
Gyn. et Obstét., 1962, *61*, 414-422.

8 *Brat, T., Preumont, P.* et *Adnet, A.* - Considérations statistiques relatives à l'activité de la Maternité de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles au cours des années 1960-1964.
Revue Méd. de Bruxelles, 1964, 20, 489-500 et 599-612; 1966, *22*, 137-149, 265-278 et 549-562.

9 Frauenspital Basel-Stadt: Jahresberichte, 1964-1967.

10 Staatliche Frauenklinik und Hebammenschule Bamberg: 5-Jahresbericht 1963-1967.

11 *Hartemann, J., Ribon, M., Dellestable, P.* et *Brunel, G.* - A propos de la mortalité périnatale à la Maternité de Nancy (1962-1963).
Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst., 1964, *16*, 469-473.

12 *Garot, L.* - Les causes principales de la mortalité périnatale.
Bull. Soc. R. Belge de Gyn. et Obst., 1966, *36*, 265-280.

13 *Ewerbeck, H., Elert, R.* und *Friedberg, V.* - Prophylaxe und Therapie perinataler Fruchtschäden. Thieme, Stuttgart, 1967.

14 *Hannes, J.* - Réflexions sur la pratique actuelle de la gynécologie-obstétrique.
Revue Méd. de Bruxelles, 1968, *24*, 565-570.

15 *Rivière, M.* - La mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerpéral. Commentaires et conclusions. Rapports du XVIII^me^ Congrès de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'obst. de langue française, Paris, 1959, p. 244-260.

Adresse de l'auteur: 23, rue Albert I^er^, Luxembourg.

ANTIFONGIQUE
ANTIBACTERIEN
ANTI-INFLAMMATOIRE
ANTIPRURIGINEUX

mycolog® onguent

LABAZ 1, avenue De Béjar, Bruxelles 12

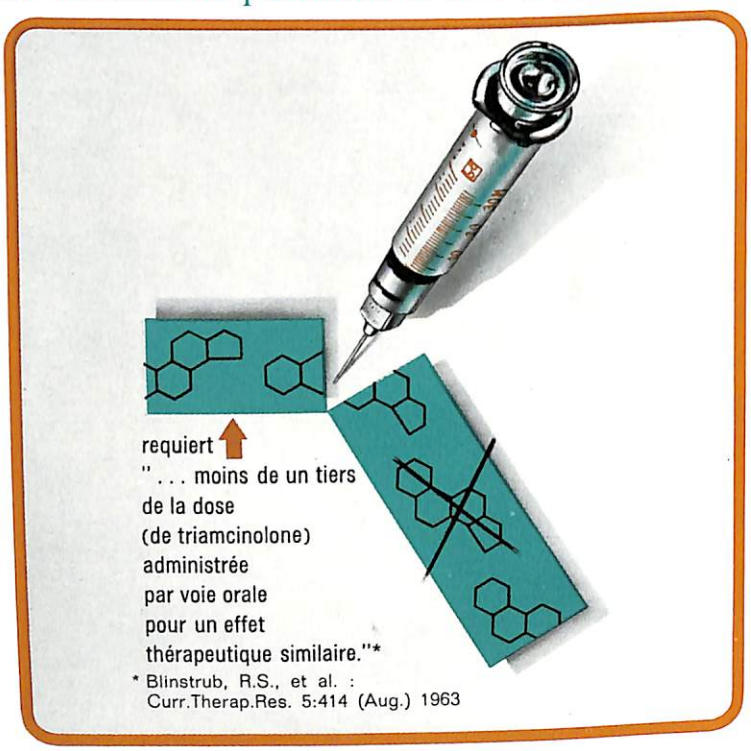
NOUVEAU

Pour un effet prolongé et une réduction de la posologie

Kénacort®-A40

INTRAMUSCULAIRE

L'effet d'une injection de Kénacort-A40 se maintient pendant 2 à 4 semaines.



LABAZ

®= marque déposée : E. R. Squibb & Sons, Inc.

casinos / théâtres / concerts / tous les sports

VICHY

3 ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

parfaitement équipés

saison : 2 mai - 15 octobre

Affections du foie et des voies biliaires

Séquelles de cholécystectomie

Diabète - Goutte

Hyperuricémie - Hypercholestérolémie

Syndromes allergiques

Troubles dyspeptiques - colites de fermentation

Hépatopathies de l'enfance

WD

Traitement anti-algique par doses massives de Vitamine B1

BETAMINE 500

La forme la plus commode pour des doses massives de Vitamine B1 sans goût ni odeur d'Aneurine.

Tolérance parfaite.

Formule: Aneurin. (Vit. B1) 500 mg - Amyl. - Sacchar. lact. - Gelatin. pro tablett. compress. una - Cellulos. acetophtal. - Talc. - Sacchar. pro obducta

Flacon de 30 dragées

Doses: 3 à 6 dragées par jour.

I.N. 042/6811/31

Remboursé par l'I.N.A.M.I.

Laboratoires WOLFS sprl
70, Haantjeslei - ANVERS

TONIQUE
ANTIANEMIQUE

FERROGLOBINE

aspartate ferreux

Ampoules buvables
21 ampoules "Adultes"
(10 ml) à 400 mg
21 ampoules "Enfants"
(5 ml) à 200 mg
Dragées
30 dragées à 400 mg

VERIDE

R. COLES S.A.
DIEGEM
TEL.: (02) 20.15.00

Dilatateur **ARTERIOLAIRE** spécifique

Pas d'hypotension orthostatique
Pas de phénomène de rebond
Aucun effet secondaire*

ARLYTÈNE *fort*

3 comprimés par jour

Vie vivable pour l'artériel

*Ces caractéristiques remarquables sont la conséquence de l'action sélective de ARLYTÈNE fort sur les α-récepteurs

Troubles fonctionnels de l'hypertension artérielle; participation artériolaire des sciatiques et arthroses cervicales ; dysfonctionnements neuro-végétatifs ; acouphènes.

ARLYTÈNE *fort* comprimés, MOXISYLYTE pur : 30 mg
boite de 32 comprimés dragéifiés -

LABORATOIRES DEDIEU
80, RUE DELORD - 33 - BORDEAUX - FRANCE

CREG

COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS
23 COIN RUE MERCIER ET RUE WEDEL
LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ) - TÉL. : 464 41.

ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX ET ECHOENCÉPHALOGRAPHIE *

par

S. G. THIRY et J. M. HOTERMANS (Liège)

Les malades qui présentent un accident vasculaire cérébral sont le plus souvent âgés, artérioscléreux et en mauvais état général, ce qui limite les investigations nécessaires à un diagnostic étiologique précis.

Celui-ci est toutefois indispensable car devant la carence des traitements médicaux, les efforts des neurochirurgiens s'orientent actuellement vers une solution chirurgicale des accidents vasculaires cérébraux comme la vidange d'un hématome, la désobstruction d'un gros tronc artériel ou encore l'aspiration d'un foyer de ramollissement.

Pour objectiver et localiser avec précision ces lésions, l'angiographie est la méthode de choix, mais elle n'est pas inoffensive et ne peut être pratiquée de routine.

En effet, s'il est réconfortant de déceler un hématome intracérébral dont la vidange permettra la récupération notable des déficits observés, il est tout aussi pénible de retrouver des patients dont l'état s'est détérioré après l'angiographie. Car il peut arriver qu'une hémiparésie se transforme en hémiplégie, qu'un syndrome pyramidal se complète ou encore qu'un coma avec état de Mal épileptique s'installe après une artériographie pratiquée chez un malade angioscléreux. Heureusement, dans 80% des cas, ces phénomènes sont régressifs en 48 à 72 heures sous vasodilatateurs et solution hypertonique. Cependant dans la littérature mondiale, les accidents imputables à l'angiographie chez les vasculaires cérébraux sont tout de même de l'ordre de 5 à 10%. Il en résulte qu'une angiographie ne doit être décidée chez de tels sujets qu'en toute connaissance de cause, c'est-à-dire lorsqu'on suppose une sanction chirurgicale et après pré-

* Communication présentée le 12 mai 1968 à Luxembourg, à la «Journée Médicale Internationale Lorraine-Luxembourg».

paration par des antispasmodiques. Il ne doit s'agir en aucun cas d'un examen de routine, sans préparation.

Au cours de ces dernières années, l'utilisation des ultra-sons ou échoencéphalographie a apporté une solution élégante à ces problèmes. Pratiquée au lit même du malade, quel que soit son état d'agitation, sans utilisation de produit de contraste, d'une innocuité totale et répétable autant de fois que nécessaire, l'échoencéphalogramme décèle en quelques minutes la nature expansive d'une lésion et permet de juger l'engagement cérébral sous la faux du cerveau, et l'opportunité d'une sanction chirurgicale. De plus, il peut également révéler des échos supplémentaires au niveau lésionnel et dans les séquelles des accidents vasculaires cérébraux objectiver des lésions d'atrophie localisée ou diffuse par l'étude des cavités ventriculaires et de l'index d'épaisseur du manteau cortical (H.M.I.).

A l'admission d'un patient qui vient de faire un accident vasculaire cérébral, l'échoencéphalographie permet un triage important en orientant d'urgence vers l'angiographie les patients dont l'écho est dévié de plus de quatre millimètres. Au contraire, il permet de temporiser en toute sécurité lorsqu'il n'existe pas de déviation des structures médianes pour pratiquer les explorations angiographiques complémentaires dans les meilleures conditions et au moindre risque pour le sujet.

En corrélation avec l'électroencéphalogramme, l'échographie surveille l'évolution d'un foyer pathologique par la régression des ondes supplémentaires au niveau lésionnel. En effet, lorsqu'un écho est pratiqué dans les heures suivant un accident vasculaire cérébral, on observe régulièrement au niveau de l'hémisphère lésé des échos supplémentaires accolés les uns aux autres en l'absence de toute déviation de l'écho médian. Après une dizaine d'heures, il peut se produire une déviation de un à trois millimètres qui habituellement régresse en 24 – 48 heures. Lorsque cette déviation persiste ou s'aggrave, il s'agit soit d'un ramollissement oedémateux, soit d'un hématome en formation et l'angiographie s'impose. L'avantage de l'écho sur l'électroencéphalographie est de donner au clinicien à chaque instant le degré de l'engagement cingulaire et donc de l'urgence.

Par la relation de quelques cas parmi une statistique de 1.000 échoencéphalogrammes pratiqués chez des vasculaires cérébraux, nous nous proposons d'objectiver l'importance de l'échoencéphalographie dans le diagnostic et l'approche thérapeutique de l'angiosclérose cérébrale et de ses conséquences.

La première observation démontre le triple rôle de l'échoencéphalographie:

Monsieur X... J., âgé de 67 ans est un hypertendu artériel chronique.

Après une violente discussion, il se plaint de céphalées hémicrâniennes gauches, de nausées et en quelques heures, s'installent des troubles de l'élocution et de l'orientation, ce qui motive son hospitalisation.

A l'entrée au service, il est obnubilé et l'examen neurologique révèle un syndrome du carrefour gauche. Il est scléreux, la tension artérielle est à 20/12 et à l'électrocardiogramme, il existe des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche.

L'échoencéphalogramme montre une déviation de l'écho médian de 6 millimètres au sondage temporal classique et des échos supplémentaires au niveau de l'hémisphère gauche lors du sondage postérieur.

L'angiographie carotidienne pratiquée immédiatement confirme la présence d'une lésion expansive, avasculaire, intra-cérébrale, pariéto-occipito-temporale. L'intervention permet la vidange d'un hématome volumineux intra-cérébral occipital, fusant dans la partie postérieure du lobe temporal.

Les suites opératoires sont excellentes avec reprise des activités professionnelles deux mois après la sortie de clinique.

Le rôle de l'écho a donc été triple. En quelques minutes, dès l'admission du patient, il a décelé la présence d'une *lésion expansive* intra-crânienne et a précisé son *côté*. En outre, il a fourni le degré d'urgence en chiffrant *l'importance de l'engagement* cingulaire sous la faux du cerveau. Il a imposé l'angiographie d'urgence et a évité la perte de temps à faire différents examens para-cliniques. Le résultat fonctionnel post-opératoire a été naturellement amélioré grâce à la rapidité de la décompression du tissu cérébral. D'autre part, en post-opératoire, il a permis de suivre en toute sécurité le *retour en place* des structures médianes et d'éviter une éventuelle angiographie de contrôle.

Toute autre est l'observation suivante où l'échoencéphalogramme a rendu possible une temporisation armée et une préparation adéquate à l'angiographie.

R... P., âgé de 75 ans, hypertendu artériel chronique, a déjà fait un infarctus du myocarde antérieurement. Après un effort, il se plaint de céphalées bifrontales et vomit plusieurs fois. Progressivement, il devient somnolent, hémiparétique droit et aphasique sensori-moteur. Il existe en plus de discrets signes méningés sans température.

L'absence de déviation de l'écho médian nous a permis de temporiser en toute sécurité et de suivre quotidiennement l'évolution de ce patient sur une base anatomique. Nous avons observé la régression progressive des échos supplémentaires sous le traitement instauré. Les différentes explorations électroencéphalographique, ophtalmologique, scintigraphique et radio-circulographique ont circonscrit le problème et une fois le patient bien préparé, l'angiographie a été pratiquée dans les meilleures conditions.

Elle n'a d'ailleurs décelé que des signes diffus d'angiosclérose des artères intra-crâniennes et du siphon carotidien. Le risque d'incident post-angiographique a été ainsi réduit au maximum sans pour cela nuire au patient par une trop longue expectative.

En effet, en surveillant quotidiennement la position des structures médianes et l'importance des échos supplémentaires, nous étions prêts à diagnostiquer dès sa formation un hématome intra-crânien. De plus, dès l'entrée du patient au service, l'échoencéphalogramme avait exclu la présence d'une lésion expansive intra-crânienne.

Dans d'autres cas, l'échoencéphalogramme permet en corrélation avec la clinique de suivre en toute sécurité l'évolution d'un ramollissement oedémateux ou pseudo-tumoral soit vers la régression et l'abstention chirurgicale, soit vers l'aggravation et l'indication opératoire formelle.

H... D., âgé de 54 ans, hypertendu artériel connu, développe en quelques heures un syndrome d'hypertension intra-crânienne avec coma et déficit moteur gauche. L'écho médian est dévié de quatre millimètres, avec présence d'échos supplémentaires au niveau de l'hémisphère droit au sondage temporal. L'angiographie carotidienne droite fait soupçonner la présence d'un processus expansif pariéto-temporal.

Sous vaso-dilatateurs et solution hypertonique, l'état du sujet s'améliore en quelques jours pour s'aggraver ensuite continuellement. Le déplacement de l'écho médian s'accentue et atteint rapidement 7 millimètres, ce qui impose une sanction chirurgicale.

On découvre un volumineux foyer de ramollissement pariétal et temporal postérieur qui est aspiré avec des suites opératoires excellentes puisque le déficit moteur régresse. Un an plus tard, il ne persiste que des séquelles pyramidales gauches, la marche est aisée et le patient conduit sa voiture.

L'échoencéphalogramme montre un retour en place des structures médianes mais l'index d'épaisseur du manteau cortical est augmenté à droite, ce qui témoigne à ce niveau d'une atrophie cérébrale localisée.

Par opposition, nous relatons le cas d'une personne de 58 ans, porteuse d'un ramollissement pseudo-tumoral où l'échoencéphalogramme a permis de temporiser en toute sécurité.

F... S., est une patiente de 58 ans, qui présente depuis une quinzaine d'années des accidents hémiparétiques droits avec troubles phasiques. La régression se fait en deux à trois jours.

Elle n'a jamais été soumise à une exploration neurologique lorsqu'elle entre au service parce que cette fois, le déficit moteur reste stabilisé depuis une dizaine de jours. A l'entrée, il existe un syndrome pariétal gauche chez une patiente consciente, mais quelque peu désorientée dans le temps et l'espace. Le fond d'oeil montre une angiosclérose de type II sans signes oculaires d'hypertension intra-crânienne. L'électroencéphalogramme objective une souffrance cérébrale postérieure gauche mêlant des signes d'oedème à des signes irritatifs.

La scintigraphie à l'albumine iodée 131 révèle un foyer hyperradioactif pariétal relativement bien limité et régressif à la 72^{me} heure. L'écho médian est dévié de 3 millimètres et lors du sondage postérieur, il existe des échos supplémentaires à gauche.

L'angiographie carotidienne révèle des signes diffus d'angiosclérose et un déplacement de deux millimètres de l'angle veineux avec dislocation des branches postérieures du groupe sylvien. Toutefois pour localiser parfaitement la lésion et poser ou non une indication opératoire, il faudrait pratiquer une encéphalographie gazeuse fractionnée.

Étant donné l'état général et cardiaque précaire, on hésite à avoir recours à un tel examen. On décide alors de tenter un traitement médical d'essai et la surveillance ambulatoire.

Progressivement, l'écho médian revient en place et un mois après la sortie de clinique, on observe une régression des échos anormaux lors du sondage postérieur. L'index d'épaisseur du manteau cortical est augmenté

à gauche ce qui témoigne à ce niveau d'une atrophie cérébrale localisée au foyer lésionnel.

Cliniquement la récupération s'est installée et il ne persiste qu'une hyperreflexie ostéo-tendineuse et quelques troubles des sensibilités profondes au niveau de la main droite. Par ailleurs, l'électroencéphalogramme s'est normalisé et le foyer hyperradio-actif pariétal n'apparaît plus à la scintigraphie.

Chez cette personne âgée, scléreuse et en mauvais état général, grâce à l'échoencéphalographie, nous avons pu suivre en toute quiétude la régression du ramollissement pseudo-tumoral. Elle a permis d'éviter sans risque une encéphalographie gazeuse fractionnée ainsi qu'une angiographie carotidienne de contrôle.

CONCLUSIONS

Par la relation de quelques cas privilégiés parmi les 1.000 échoencéphalogrammes pratiqués chez des vasculaires cérébraux, nous avons tenté d'exposer les avantages de cette méthode dans l'exploration diagnostique, la surveillance et l'étude des séquelles parenchymateuses chez ces patients particulièrement fragiles. L'échoencéphalographie, loin d'être en opposition avec les diverses méthodes d'investigation, les complète harmonieusement. Ses avantages sont l'*innocuité totale* et l'*étude longitudinale des cas*. Jusqu'à présent, seule l'électroencéphalographie avait ce privilège. Ces deux explorations sont d'ailleurs complémentaires, l'électroencéphalographie ayant une visée physiologique et l'échoencéphalographie une visée anatomique.

L'échoencéphalographie joue un rôle primordial dans le *triage des accidents vasculaires cérébraux*. Elle oriente sans hésitation vers l'angiographie les sujets dont l'écho médian est dévié de plus de 4 millimètres puisqu'il existe une lésion expansive intra-crânienne. La *figure 1* montre dans un tel cas la déviation simultanée de l'écho médian et du 3^{me} ventricule. Elle justifie une expectative armée lorsqu'il n'y a pas de déviation de l'écho médian et permet de préparer les patients à l'exploration angiographique dans les meilleures conditions.

Dans les accidents vasculaires cérébraux transitoires avec évolution régressive en quelques jours, nous avons constamment observé des échos supplémentaires au niveau de l'hémisphère intéressé sans qu'il y ait pour cela de déviation des structures médianes. La surveillance de la régression de ces échos supplémentaires est un moyen efficace dans le pronostic fonctionnel, leur disparition précédant de trois à quatre jours l'amélioration clinique.

Dans certains cas, une dizaine d'heures après l'accident initial, il peut se produire une déviation de un à trois milli-

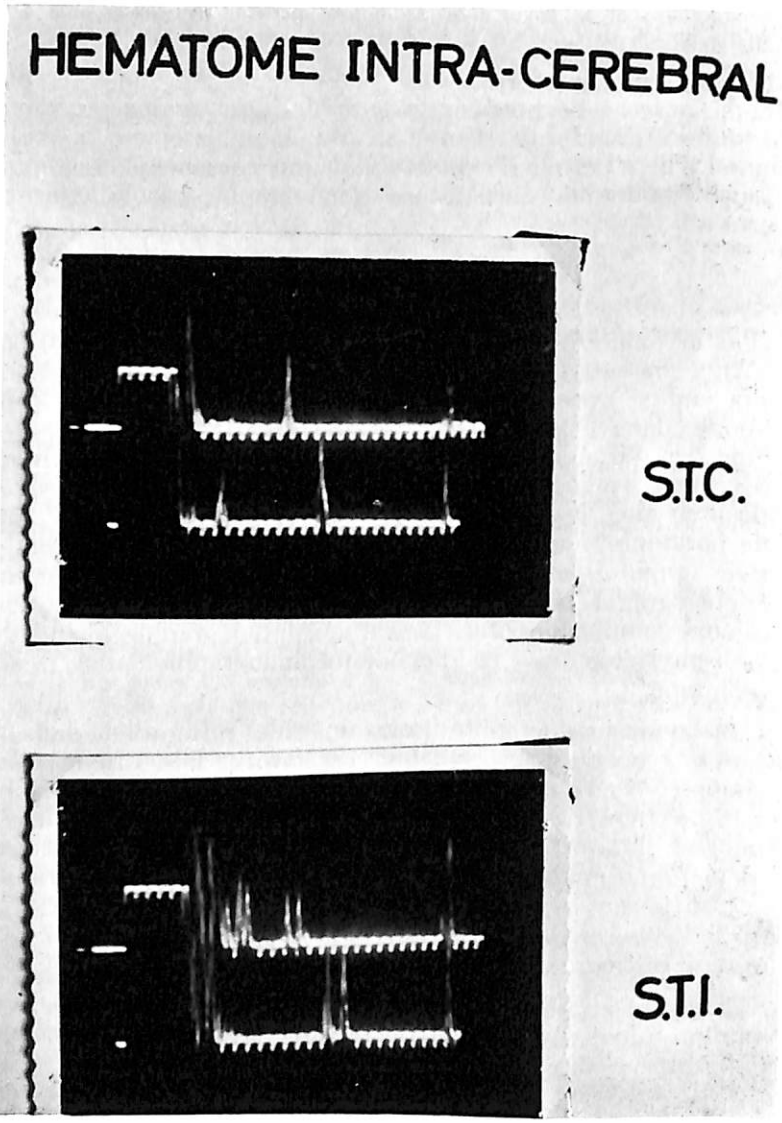


Figure 1

mètres qui habituellement régresse en 24 – 48 heures. Lorsque cette déviation persiste ou s'aggrave, il s'agit soit d'un ramollissement oedémateux, soit d'un hématome en formation et l'angiographie s'impose.

D'autre part, par la surveillance régulière des malades, l'échographie décèle dès sa formation un hématome intracérébral qui aurait pu passer inaperçu lors d'une exploration angiographique pratiquée trop précocement par exemple. Dans les ramollissements pseudo-tumoraux, l'échoencéphalographie oriente soit vers la poursuite d'un traitement médical, soit au contraire vers une solution chirurgicale lorsque la déviation de l'écho médian s'accentue.

L'échoencéphalographie sélective avec étude des cavités ventriculaires (troisième ventricule, ventricules latéraux, corne temporale) et de l'index d'épaisseur du manteau cortical (H.M.I.) permet de suivre dans le temps les séquelles parenchymateuses des accidents vasculaires cérébraux. En effet, une atrophie localisée est aisément diagnostiquée par l'augmentation du H.M.I. unilatéralement en l'absence d'une dilatation du troisième ventricule. Dans les atrophies diffuses, l'écho permet de juger à tous moments leur importance par l'étude de l'index d'épaisseur du manteau cortical et de la dilatation des ventricules cérébraux.

Naturellement, cette méthode a ses faiblesses et dans la littérature, on décrit qu'un tiers des lésions frontales notamment passe inaperçu lorsqu'il n'y a pas de déplacement de l'angle veineux à l'angiographie. Toutefois, avec une certaine expérience et la pratique systématique de sondages frontaux et occipito-pariétaux à la recherche d'échos supplémentaires, le pourcentage d'échecs est notablement réduit. Dans notre expérience qui compte actuellement plus de 3.000 échos pratiqués par un neurochirurgien et non par une technicienne, ce pourcentage est réduit à 5% grâce aux différents sondages. Ces erreurs sont d'ailleurs dans la plupart des cas des erreurs en plus, c'est-à-dire qu'une déviation de l'écho médian n'est pas confirmée par les explorations angiographiques ou gazeuses. Les erreurs par défaut sont exceptionnelles et inférieures à 1%.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent les possibilités de l'échoencéphalographie dans le diagnostic et la surveillance des accidents vasculaires cérébraux à la lumière de 1.000 examens. D'une part, elle impose d'urgence l'angiographie dans les accidents vasculaires cérébraux aigus lorsque l'écho médian est déplacé d'au moins quatre millimètres et d'autre part, elle permet de temporiser en toute sécurité lorsqu'il n'existe pas de déviation

des structures médianes et d'apprécier l'importance de l'oedème cérébral péri-lésionnel en suivant l'évolution des échos supplémentaires à ce niveau. Ces patients, âgés, scléreux et souvent en mauvais état général sont ainsi préparés en toute sécurité et dans les meilleures conditions à l'angiographie si elle s'avère encore nécessaire.

L'échoencéphalographie qui objective à tous moments le degré d'engagement cingulaire en chiffrant l'expansivité de la lésion apporte au neurochirurgien la notion d'évolution dans le temps qui va lui permettre de décider soit l'abstention, soit la poursuite des investigations, soit l'intervention chirurgicale.

En outre, par l'étude du volume des cavités ventriculaires et de l'index d'épaisseur du manteau cortical ou H.M.I., l'écho apprécie les séquelles parenchymateuses des accidents vasculaires cérébraux avec les atrophies localisées ou diffuses. Il permet de suivre l'évolution dans le temps de ces lésions atrophiques.

Les auteurs insistent par ailleurs sur la nécessité d'une technique rigoureuse faite par un médecin entraîné et sur l'intérêt de pratiquer différents sondages (frontaux et pariéto-occipitaux) sans se contenter du simple sondage temporal classique. De cette manière, on peut découvrir des échos supplémentaires témoins d'une lésion organique sous-jacente qui aurait pu passer inaperçue au sondage classique.

BIBLIOGRAPHIE

Nous reportons le lecteur à la bibliographie de l'article «TRAUMATISMES CRANIENS ET ÉCHOENCÉPHALOGRAPHIE».

Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., *105*, 131-142, 1968.

Cette bibliographie ayant été par erreur omise après l'article cité, nous la reproduisons ci-après.

1 *Akerman, M.* and *Guiot, G.* - Le diagnostic des processus expansifs intra-crâniens par l'association de la gamma et de l'échoencéphalographie.
Ann. Radiol. 1965, *8*, 851-879.

2 Annual Report of the Medical Ultrasonics Research Center Iutendo University School of Medicine. Hongo-Tokyo, Japan, 1963, 1964, 1965, 1966 et 1967.

3 *Brinker, R. A., King, D. L.* and *Taveras, J. M.* - Echoencephalography Amer. J. Roentgenol. 1965, 93, 781-790.

4 *Chadduck, M. W.* and *Crutchfield, W. G.* - Extracranial Masses Complicating the Interpretation of Echoencephalograms. A new technique for Quantitative Evaluation.
Journ. of Neurosurg. 1964, *21*, 699-704.

5 *Fischer, G., Gérin, P., Revol, M.* et *Courjon, J.* - Place de l'échoencéphalographie dans le diagnostic des lésions intra-crâniennes.
J. Med. Lyon, 1965, *46*, 85-102.

6 *Geletneky, C. L.* – Echoencephalographie im Säuglings- und Kindesalter.
Acta Neuroch. 1965, *13*, 579-581.

7 *Grossmann, C. C.* – The use of diagnostic ultrasound in brain disorder, 146, Springfield, III, Charles C. Thomas 1966.

8 *Hata, H., Maruta, H., Yoschida, J., Ischida, K.* and *Inaba, Y.* – Observation of hydrocephalus by ultrasound.
Evaluation of effect of ventriculoauriculostomy.
Japan. Med. Ultrasonics, 1964, *2*, 41-43.

9 *Hotermans, J. M.* et *Thiry, S. G.* – Applications cliniques de l'échoencéphalographie en neurologie et en neurochirurgie.
Rev. Med. Liège, 1966, *21*, 477-489.

10 *Hotermans, J M.* et *Thiry, S. G.* – Étude critique de 600 échoencéphalogrammes pré- et post-opératoires.
Acta Chir. Belg. 1966, *65*, 823-856.

11 *Hotermans, J. M.* et *Thiry, S. G.* – L'échoencéphalographie post-opératoire. Expérience personnelle basée sur 500 cas.
Neurochirurgie, 1967, *13*, 827-840.

12 *Hotermans, J. M.* et *Thiry, S. G.* – L'échoencéphalographie. Examen préparatoire à l'angiographie carotidienne dans le diagnostic et la surveillance des accidents vasculaires cérébraux. 8^{me} symposium Neuroradiologicum, Paris 1967.

13 *Hotermans, J. M.* et *Thiry, S. G.* – Apport de l'échoencéphalographie dans l'étude des accidents vasculaires cérébraux.
Rev. Méd. de Liège, 1968, *23*, 130-135.

14 *Hotermans, J. M.* et *Thiry, S. G.* – Que faire devant un accident vasculaire cérébral?
Rev. Med. Liège, 1965, *20*, 646-650.

15 *Jeppson, St.* – The use of the M-echo in clinical echoencephalography.
Acta Neurol. scand. 1965, *41*, S 7-12.

16 *Kazner, E.* and *Schiefer, W.* – Die Echoencephalographie bei raumfordernden Progressen der hinteren Schädelgrube.
Acta neurochir. 1966, *14*, 177-196.

17 *Kurze, T., Dyck, P.* and *Barrows, H. S.* – Neurosurgical evaluation of ultrasonic encephalography.
J. Neurosurg. 1965, *22*, 437-440.

18 *Lithander, B.* – Origin of echos in the echoencephalogram.
J. Neurol. Psychiatr.
1961, *24*, 22-31.

19 *Lithander, B.* – Echoencephalography in children.
Acta psych. scand. 1961, *36*, S. 37-50.

20 *Planiol, T., Fischgold, H., David, M., Sachs, M.* et *Courjon, B.* – Sur les examens physiques ambulatoires du cerveau.
Neurochirurgie, 1965, *11*, 273-284.

21 *Schiefer, W., Kazner, E.* and *Kunze, St.* – Ergebnisse der Echoencephalographie bei supratentoriellen Geschwülsten.
Zentbl. Neurochir. 1965, *11*, 273-284.

22 *Schiefer, W. und Kazner, E.* – Klinische Echoencephalographie.
Springer Verlag. Berlin Heidelberg New-York, 1967.

23 *Sjogren, I.* - Echo ventriculography in infantile hydrocephalus. Preliminary report.
Acta Neurol. Scand. 1965, *41*, S. 13-18.

24 *Sjogren, I.* - Comparative studies between echoencephalography and cerebral pneumography in infantile hydrocephalus and cerebral malformation. Int. Symposium Echoencephalographie Erlangen 1967.

25 *Sugar, O.* and *Uematsu, S.* - The use of ultrasound in the diagnosis of intracraniol lesions.
Surg. clin. N. Amer. 1964, *44*, 5-64.

26 *Tanaka, J., Ito, K.* and *Wagal, T.* - The localization of brain tumors by ultrasonic techniques. A clinical review of 111 cases.
J. Neurosurg. 1965, *23*, 175-147.

27 *Taveras, J. M.* and *Wood, E. H.* - Diagnostic neuroradiology. 150, Baltimore, Williams and Wilkins Cy. 1964.

28 *Thiry, S. G., Hotermans, J. M., Thibaut, A., Herve, P., Farina, M.* et *Jacquemin, P.* - Les formes pseudo-tumorales de l'artériosclérose cérébrale.
Neurochirurgie, 1965, *11*, 371-387.

29 *Thiry, S. G., Hotermans, J. M., Brand, H., Evrard, C., Thibaut, A.* et *Herve Ph.* - Le traitement chirurgical des principaux anévrysmes artériels intracrâniens supratentoriels.
Acta Chir. belg. 1964, *63*, 308-330.

30 *Uematsu, S., Sugar, O.* and *Walker, A. E.* - Ultrasonic determination of the size of cerebral ventricular system.
Neurology 1967, *17*, 81-86.

31 *Umbach, W.* and *Kley, M.* - Untersuchungen mit Ultraschall zur Diagnose und Verlaufskontrolle des kindlichen Hydrocephalus.
Dtsch. Med. Wschr. 1965, *90*, 1313-1315.

32 *Wertheimer, P., Fischer, G., Courjon, J., Revol, M.* et *Munier, F.* - La valeur diagnostique de l'échoencéphalographie. Étude d'une statistique de 1.000 examens.
Revue Neurologique, 1966, *114*, 219-225.

33 *West, J. A.* - Correlation between ultrasonic and roentgenological findings in infantile hydrocephalus.
Acta Ped. Scand. 1967, *56*, 27-36.

34 *Zander, E. et Foroglou, G.* - L'apport de l'échoencéphalographie en neurochirurgie.
Praxis, 1966, *55*, 398-406.

Travail de la Clinique Saint-Joseph, Liège, Belgique.

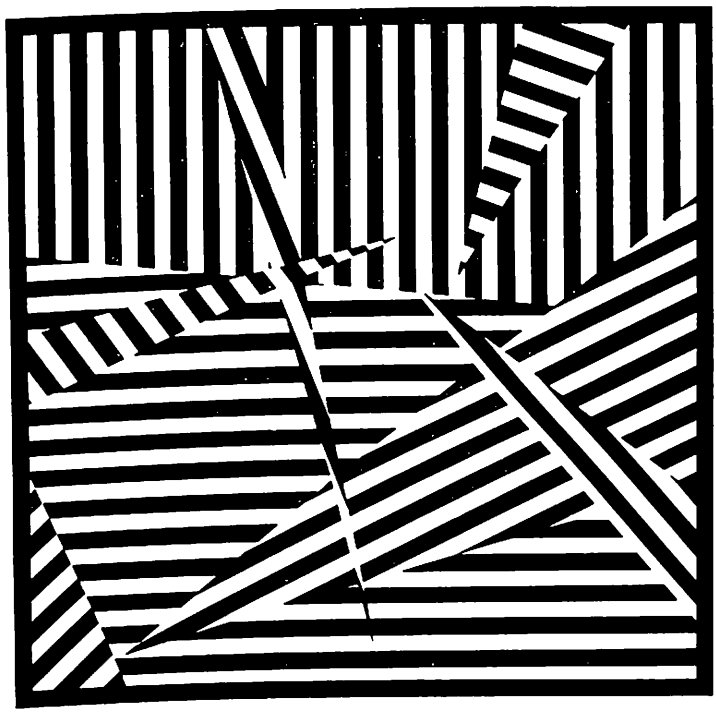
Das Phytosedativum

Nervobaldon®-Dragées

schafft Ruhe
in Psyche,
Motorik
und Vegetativum

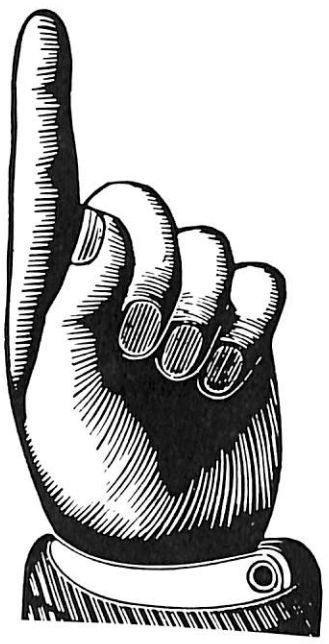
Gestörte Ordnung im Nervensystem:

ALFRED
ZWINTSCHER
Heidelberg
Fabrik pharmaz.
Präparate GmbH



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

amoquine houdé



levet kraemer 65

sédatif général

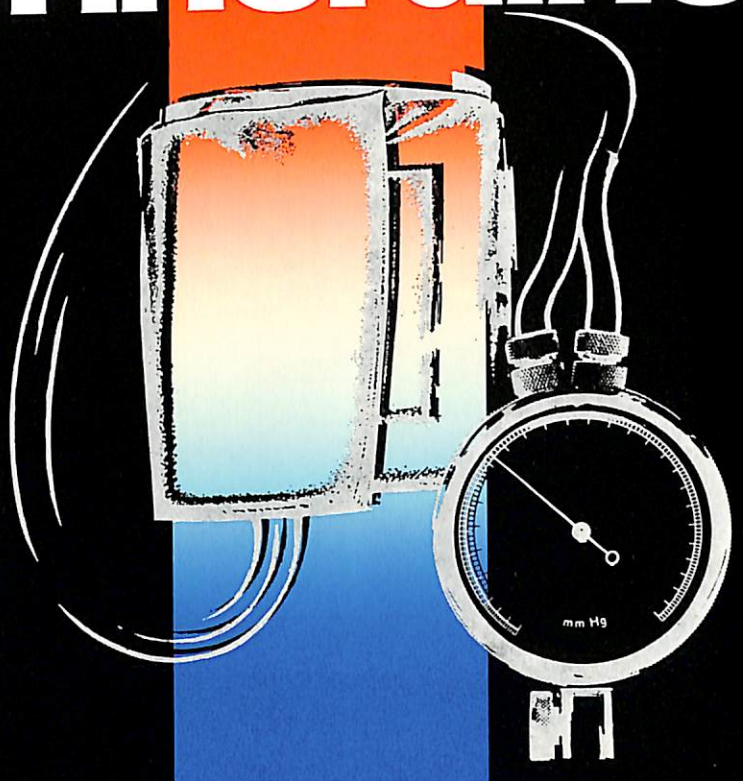
modérateur de l'excitabilité myocardique

hypnotique léger

- états anxieux, angoisse
- dystonies neuro-végétatives
- insomnies
- éréthisme cardiaque
- palpitations, précordialgies
- extrasystoles

comprimés dosés à 80 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine
tube de 30 - emballages cliniques de 100 et de 500
posologie habituelle : 2 à 6 par jour
suppositoires dosés à 155 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine
boîte de 6 - emballage clinique de 120
posologie habituelle : 1 à 3 par jour

Brinerdine®



abaisse et maintient la tension dans la zone de sécurité

**assure: un relâchement,
par protection centrale, du tonus vasculaire
une sympathicolyse périphérique
une salidiurèse prédominante***

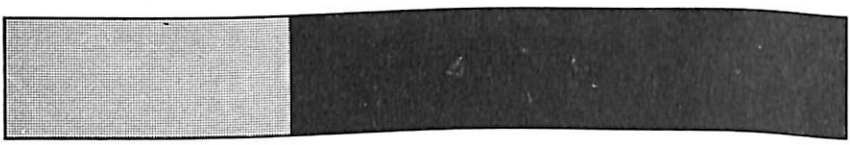
*La prédominance de la salidiurèse est propre à la clopamide

Posologie: 1 dragée par jour
Cas graves et hypertensions néphrogènes: 2-3 dragées par jour

SANDOZ

e Léon Grosjean
RUXELLES 14
4.44.

PHILIPS



Les
mucosités visqueuses
compliquent
l'évolution des

affections aiguës et chroniques
des voies respiratoires!

Bisolvon®

bronchosécrétolytique

N-cyclohexyl-N-méthyl-
(2-amino-3,5-dibromobenzyl)-
ammonium

Comprimés
Solution

fluidifie les mucosités visqueuses,
facilite l'expectoration
atténue ainsi la dyspnée et
apaise la toux

BOEHRINGER INGELHEIM

C. H. Boehringer Sohn
Ingelheim am Rhein

Concessionnaires:
Etablissements
E. Baudrihaye · Verviers

VASCULAR ACCIDENTS AND ELECTROENCEPHALOGRAPHY*

by G. PAMPIGLIONE (London)

In clinical medicine electroencephalography represents only one of many physical signs. Its interpretation has to be considered in the context of all the other signs and symptoms and particularly in relation to the patient's history and the course of his disease.

While electroencephalography cannot substitute that complex concept which is called "clinical judgement", a systematic study of the electrical activity of the brain may guide us in the exclusion of improbable alternatives. This consideration is valid for a variety of other physical signs in medicine as well as for the results of biochemical investigations or radiological studies.

Vascular accidents affecting the brain do not represent a single entity. As some of the other speakers have already demonstrated today, the varieties, sizes, evolution and stabilisation of vascular lesions cover one of the largest chapters of neuropathology. Electroencephalography, when considered as a dynamic monitor of alterations which are taking place in the brain, may give us useful information during the various evolutional phases of a vascular accident.

In contrast with static conditions there are a number of peculiarities in the EEG features during the acute initial phases of a vascular accident which are unusual in other pathogical processes. The rapid evolution of the initial effects of local ischaemia followed by either partial or total recovery through collateral circulation, the subsequent alterations in tissue permeability with either oedema or haemorrhages, the later more slowly evolving sequelae, represent a series of events which, over a period of minutes (or very few hours), have no parallel with either inflammatory or neoplastic conditions, at least in terms of concomitant EEG patterns.

* Read at the «Journée Médicale Internationale Lorraine-Luxembourg», May 12, 1968.

Rather than reviewing the literature on the variety of alterations in the electrical activity of the brain which may accompany or follow various types of vascular lesions, I shall limit my talk to some embolic phenomena which I have had the opportunity to study during their occurrence as well as during their subsequent electroclinical evolution, in selected patients.

First of all I should mention that these studies have been made during continuous EEG monitoring of patients in the course of prolonged heart operations. The rapid occurrence (over a few seconds) of fairly symmetrical alterations from all the regions of the brain usually suggests that whatever the trouble this is not affecting one area of the brain much more than another. This is common when for example the cardiac output suddenly diminishes and when the cerebral circulation becomes globally inadequate.

In contrast with generalised alterations of the EEG, the occurrence of sudden local EEG changes during an operation on the heart, or main vessels, is usually due to some local disturbance of cerebral haemodynamics. On either clinical or EEG grounds alone it is impossible to make a distinction between gaseous, fluid or solid emboli. The occurrence of localised EEG changes during heart operations represents an important warning to the surgical and anaesthetic teams to watch the patient even more carefully and search immediately for any possible source of emboli. Most of the patients with local embolic cerebral phenomena after an initial stormy period tend to recover and fortunately there is no opportunity to study histologically what might have happened. However the experimental work of Naquet on cats (Naquet et al., 1965) and the work of Arfel et al. (1965), suggest that air emboli are the most likely cause of local ischaemic phenomena which may occur during cardiac surgery producing localised EEG changes.

Some of our studies have been reported elsewhere (Pampiglione and Harden, 1965), but in my present communication I shall emphasize the timing of the rapid events and the distribution of the EEG alterations which may accompany and follow a local embolic lesion in a cerebral hemisphere:

1) During the initial phase when the arterial obstruction is followed by a diminution of blood supply to given areas, the local pressure gradients depend on the relative initial distribution of the collateral circulation, on the degree of vascular spasm in some territories and not in others, as well as on the pre-existing conditions at tissue level. The local ischaemic and anoxic phenomena are followed by marked EEG changes within a few seconds with a lateralised or localised diminution in the amplitude of the fast components followed by an increase in slow activity leading to a diminution in the amount and amplitude of the slow components and sometimes a period of electrical silence.

2) Over a period of a few minutes the collateral circulation, the fragmentation of the embolus, the alterations in the lumen of the vessels and other less well understood factors tend to allow a fresh supply of blood to either part or the whole of the previously ischaemic area. After a period of time (the length of which is related to the total duration of the local ischaemia, to the pre-existing conditions of that area and others of the brain, as well as a number of poorly understood factors) there is some return of phasic activity in the EEG after a period of relative electrical silence and eventually there is a gradual increase in local slow activity.

3) Some 3 – 10 hours after the initial episode, particularly if the local circulation has not returned entirely to normal, there may be a transitory appearance of sharp elements in addition to the irregular slow activity, without, however, the appearance of short duration spikes.

4) Subsequently the slow activity may become more prominent with absence of the normal rhythmic components characteristic of that particular area in that particular age grup. This phase may last some days and occasionally some weeks. This is a common phenomenon also after a concussion or after surgery of the brain and we know very little of the physio-pathological processes underlying it.

5) After several days or weeks there will be a return of rhythmic activity which is often slightly slower than that expected in a normal brain, and often of lower amplitude in comparison with the contralateral apparently intact hemisphere. Over a period of several days or weeks there is a gradual normalisation of the EEG features with the return of the more normal rhythmic components over a period of a month or two.

6) Eventually, at a phase which is not very well determined but which may be of the order of not less than 3 – 4 weeks, isolated sharp components of short duration, or spikes, may appear, which may persist for months and years and which may give us some indication that the residual local lesion has become abnormally discharging and may become potentially epileptogenic. The subsequent evolution of these abnormal electrical phenomena depends on factors which are unknown to us and which we are unable to either elicit or control.

In general, unless we are taking continuous EEGs in patients with various kinds of diseases, we shall be unable to notice the initial phases of an acute vascular lesion and in particular of an embolism, as mentioned above. However I shall mention some of the more common EEG features that might be seen when the vascular accident has occurred in a patient who is then taken to hospital and eventually has an EEG within the first day or two at the most:

a) The presence of an acute vascular lesion involving the cortex of a cerebral hemisphere, particularly the convexity of it, is accompanied by EEG features consisting of an excess of irregular slow activity of variable amplitude but often exceeding 2 to 5 times the normal voltage together with a diminution of the local rhythmic activity.

b) When the vascular lesion is in the depth of one hemisphere, the gross excess of local slow activity may be much less dramatic than in some of the acute more superficial lesions. Often, however, rhythmic runs of large amplitude $1\frac{1}{2}-2\frac{1}{2}$ c/s waves may be seen reaching over 200 microvolts. At this stage in general there are no sharp elements and no definite discharges.

c) When the acute vascular lesion involves the brain stem, the EEG changes are much more modest but there is on occasions a diminution of the responses to stimuli of various kinds.

The evolution of the EEG features in cases of a cerebral haemorrhage tends to follow the same lines as lesions in similar areas due to ischaemia or embolism. However it may be misleading to offer general views because individual factors in each patient (his cerebral condition prior to the trouble, the size of the haemorrhage, his cerebrovascular compensatory mechanisms and sometimes also the therapeutic measures) may be responsible for considerable variations in the evolution of the EEG features either in ischaemic or haemorrhagic lesions of the brain. Small angiomas or some aneurysms may be present with only minor alteration in the EEG features unless the vascular supply of a particular region is affected or there is some degree of increasing displacement of tissues. Sometimes even fairly large vascular malformations may produce little if any EEG change if the tissues are not disturbed. However if there is a sudden alteration in the vascular supply to a particular area of the brain, the EEG changes will appear within a few seconds or minutes depending on the speed and extent of the alteration in blood supply, the efficiency of compensatory mechanisms as well as other factors.

For those of you who are particularly interested in technicalities I would like to emphasize that rather than take EEGs with inadequate techniques it is better not to attempt this type of investigation. Lack of information is better than a profusion of misleading information, particularly in relation to patients whose management requires a certain number of logical steps based upon clinical and laboratory data.

A systematic follow-up of the clinical and EEG features in patients with vascular accidents may offer previous information as to the evolution of the disease process, the possible effect of therapeutic measures and particularly any rate of improvement or otherwise of brain function.

BIBLIOGRAPHY

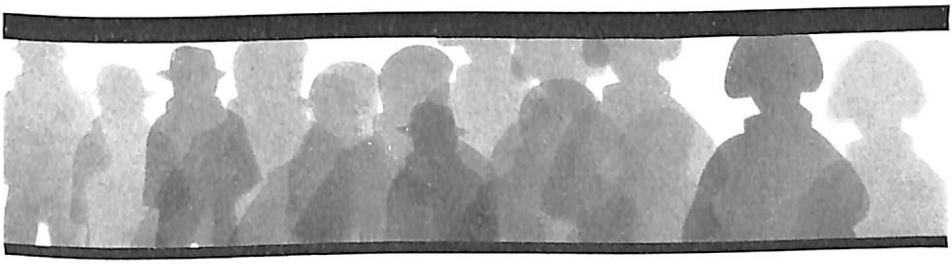
1 *Arfel, G., du Bouchet, N., Casanova, C., Dubost, C.* – Utilisation de l'electroencephalogramme per-opératoire en chirurgie cardiaque. Anesthésie, analgésie, réanimation, *22*, 1, 1965.

2 *Naquet, R., Arfel, G., Choux, M., Dubois, D., Riche, D.* – Electroclinical and anatomico-pathological correlations after air embolism in cat. Electroenceph. Clin. Neurophysiol., *18*, 513, 1965.

3 *Pampiglione, G., Harden, A.* – Local cerebral complications during cardiac surgery possibly related to emboli. Rivista Pat. nerv. ment., *86*, 258, 1965.

4 *Pampiglione, G., Brierley, J. B., Graham, G. R., Waterston, D. J.* – Neurological complications of cardiac surgery. Electroenceph. Clin. Neurophysiol., *21*, 617, 1966.

From The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London.



BROSPECT L'ANTIBIOTIQUE AU SPECTRE ELARGI

BROSPECT complète le spectre d'activité de la tétracycline par celui de la triacétyloléandomycine
BROSPECT améliore la résorption de la tétracycline par la présence de la glucosamine
BROSPECT retarde l'apparition des germes résistants à la tétracycline et à la triacétyloléandomycine séparément
BROSPECT n'offre aucun danger de résistance croisée entre ces deux antibiotiques.

PRESENTATIONS
Gélules à 83 mg d'oléandomycine (sous forme de triacétyloléandomycine), 167 mg de chlorhydrate de tétracycline et 167 mg de chlorhydrate de glucosamine - Flacon de 16.
Sirop à 8,3 mg d'oléandomycine et 16,7 mg de chlorhydrate de tétracycline par ml - Flacon de 60 ml.
Gouttes pédiatriques à 33 mg d'oléandomycine et 67 mg de chlorhydrate de tétracycline par ml - Flacon de 10 ml.

ucb DIVISION PHARMACEUTIQUE • 68, rue Berkendael • Bruxelles 6

1 h
2 h
3 h
4 h
5 h
6 h
7 h
8 h
9 h
10 h
11 h
12 h
13 h
14 h
15 h
16 h
17 h
18 h
19 h
20 h
21 h
22 h
23 h
24 h

Pfizer

Vibramycine®

1 x

par jour

Vibramycine®

POSOLOGIE CHEZ L'ADULTE

1er jour	2e jour	3e jour	jours suivants
2 × 100 mg	100 mg	100 mg	100 mg

En une prise après un repas, toutes les 24 heures.

En cas d'infection sévère une dose journalière de 200 mg peut être administrée pendant toute la durée du traitement.

« Cette réduction de la dose et la très rapide absorption du médicament à la partie supérieure du tube digestif expliquent probablement pourquoi nous n'avons observé aucun inconvénient intestinal et, dans l'ensemble, très peu d'effets secondaires indésirables. »

J. FABRE, Schweiz. Med. Wschr., 97, N° 28, 915-924 (1967).

PRESENTATIONS :

Boîtes de 5 et 100 capsules (100 mg de doxycycline par capsule).

Pfizer DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE - 102, RUE LEON THEODOR - BRUXELLES 9 - TEL. (02) 26.49.20

Ihr Patient will, daß sein krankes Zahnfleisch in Ordnung kommt. Sie wollen, daß das so schnell wie möglich geschieht. Dabei helfen wir.

So

Und so

Und so

Integral S. A. Luxembourg 61, rue de Strasbourg

HEAD INJURIES AND ELECTROENCEPHALOGRAPHY*

by G. PAMPIGLIONE (London)

The study of the electrical activity of the brain is only a special aspect of the neurological examination. This, however, requires more apparatus than just the pin, hammer and cotton wool of everyday neurology and for its proper utilisation requires trained specialists. As in other aspects of clinical medicine the results of most tests are interpreted through a computing system which is the brain, or mind, of the expert in the field. The physical signs offered by an EEG examination are not duplicating any of the other neurological signs, and the study of the electrical activity of the brain offers information about what is happening directly at the level of the brain at the time.

The interpretation of the EEG features is often reported in terms which may appear very precise: in the case of a patient with head injury the EEG reports may go through the hands of lawyers or insurance experts who often like to test the validity, or substance, of such apparent precision.

In general most of the EEG studies in head injuries are related to closed head injuries and in the cases reported in the literature the timing of the investigations varies considerably with respect to the original accident.

My contribution concerns EEG studies made during the earlier and later phases after head injuries in some 200 patients. I shall discuss some of the problems of interpretation of our results as well as the value and limitations of EEG investigations in patients with closed head injuries.

There seems to be little point in carrying out EEG studies in patients with open head injuries, whatever their age: except in special cases one should not increase the possible risks of infection by placing electrodes on or near wounds, nor should one delay other diagnostic procedures that a neurosurgeon

* Read at the «Journée Médicale Internationale Lorraine-Luxembourg», May 12, 1968.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb. *106*, 1969.

might wish to carry out immediately. With Mr. W. McKissock and Mr. K. Till, the neurosurgeons of our hospital, we planned a prospective EEG study of children with closed head injuries, in whom there had been an initial disturbance of consciousness and who were going to be under systematic supervision for the first 24 to 72 hours. Because of the conservative approach of our neurosurgical unit the great majority of our 200 patients were not submitted to surgical explorations unless the clinical conditions made it absolutely necessary. Each child had x-rays of the skull but no other neuroradiological studies were made unless exceptional circumstances required it. We did not include in our material head injuries that had occurred to babies during the paranatal period.

1. First period, immediately following the trauma (first 24 hours)

A number of possibilities may be suggested by the initial type of EEG features, particularly if the information about the accident is not sufficiently clear. In general there is a delay of a few hours before the patient is taken to hospital, generally examined and ready for the test. EEGs in the first hour after head injuries were quite uncommon in our experience. The following alternatives are considered in relation to the EEG findings in the first 24 tours:

a) normal cerebral activity: this may mean that the contusion of the cerebral hemispheres if any has been very slight or negligible. The patient, however, must be followed up for at least two days and often longer if other physical signs suggest the possibility of some involvement of the brainstem or some trouble in the posterior fossa. If this is the case, however, there are usually alterations in the EEG that are different from the signs of a cerebral contusion and represent indirect evidence of alteration of function in deep structures.

b) abnormality with predominance of focal irregular slow activity: this represents the result of a cerebral contusion involving a limited area, or alternatively the occurrence of some localised vascular alteration whether or not secondary to the trauma.

c) lateralised abnormalities with a diminution in the amplitude and amount of normal rhythmic activity (whether or not there is slow activity elsewhere): amongst other possibilities this is a common presentation of an acute fairly large subdural haematoma.

d) generalised abnormalities with excess of irregular slow activity usually of fairly large amplitude and patchy distribution: this is a common finding in fairly severe head injuries with multiple contusions often involving superficial and deeper structures.

e) presence of rhythmic slow activity usually more obvious over the anterior than the posterior half of the two hemispheres and usually fairly symmetrical on the two sides: this is more common in relation to injuries involving the brainstem or structures of the posterior fossa than in contusions of a cerebral hemisphere.

2. Second, or intermediary, period (from 24 hours to 7-10 days)

When the EEG studies are carried out during this second period, in addition to the possibilities suggested above there will be modifications of the EEG features which follow peculiar patterns:

a) there is often a moderate increase in the amount of generalised slow activity particularly during the second and sometimes third day after the head injury, in comparison with the EEGs taken in the first 24 hours. In this connection it is important to ensure that adequate information is available about the patient's plasma electrolytes and water metabolism. On occasions hyponatraemia may occur as part of a general bodily response to trauma. Hyponatraemia may be accompanied by an increase in slow activity in the EEG, even without any direct involvement of cerebral structures (Pampiglione, Lancet, 1965). This phenomenon, however, will be superimposed upon any pre-existing EEG alteration more directly related to the head injury. Each phenomenon will evolve in its own way and may be partly influenced by a number of therapeutic attempts to correct in particular the sodium and water balance.

b) It is important to make a distinction between generalised EEG alterations that may be due to general metabolic troubles and the more localised EEG changes that may accompany some complication of the head injury such as an intracerebral or subdural haemorrhage, or a spreading thrombosis.

This intermediary period presents peculiar difficulties in the interpretation of the EEG findings. A correct interpretation is often impossible, unless EEGs hat already been taken in the first 24 hours for comparison, and unless enough information is available as to the patient's metabolic state, particularly the plasma electrolyte values and water metabolism.

3. Later phases (from 10 days to months or years)

Usually during these phases the secondary metabolic alterations and the local cerebral oedema following the head injury have settled down. It is at this stage that the slower evolution of the EEG features may seem more parallel to the sequelae of trauma. However if in a given patient the first EEG is taken weeks or months after the head injury it is impossible to guess

retrospectively about the type or extent of cerebral trouble in its earlier phases. There is also very little chance of relating some of the early clinical phenomena to the possible extent of any subsequent disturbance of cerebral function.

a) Usually in the evolution of any post-traumatic state there is eventually an improvement with a diminution of the amount of slow activity in the EEG. For several days, weeks, or even longer, there may be some depression of any rhythmic activity that might have been seen before the head injury.

b) The appearance of spikes, or spike and wave complexes, following a head injury does not usually occur before three or more weeks. However the presence of these discharges does not mean that the patient is going to develop seizures (so called post-traumatic epilepsy). In fact these discharges may disappear in a few more months without any obvious clinical seizure in children followed up for long periods. It is at this stage that the problem of administration of anti-convulsants may be raised, particularly if these drugs have not been administered since the immediate post-traumatic phase. We have very little controlled information either to suggest or discourage the administration of anti-convulsants in relation to the appearance of particular abnormalities in the EEG a month or two after the head injury, and the neurosurgeons' views are divided. It is very important to know whether similar discharges were present in the early post-traumatic phase as this may suggest some pre-existing cerebral trouble, as already mentioned.

c) The appearance of fairly rhythmic slow activity, usually at about $1\frac{1}{2}-3$ c/s some $2-4$ weeks after the head injury, may indicate the presence of other complications such as secondary vascular lesions with either a zone of necrosis or a growing intracerebral haematoma. The possibility of these complications has to be kept in mind, particularly if this type of EEG change appears (a month or so) after certain types of fractures of the base of the skull with compression of vessels.

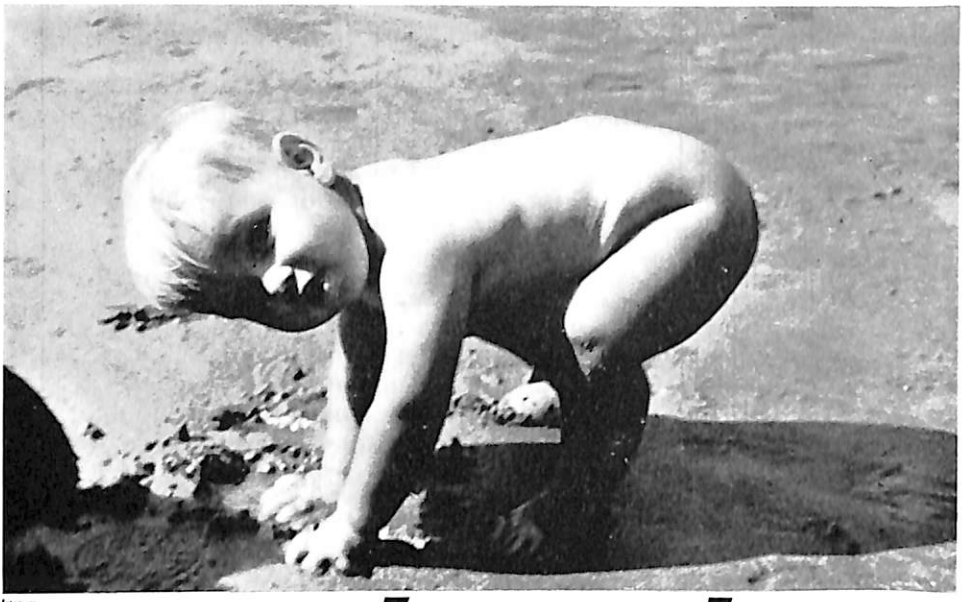
d) The presence of irregular activity of low amplitude, so called "choppy activity" in the EEG, may be noticed months or years after the head injury. This activity may appear over a wide area of the two cerebral hemispheres with some poverty of rhythmic components. This phenomenon is of difficult interpretation and sometimes accompanies some psychiatric complications as late sequelae of head injuries.

This list of possibilities has been put forward for two main reasons. The first point that I wish to emphasize is the advantages of early EEG studies in the first 24 hours after head injuries in order to add useful elements both to the documentation and to the general management of the patient. The importance of the EEG features seen in the first 24 hours may increase further in relation to the subsequent evaluation of

post-traumatic epilepsy and psychiatric syndromes particularly in doubtful cases and whenever the question of seizures prior to the trauma is raised. The second point is really a warning about the great difficulty of utilising electroencephalography as a retrospective tool in the evaluation of psychiatric complications following head injuries. This problem has a number of forensic implications, and the only contribution that the EEG may make is a documentation of any change in the patient's cerebral function from the acute phase to subsequent periods. This must be combined with careful studies of other clinical parameters and particularly with the patient's psychological or psychiatric evaluation before and after the trauma.

My views may appear too strict in suggesting that an isolated EEG examination weeks, months or years after a head injury has an extremely limited value. Whatever the findings however, we must remember that a cross-examination in a court of law would put the EEG expert in a very embarassing position if he tried to extract too many fantasies from his wavey lines.

From The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London.



Telegram

uteplex

acide uridine -5' triphosphorique

aliment physiologique du muscle

hypotonies musculaires de l'enfant
poussées de croissance
toutes déficiences musculaires
états involutifs

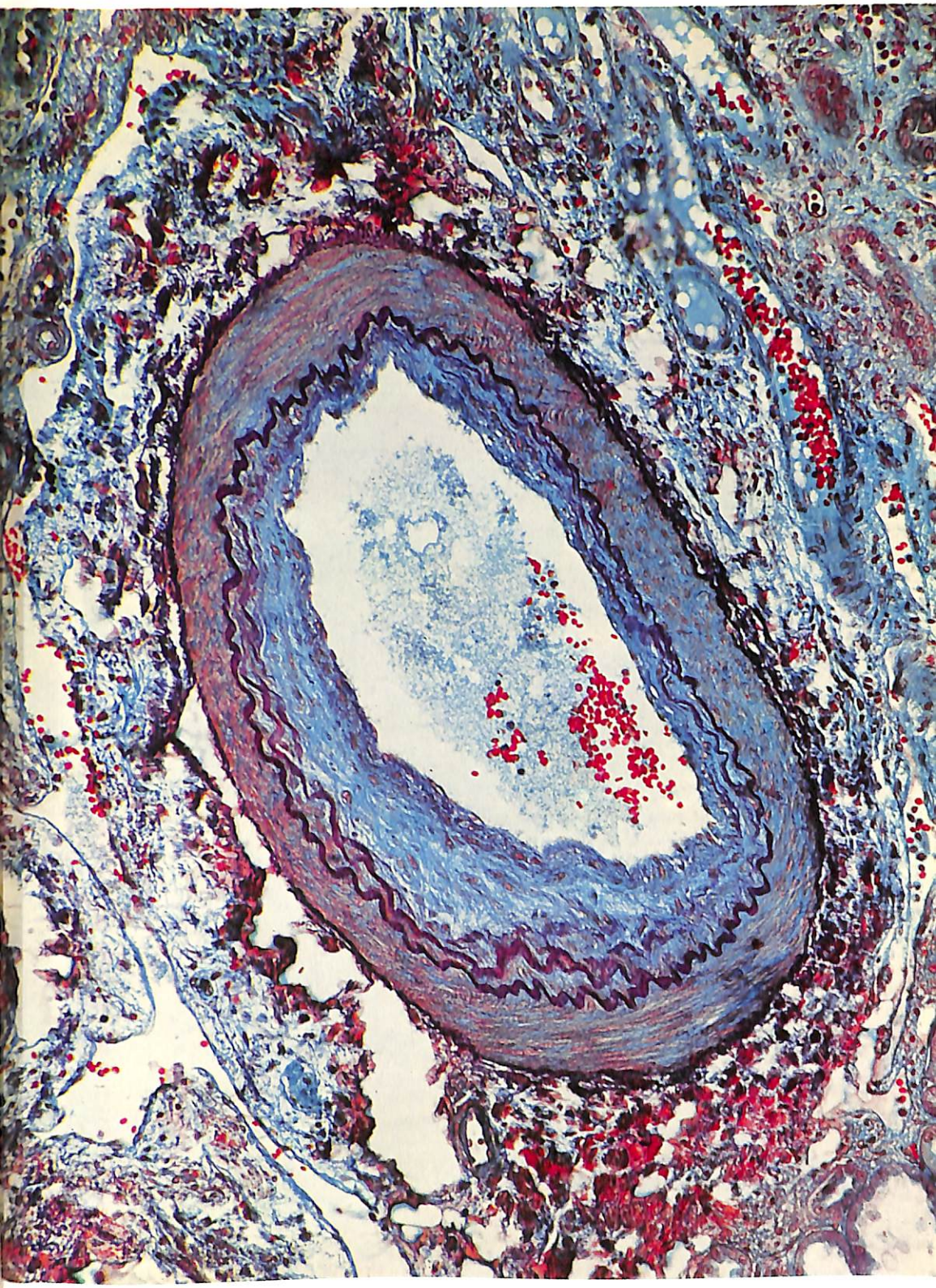
posologie enfants et nourrissons :
1 ampoule (buvable ou injectable) tous les jours ou tous les 2 jours.
adultes :
attaque : uteplex injectable. 1 ou 2 ampoules par jour pendant 8 à 15 jours.
entretien : uteplex buvable. 1 à 3 ampoules par jour.

présentation
uteplex buvable
boîte de 12 ampoules de 1 ml dosées à 2 mg d'UTP.
remb. S.S. ; et coll. VISA DTR 0002
uteplex injectable
boîte de 8 ampoules de 2 ml dosées à 4 mg d'UTP.
remb. S.S. ; et coll. VISA NL 2086

SERVICE GRAPHIQUE

LABORATOIRES AUCLAIR 4 et 6 rue Guillot · 92 Montrouge tél : 735-42-01

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois, 23, rue Mercier, LUXEMBOURG



CYCLOSPASMOL®

BROCADES

CYCLOSPASMOL AMELIORE LA PERFUSION DES TISSUS EN ETAT D'ISCHEMIE

INDICATIONS

Troubles de la circulation cérébrale

1. Troubles cérébraux aspécifiques d'origine ischémique : vertiges, bourdonnements d'oreille, céphalées, perte de mémoire, troubles de langage, insomnies, troubles caractériels, troubles visuels ou auditifs...
2. Insuffisance carotidienne ou vertébro-basilaire et en général tous les accidents vasculaires cérébraux transitoires, se traduisant par des symptômes passagers de caractère préapoplectique.
3. Séquelles neurologiques des accidents vasculaires cérébraux constitués.
4. Rétinopathies.

Troubles de la circulation périphérique

1. Artérites oblitérantes, d'origine athéromateuse, diabétique ou thrombo-angéite oblitérante.
2. Syndromes spastiques : maladie de Raynaud, spasmes vasculaires a frigore.
3. Syndromes dystrophiques : ulcères de jambes d'origine ischémique, engelures.

Troubles de la circulation coronarienne

1. Insuffisance coronarienne chronique.
2. Sclérose myocardique d'origine vasculaire.

POSOLOGIE

Dose d'attaque : 6 dragées par jour (soit 2 dragées 3 fois par jour) et jusqu'à 8 dragées en cas de nécessité. Cette posologie est à maintenir jusqu'à obtention d'un résultat clinique satisfaisant.

Dose d'entretien : 3 dragées par jour ou plus.

PRESENTATION

Flacons de 50* ou 250 dragées à 200 mg.

* Remboursé par l'**I.N.A.M.I.**

I.N. 023/6902/346

BROCADES

BROCADES-BELGA S.A.

26, boulevard Général Jacques, Bruxelles 5 - Tél. 48.64.90

Filiale de

N.V. KONINKLIJKE PHARMACEUTISCHE FABRIEKEN V/H BROCADES-STHEEMAN & PHARMACIA - AMSTERDAM-HOLLAND

Pantozyme

WANDER

Capsules

Association polyvalente de ferments pour le traitement des insuffisances digestives

Flacons de 20 et 50 capsules

SOCIETE BELGE DES PRODUITS WANDER S. A. BRUXELLES 5

le moins possible d'acides gras saturés!

c'est à cela que l'on reconnaît une « véritable » margarine de santé

Une fois de plus, cette opinion des plus éminents chercheurs a été confirmée avec force : « ... LE FACTEUR LE PLUS IMPORTANT POUR INFLUENCER LE CHOLESTEROL SANGUIN EST LA QUANTITE DE GLYCERIDES SATURES. SI L'ON DESIRE ABAISSER LE CHOLESTEROL SANGUIN, IL FAUT EN PREMIER LIEU DIMINUER LA CONSOMMATION DES GRAISSES SATUREES ».
Telles sont les conclusions de Fetcher, Foster, Anderson, Grande et Keys dans « Quantitative estimation of diets to control serum cholesterol », étude parue dans « The American Journal of Clinical Nutrition » et patronnée par le Service Officiel Américain de la Santé et l'Association de Cardiologie Américaine.
Le moins possible d'acides gras saturés !
Des analyses répétées ont démontré que la margarine de maïs Roda ne contient que 16 % d'acides gras saturés, c'est-à-dire de loin le pourcentage le moins élevé de toutes les margarines sur le marché belge.
Outre le pourcentage le plus bas en acides gras saturés, Roda contient une quantité importante d'acides gras polyinsaturés : 30 %.
Mais il y a plus ! Roda est une margarine de maïs. Or, des tests probants ont établi que le maïs contient des éléments qui, ajoutés à la composition idéale d'une margarine de santé, renforcent encore les effets bienfaisants de celle-ci. Les résultats de ces tests sont d'ailleurs confirmés par les auteurs de l'étude précitée.
Vous avez donc trois raisons pour conseiller la margarine de maïs Roda.

ROD2

roda
la margarine de santé par excellence

ÉTUDE SUR LA SIGNIFICATION, L'APPRENTISSAGE ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE INTERNE *

par V. HARTH (Bamberg) et J. G. L. DAGNELLE (Bruxelles)

avec la collaboration de

L. CONDERELLI (Rome), E. GREPPI (Florence), R. MOREAU (Paris), M. PLOOIJ (Amsterdam), M. SANGIORGI (Rome), R. SCHAUS (Luxembourg), R. SCHINDLBECK (Hersching-Munich), J. STAHL (Strasbourg), L. STUYT (La Haye) et J. VANDENBROUCKE (Louvain)

En 1958 se créait, à Bruxelles, l'Union européenne des Médecins spécialistes (U.E.M.S.), réunissant les médecins spécialistes des six pays de la C.E.E. (Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg et Pays-Bas).

Dans les premiers temps des activités de l'U.E.M.S., la médecine interne avait pris du retard par rapport à d'autres sections, parce qu'elle était organisée de façon peu précise dans certains des six pays.

Au congrès de La Baule (23 juin 1962), les organismes d'étude de l'U.E.M.S. furent mis en place par le Conseil de Direction de l'U.E.M.S. en présence de M. de Crayencour. Dès lors fut baptisée une Section de Médecine interne de l'U.E.M.S. (section qui devait être représentée en un comité comprenant deux délégués de chacun des six pays).

Le secrétariat général de l'U.E.M.S. avait insisté sur la notion que les comités des sections devaient être fermement structurés; la mise au travail de l'organisme d'étude de la Section de Médecine interne fut confiée à l'initiative des deux délégués belges (Docteur J. Dagnelie et Professeur J. Vandenbroucke); ceux-ci convoquèrent une première réunion à Strasbourg le 4 mai 1963. A l'unanimité des délégués présents fut alors désigné le bureau de la section:

---

* Texte reproduit avec l'autorisation des *Cahiers du Médecin Spécialiste* (N° 17).

Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg
Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., *106*, 1969.

Président: Docteur V. Harth (Bamberg);
Vice-Président: Professeur R. Moreau (Paris);
Secrétaire: Docteur J. Dagnelie (Bruxelles).

Depuis lors, le bureau a fermement veillé au maintien de la récupération du retard existant initialement.

Lors de la réunion de Strasbourg, le comité de la section avait un mandat précis dicté par l'U.E.M.S.: — essayer d'établir une définition de la médecine interne; — informer l'U.E.M.S. sur la situation existant dans les six pays; — proposer une durée de stage pour l'aspirant-interniste en vue d'une harmonisation entre les six pays.

Mais de la réunion de Strasbourg (1963) a surgi bien plus qu'une simple activité de compilation et d'administration. Ce fut l'affrontement d'hommes venus de pays différents, ce fut la révélation d'une attitude de confiance réciproque, ce fut la découverte du grand intérêt des confrontations. Ceux qui étaient présents sentirent qu'était née une «âme» de la médecine interne pour six pays. Il fut constaté qu'il y avait bien des divergences, bien des contradictions. Ainsi, la tradition de la médecine interne n'était pas la même dans les différents pays de la C.E.E. A titre d'exemple, peut être faite la comparaison entre ce qui existait en Allemagne et en France. Il y a 84 ans déjà, en Allemagne, Theodor Frerichs (de Berlin) avait donné une importante impulsion à la médecine interne; il fonda une société de médecine interne et prit l'initiative de l'organisation d'un premier congrès de médecine interne à Wiesbaden en 1882. En France, la médecine interne existait depuis longtemps, mais elle n'était pas désignée comme spécialité dans des listes officielles: pourtant, des chefs de grandes cliniques médicales et des médecins-consultants renommés étaient déjà de vrais internistes; ce n'est que plus tard (novembre 1965) que la médecine interne fut officiellement classée, en France, dans le catalogue des spécialités médicales. Dès la rencontre des internistes délégués à Strasbourg et venant des six pays de la C.E.E. (1963), il apparut évident que, des divergences et des contradictions mêmes, pouvaient naître des idées, des projets, des bases. La recherche de communs dénominateurs parut indispensable. Aussi, les délégués de la section décidèrent-ils de poursuivre leurs études, en d'autres réunions bien préparées, aux fins d'accumuler un matériel de données qui pourraient servir d'informations et de suggestions pour ceux qui seraient amenés, à quelqu'échelon que ce soit, à devoir organiser le fonctionnement et la pratique de la médecine interne.

Dès lors, le comité de la section se réunit deux fois par an: Strasbourg (4-5-63), Francfort-sur-Main (26-10-63), Amsterdam (11-4-64), Rome (24-10-64), Luxembourg (3-4-65), Bruxelles (30-10-65), Paris (2-4-66), Bamberg (1-10-66). Lors de ces séances (préparées par le président et le secrétaire) les diver-

gences de pays à pays apparurent dans toute leur réalité, leur inventaire fut fait, elles furent affrontées directement et des conclusions ou résolutions furent établies, qui puissent réunir l'unanimité des voix des délégués et qui puissent, éventuellement à un moment déterminé, être utiles dans les divers pays.

Tout d'abord, est rapportée ci-dessous la proposition de définition de la médecine interne qui a été transmise à l'U.E.M.S.:

La «Médecine interne» est celle dont les investigations doivent considérer l'ensemble des systèmes anatomiques et physiologiques de l'être humain; dans la recherche du diagnostic et l'application du traitement, il lui échoit de tenir compte de l'ensemble de la personnalité et de l'organisme du malade. Il s'agit donc d'une pratique de la médecine de l'individu et non d'un organe.

La «Médecine interne» est exercée par des médecins «internistes» qui se sont imposé d'étudier l'ensemble de la «pathologie interne», qui ont acquis une formation suffisante par des stages hospitaliers adéquats et qui s'efforcent de tenir à jour les connaissances générales de leur champ médical.

Dans le cadre de la «Médecine interne» se situent souvent des cas complexes, parfois avant l'orientation du malade vers un spécialiste qualifié d'une autre discipline. L'interniste pourra, pour parvenir à dépouiller un cas, demander l'aide de spécialistes à champ limité de la médecine interne ou de spécialistes autres en dehors du cadre de la médecine interne.

«L'interniste» n'accomplit pas, normalement et habituellement, d'actes chirurgicaux, obstétricaux ou pédiatriques.

«L'interniste» est consulté soit par un malade, soit par un omnipraticien, soit par un spécialiste autre, (éventuellement) par un spécialiste à champ limité.

«L'interniste» travaille habituellement et principalement à l'hôpital ou au cabinet de praticien. Il ne se rend au domicile du malade qu'à l'appel d'un autre médecin ou pour poursuivre une investigation ou une thérapeutique mises au point ou débutées au cabinet de médecine interne (de préférence en accord avec un médecin omnipraticien).

La définition ci-dessus:

- implique que la médecine interne doit se définir par des connaissances et des expériences acquises et non pas selon l'autorisation ou l'interdiction de faire telle ou telle chose;
- implique que le spécialiste en médecine interne (interniste) puisse continuer (à l'hôpital, en clinique ou «en ville») ce que, comme aspirant-interniste, il a appris dans la clinique médicale de stage et ce qu'il a pris l'habitude d'y faire.

De toute façon, l'existence même de la médecine interne d'ensemble et la définition donnée impliquent qu'*il soit indispensable que l'appellation «spécialiste en médecine interne» soit réservée, en exclusivité, aux internistes d'ensemble («hoofd specialisten»).*

En se basant sur les données provenant des divers pays, a été établi un tableau informatif récapitulatif des *divers modes «possibles» de la pratique de la médecine interne d'ensemble:*

1° Full-time hospitalier absolu:

chef de service,
sous-chef de service,
adjoints,
assistants;

2° Full-time «relatif» hospitalier + consultant avec des médecins:

chef de service,
sous-chef de service,
adjoints,

(il est remarqué que ce mode d'exercice peut parfois conduire à des abus par défaut de respect du full-time hospitalier);

3° Half-time hospitalier:

- *travail à l'hôpital,*
- *consultant pour des médecins: au cabinet et at home,*
- *consultations pour malades, au cabinet,*
- *soins pour des malades hospitalisés en clinique;*

4° Non hospitalier strictement consultant pour médecins:

- *consultant pour médecins: au cabinet et at home,*
  consultations pour malades, au cabinet,
- *soins pour des malades hospitalisés en clinique (aucun «home care» personnel);*

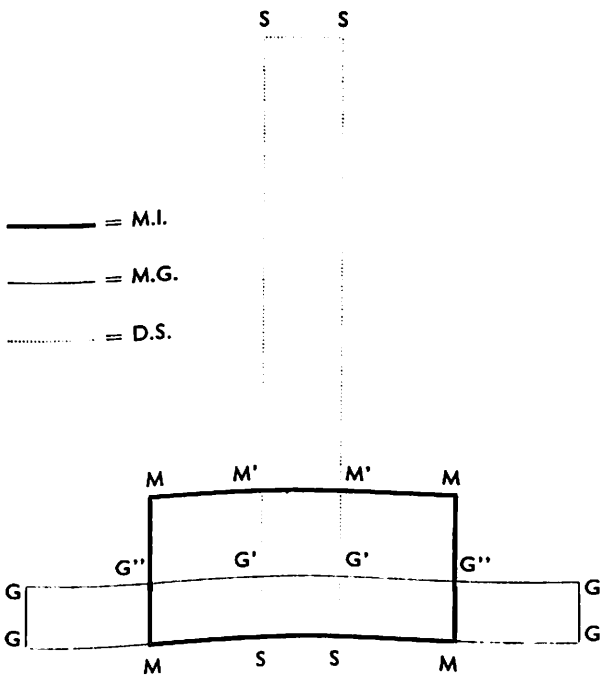
5° Non hospitalier «mixte»:

- *consultant pour médecins: au cabinet et at home,*
- *consultations pour malades, au cabinet,*
  soins pour des malades hospitalisés en clinique,
- *«home care»*
  avec des réserves limitatives strictes:
  - *pas d'appel à domicile par de nouveaux malades,*
  - *continuation de soins à des malades déjà en traitement au cabinet,*
  - *«home care» seulement si cela est indubitablement nécessaire pour le cas,*
  - *donc: pas de visites à domicile par «complaisance» ou «opportunisme» sociaux,*
  - *limitation budgétaire (pas d'intérêt personnel de l'interniste à la pratique du «home care»; par exemple: visite tarifée comme une consultation au cabinet).*

De sorte que, dans une commune mesure, les limites d'activité de l'interniste pourraient être fixées comme suit:

L'interniste recherche un diagnostic et préconise un traitement, soit à l'hôpital, soit en clinique, soit à son cabinet privé. Il lui est loisible de diriger des soins à l'hôpital ou en clinique. Il peut, à son cabinet privé, surveiller le traitement d'un malade venu le consulter indépendamment. Il est de son rôle de communiquer un diagnostic et de conseiller un traitement à un médecin omnipraticien qui le lui a demandé. Dans des cas particuliers seulement l'interniste peut exercer le «home care», soit à la demande expresse d'un omnipraticien, soit à la demande précise d'un malade. Mais il est bien entendu que, à la demande du malade, le «home care» de l'interniste ne peut être que les soins à un patient déjà en traitement au cabinet de médecine interne; de plus, l'activité au domicile n'est indiquée que si l'état et le bien du malade le requièrent rigoureusement, à l'exclusion des services de «complaisance sociale» vis-à-vis de la clientèle et à l'exclusion de l'intérêt matériel personnel de l'interniste.

Il peut être remarqué que le découpage des spécialités médicales en cases fermées est tout à fait impossible en pratique. La position de la médecine interne par rapport à la médecine générale et par rapport à une spécialité à champ limité («deel-specialism») peut se montrer dans le schéma ci-dessous:



Si on considère la «capacité cérébrale» d'un bon médecin moyen et en admettant que celle-ci soit sensiblement égale pour chacun, ce schéma est explicite. Le généraliste «G» a ses connaissances schématisées par le rectangle GGGG: ses connaissances comportent une part MG''G''M de celles de l'interniste et une part SG'G'S de celles d'un spécialiste à champ limité («deelspecialist»). L'interniste a ses connaissances schématisées par le rectangle MMMM: ses connaissances comportant la part. MG''G''M du généraliste et la part SM'M'S d'un «deelspecialist». Le «deelspecialist» (selon la terminologie claire des Hollandais) a ses connaissances schématisées par le rectangle SSSS: ses connaissances comportent, *grosso modo*, SM'M'S de l'interniste et SG'G'S du généraliste. Les cases GGG''M de la médecine générale comportent ce que des généralistes voient par leur position particulière et que d'autres voient moins: ne sont-ce pas des généralistes qui ont ainsi découvert la «maladie de Bornholm» et la «fièvre de Bang»? Nous croyons que bien de vrais internistes ont fait l'effort d'avoir un rectangle nettement plus grand que MMMM. En tout cas, le meilleur interniste sera celui qui augmentera la surface de son rectangle MMMM tant en largeur qu'en hauteur... Un bon généraliste studieux augmentera la surface de son rectangle GGGG en hauteur. Le meilleur «deelspecialist» est celui qui, en connaissant les finesses de sa spécialité («deelspecialism») représentée par SSSS aura la plus solide base en élargissant M'SSM'.

Ont pu être exprimés les modes de relations entre la médecine interne d'ensemble («hoofdspecialism») et les branches spécialisées à champ limité issues de la médecine interne («deelspecialismen») (cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, etc.), ce sont:

1. *La médecine interne d'ensemble (hoofdspecialism) et les deelspecialismen (spécialités apparentées à la médecine interne) ne sont pas compétitifs; ils sont complémentaires.*

2. *En milieu hospitalier de médecine interne, pour des raisons d'organisation, de vues d'ensemble et d'enseignement général, il paraît préférable qu'un chef de service de médecine interne (hoofdspecialist) soit entouré et assisté de deelspecialisten des branches issues de la médecine interne (dont l'activité est intégrée dans celle du service de médecine interne).*

3. *En pratique indépendante «de ville», l'interniste d'ensemble demande la collaboration à un deelspecialist de son choix selon les nécessités du cas et selon les circonstances (comme réciproquement, il peut survenir qu'un deelspecialist indépendant ait à demander l'aide ou le secours d'un interniste d'ensemble (hoofdspecialist).*

On peut, dans le même ordre d'idées, envisager les rôles réciproques de l'interniste d'ensemble et d'un interniste qui

possède une perfection spéciale de ses connaissances rhumatologiques. Il peut être pris en considération ce qui suit:

1. *La rhumatologie ne peut être l'apanage exclusif d'une spécialité à champ limité («deelspecialism), le rhumatisme ne pouvant être écarté du cadre de la médecine interne;*

2. *De toute façon, si l'on aboutit à créer des sous-spécialités («deelspecialismen») de la médecine interne, il est indispensable que ces spécialités s'établissent sur une très large base d'éducation de médecine interne.*

Dans le cadre des travaux visant à une harmonisation entre les six pays de la C.E.E., le comité de la Section de Médecine interne a fait part à l'U.E.M.S. qu'il estime que *la principale commune mesure à fixer est une durée de cinq ans full-time de stage post-universitaire de médecine interne.*

Des études attentives ont abouti à proposer les qualités requises par des services de médecine interne et par des chefs de service de médecine interne pour que les uns et les autres conviennent pour assumer les stages d'aspirants-internistes. Les qualités qui ont pu être retenues sont énumérées ci-dessous:

1. *Le service de médecine interne:*

- *minimum de 80 à 100 lits*
  pour un service pouvant assurer un stage complet (minimum cinq ans (cf: «A5» Pays-Bas).
- *minimum 60 lits*
  pour un service pouvant assurer un stage partiel (maximum deux ans) (cf: «A2» Pays-Bas);
- *minimum annuel de roulement d'entrants:*
  - *pour stage complet (type «A5»): 1 000,*
  - *pour stage partiel (type «A2»): 700,*
- *il doit s'agir d'une casuistique «non triée» de médecine interne (et non pas d'une casuistique triée d'une ou quelques branches spécialisées de la médecine interne),*
- *les observations cliniques seront rédigées de façon détaillée, avec conclusions enregistrées; ces observations seront contrôlées par le chef de service (ou le «sous-chef») pendant les visites de salles très régulières,*
- *révision des observations, avant classement, et conclusion synthétique par le chef de service ou par le «sous-chef» (interniste complet),*

Nota: - A5 = lieu de stage où un séjour et une pratique de cinq ans conviennent pour un aspirant-interniste aux fins d'aboutir à la qualification d'interniste;

- A2 = lieu de stage où deux ans seulement peuvent faire partie du cycle de cinq ans de stage, les trois autres années devant être passées dans un service de type A5.

- *classement des observations médicales par noms de malades et par diagnostics (éventuellement système W.H.O.),*
- *archives d'observations, de radiographies et de documents anatomo-cliniques permettant les études et les synthèses.*
- *bibliothèques (avec possibilités d'études informatives extemporanées et service de littérature médicale) à la disposition des assistants stagiaires,*
- *nursing (soins, surveillance, diététique et problèmes sociaux) adéquat,*
- *un service social devra être à la disposition des médecins du service de médecine interne,*
- *éventualité d'envoi en stage d'élèves-médecins par une université (avec relations d'organisation de ces stages avec l'université),*
- *pouvoir compter sur un laboratoire de biologie médicale sous une direction compétente (de préférence, un titulaire médecin qualifié, en collaboration étroite avec un ou des chimistes); laboratoire bien outillé et fonctionnant bien: bactériologie, chimie médicale, hématologie, métabolisme de base, sérologie, etc.; possibilités pour les aspirants internistes d'effectuer au laboratoire des stages en s'occupant eux-mêmes activement de travaux de laboratoire,*
- *possibilité pour les aspirants-internistes d'effectuer des travaux personnels dans l'un ou l'autre laboratoire hospitalier (soit dans un laboratoire annexé au service de médecine interne, soit dans le laboratoire hospitalier de biologie médicale, soit au laboratoire d'histopathologie),*
- *disposer d'un service de radiodiagnostic bien équipé avec médecin-chef qualifié dans certaines conditions: soit un radiographe-spécialiste, soit un interniste ayant eu un supplément de préparation en radiodiagnostic de médecine interne,*
- *possibilité de stage de l'aspirant interniste au département de radiodiagnostic,*
- *un département d'anatomie pathologique à activité régulière (autopsie et études histopathologiques; laboratoire d'histopathologie); médecin-titulaire qualifié; collaboration effective de ce médecin avec le chef de service de médecine interne; présence effective (jugée primordiale) du médecin titulaire d'anatomie pathologique aux séances anatomo-cliniques,*
- *séances anatomo-cliniques hebdomadaires:*
  - *présence simultanée du chef de service de médecine interne et du titulaire d'anatomie pathologique,*
  - *analyses et synthèses anatomo-cliniques devant le staff d'assistants de médecine interne,*
  - *projections de préparations histopathologiques,*

- *le service de médecine interne devra grouper dans son équipe, sous la direction du chef interniste, des spécialistes à champ limité (deelspecialisten) dans le domaine de la médecine interne (cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, pneumologie, etc.),*
- *les aspirants internistes pourront travailler, éventuellement, directement avec les spécialistes de médecine interne (électrocardiographie, endoscopie, épreuves respiratoires, recherches neurologiques),*
- *l'hôpital, en général, devra avoir un nombre suffisant d'organisations de spécialités («specialismen») pour que les aspirants internistes puissent avoir des contacts avec ces spécialités: chirurgie, urologie, ophtalmologie, gynécologie et obstétrique, orthopédie, dermatologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie),*
- *possibilités de liens organisés avec des services universitaires ou équivalents pour des cas nécessitant des méthodes de spécialités moins diffusément réparties, exemple: neurochirurgie, chirurgie vasculaire, thérapeutique physique du cancer, etc.,*
- *contrôle périodique régulier du respect des conditions hospitalières (la reconnaissance étant provisoire); le contrôle serait fait par une commission mixte (internistes professeurs d'université et internistes chefs de service non professeurs);*

2. *Le chef de service de médecine interne:*

- *avoir une formation générale et complète d'interniste (formation de classe «universitaire»),*
- *avoir fait preuve d'une formation scientifique, le plus généralement par une thèse post-graduate et toujours par des publications médicales de qualité,*
- *avoir exercé la médecine interne de telle manière qu'il soit à même de guider les aspirants internistes (pratique de chef de service de médecine interne d'au moins cinq années),*
- *faire preuve du goût de l'étude et de la recherche, et ce, de façon persévérante,*
- *avoir le goût et la capacité de l'enseignement pour les collaborateurs et s'occuper personnellement de la formation des assistants,*
- *être membre titulaire de la société scientifique nationale s'occupant de médecine interne.*
- *le chef de service devra donner la plus grande partie de son temps à l'exercice de la médecine interne en clinique, de préférence en «plein temps» hospitalier,*
- *il devra organiser des réunions d'étude:*
  - *évolutions de cas,*
  - *exposés théoriques, à jour, sur des cas observés dans le service de médecine interne,*

- *présence effective aux séances anatomo-cliniques et collaboration à la préparation de celles-ci,*
- *il devra être établi un système de nominations qui tienne compte le plus possible des qualités personnelles de l'interniste autant que de ses qualités scientifiques, aux fins de trouver le chef de service de médecine interne le plus adéquat pour les soins des malades et les stages d'aspirants-internistes (candidatures «libres», etc.),*
- *l'agréation comme chef de service de médecine interne convenant pour les stages d'aspirants-internistes sera provisoire (à retirer éventuellement sur avis de la commission mixte de surveillance, si l'activité ou la tenue du chef de service ou de son service ne répondaient plus aux critères requis);*

3. Les cadres du service:

- *il est nécessaire que le chef de service de médecine interne soit assisté (et éventuellement occasionnellement remplacé) par un «sous-chef» de service («oberarzt») (collaborateur senior) qui soit un interniste («hoofdspezialist», ou «complet») reconnu titulaire de la société scientifique nationale, s'occupant de la médecine interne et ayant les aptitudes pour la fonction hospitalière désignée,*
- *le «sous-chef» de médecine interne, les médecins adjoints, les médecins assistants, les spécialistes à champ limité de la médecine interne devront être sous l'autorité directe du chef de service de médecine interne (et non pas sous l'autorité directe d'une administration, d'une commission d'assistance publique, d'une société d'assurances ou d'une délégation politique),*
- *les divers médecins du service auront un horaire de travail se superposant à celui du chef de service;*

4. Les aspirants internistes:

- *le stage se fera en accord avec une faculté universitaire de médecine ou avec l'autorité officiellement reconnue pour l'autorisation des stages,*
- *le stage d'aspirant-interniste se fera pendant cinq ans (minimum), avec études et recherches médicales,*
- *l'aspirant interniste devra avoir des responsabilités réelles dans le fonctionnement du service de médecine interne,*
- *il devra exercer (à tour de rôle) la pratique de «résident hospitalier» de médecine interne,*
- *un assistant n'aura, de préférence, que 20 lits sous sa responsabilité (provisoirement, dans des cas exceptionnels: maximum de 30 lits),*
- *les aspirants-internistes devront assister aux conférences cliniques, aux réunions anatomo-cliniques, aux conférences*

de radiodiagnostic et aux séances d'étude (littérature médicale, mises au point, révision),

- *l'aspirant interniste aura la possibilité de travailler dans les polycliniques de consultations sous la direction du chef de service de médecine interne (intérêt particulier des «follow up consultations»),*
- *possibilité pour l'aspirant interniste de fréquenter le laboratoire de biologie médicale et de s'y occuper lui-même activement de travaux de laboratoire,*
- *possibilité de stage au département de radiodiagnostic,*
- *le travail de l'aspirant interniste dans un secteur de la médecine interne (en collaboration avec un spécialiste à champ limité = deelspecialist) s'effectuera sous la responsabilité du chef de service de médecine interne,*
- *nécessité d'une étape de contrôle du stage d'aspirant interniste en fin de stage:*
  - *conclusions données in extenso par le chef de service de médecine interne ayant guidé le stage,*
  - *enregistrement par une commission mixte (internistes hospitaliers — professeurs d'université et internistes chefs de service — non professeurs, désignés par l'organisation professionnelle nationale de médecine interne),*
- *éventuellement, épreuve d'examens devant la commission mixte,*
- *en cas de refus de la commission mixte d'agréer l'aspirant comme interniste, il incomberait à celle-ci de fixer la durée d'un nouveau stage éventuel; devrait être prévue l'existence d'une instance d'appel.*

Remarques générales:

- *il peut être recherché des possibilités permettant à un aspirant stagiaire de partager la durée de ses stages entre deux services différents de médecine interne (après accord de la commission mixte de surveillance),*
- *pendant une période transitoire d'application des critères de stage, la commission mixte de surveillance pourrait reconnaître comme service «A2» (stage partiel) un service de médecine interne de grande valeur qui ne remplirait pas encore tous les critères requis.*

A la suite de cette étude, le groupe d'internistes qui a suggéré les conditions ci-dessus désignées a émis quelques voeux:

1. *Souhaite voir mettre au point un système de critères, pour lieux de stage de médecine interne, du type «A2/A5» (hollandais);*

2. *Souhaite voir s'établir un système de garanties univoques;*

3. *Souhaite voir étudier les possibilités actuelles dans chaque pays;*

4. *Souhaite chercher des informations sur les possibilités d'établir des listes de lieux conformes de stages de chaque pays.*

De toute façon, il est souhaitable que les stages s'effectuent dans un centre universitaire ou agréé par l'université ou encore agréé par les autorités nationales les plus qualifiées.

A paru souhaitable aussi une période full-time de trois années au moins chez le même patron de stage (ce dans le cadre de l'ensemble des cinq ans de stage). Paraît aussi souhaitable un contrôle en fin de stage.

Ont été envisagées les possibilités d'inclure dans les stages de cinq ans de l'aspirant interniste des périodes de «branches à option».

Il peut être proposé:

1. *que, sur les cinq années de stage de l'aspirant interniste, quatre années pleines doivent être consacrées à la clinique interne* sensu stricto *(avec le «tout-venant» de recrutement casuistique);*

2. *que, conséquemment, un an ou moins d'un an seulement puisse être consacré à des travaux dans une ou des «branches à option»;*

3. *que cette année dite «de branches à option» puisse être consacrée:*

a) *soit à une année de participation à la recherche scientifique en relation avec la médecine interne;*

b) *soit à une année partagée en deux semestres:*
- *un semestre de travail hors de la médecine interne, mais d'une activité instructive pour un interniste (par exemple: pédiatrie, anatomie pathologique);*
- *un semestre de travail à la pratique d'une spécialité issue de la médecine interne (par exemple: cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, pneumologie);*

c) *soit deux semestres consacrés successivement à deux spécialités différentes issues de la médecine interne;*

4. *que des branches à option auxquelles pourrait être consacré un semestre en dehors de la clinique interne seraient éventuellement: anatomie pathologique, bactériologie, biochimie, hygiène, pédiatrie, pharmacologie, physiologie, sérologie;*

5. *que les stages dans les spécialités apparentées à la médecine interne se fassent de préférence dans des départements intégrés dans le service de médecine interne, sous la responsabilité de l'interniste maître de stage, en restant en contact avec les autres activités de service de médecine interne;*

6. *que, de toute façon, les divers travaux ou stages restent sous la surveillance et la responsabilité de l'interniste patron de stage, «éducateur» principal de l'aspirant-interniste.*

Il a paru fort important que l'aspirant-interniste sache à quoi s'en tenir dès le début de ses stages et ne risque pas de voir l'organisation de ceux-ci critiquée ou même refusée a *posteriori* (au moment du contrôle en fin de stages, au moment de la requête de qualification); *la formule de sécurité est l'établissement d'un plan de stages (dossier anticipatif) au début du stage de l'aspirant-interniste.*

A pu être aussi envisagé le problème de la comparaison de la durée des stages d'aspirant interniste en médecine interne d'ensemble («hoofdspecialism») et de celle des stages d'une spécialité apparentée à la médecine interne («deelspecialism»): on pourrait dire *qu'il est souhaitable que la préparation de l'interniste d'ensemble (hoofdspecialist) soit qualitativement et quantitativement plus importante que celle d'un deelspecialist; dans ce sens, il est souhaitable qu'il y ait une différence d'un an de stage (un an en plus pour l'interniste d'ensemble), mais que cela ne justifie pas, dès maintenant du moins, de proposer que les stages d'internistes soient obligatoirement portés à six ans.*

(Pour information, en Allemagne, des aspirants internistes consacrent une année de formation supplémentaire pour apprendre le radiodiagnostic des maladies internes: ceci porte déjà la durée des stages à six années au lieu de la durée de cinq ans choisie comme taux moyen pour les six pays de la C.E.E. Cela aboutirait — pour donner un exemple — à ce qu'un interniste belge puisse émigrer en Allemagne avec sa formation de cinq ans de stage et travailler dans le pays d'accueil, y exercer toute la médecine interne, mais à l'exception du radiodiagnostic).

* * *

Dans le cadre des études que nous rapportons ici, il a été délibéré des conditions souhaitables qui permettraient *l'échange d'aspirants-stagiaires en médecine interne* d'un pays à l'autre; les participants aux débats ont émis les voeux suivants:

— *souhaitent voir s'établir un système permettant l'échange d'assistants-stagiaires («aspirants-internistes») de pays à pays de la C.E.E.;*

— *estiment que les stages à l'étranger doivent être «full-time»;*

— *estiment que de tels stages doivent donner une participation réelle aux travaux cliniques et aux responsabilités médicales;*

— *soulignent que les stagiaires à l'étranger doivent avoir une connaissance suffisante de la langue du pays d'accueil;*

— *estiment que les stages à l'étranger doivent s'effectuer dans des circonstances conformes à des «normes européennes»; rappellent à ce propos, que précédemment a été établi un tableau*

détaillé des normes souhaitées pour les stages d'«aspirants-stagiaires» dans le cadre de l'U.E.M.S. (service de médecine interne, chefs de service de médecine interne, cadres des services, aspirants-internistes);

— estiment que la période d'un an d'un stage à l'étranger (C.E.E.) officiellement reconnu devrait pouvoir compter comme une année de formation dans le cycle total des stages imposé pour la reconnaissance comme spécialiste en médecine interne;

— estiment que, pour chaque cas, un plan préalable de stage devrait être présenté par l'«aspirant-interniste», conseillé par son maître de stage national, qui participerait à la responsabilité du projet (dossier anticipatif);

— estiment que tout projet de stage à l'étranger devrait obtenir la reconnaissance préalable d'une organisation de contrôle européenne (soit l'U.E.M.S., soit une organisation européenne ad hoc *en rapport avec l'U.E.M.S.);*

— souhaitent la constitution de listes officielles nationales de services de médecine interne et de maîtres de stages de médecine interne officiellement reconnus et souhaitent qu'il soit abouti à rassembler toutes les informations en un catalogue des stages possibles, constituant un «pool européen» des stages;

— estiment que, dans chaque service de médecine interne reconnu adéquat pour les stages, devraient être réservées une ou deux places pour des stagiaires étrangers: ces places constitueraient la base du «pool européen»;

— estiment que les conditions économiques et sociales des stages devraient être telles que des «aspirants-internistes» ne soient pas écartés ou découragés pour des raisons de modestie de fortune;

— souhaitent donc que les «aspirants-internistes» en stage (dans le cadre du «pool européen») profitent d'une rémunération et d'un logement décents;

— estiment qu'un plan financier pour les stages à l'étranger, dans le cadre de la C.E.E., devrait être prévu par le Ministère de l'Éducation Nationale de chaque pays;

— envisagent que, pour une première période transitoire, des places vacantes (dans certains des six pays) puissent être occupées par des stagiaires étrangers (selon des conditions conformes européennes) et que les «aspirants-internistes» en stage régulier soient rémunérés par l'institution médicale d'accueil sur le même pied que les stagiaires nationaux.

A été aussi envisagé le problème de la recherche des lieux adéquats de stages dans les divers pays; voici ce qui a pu être envisagé:

Dans chacun des pays représentés à l'U.E.M.S., les lieux adéquats de stages pour aspirants-internistes devraient être consignés dans une liste ou catalogue. Cette liste doit être établie

et revue périodiquement par un conseil de médecine interne (dans chaque pays), mixte, composé par moitié d'internistes professeurs universitaires de clinique médicale, par moitié d'internistes extra-universitaires chefs d'un grand service de médecine interne (chaque moitié de ce conseil pourrait comporter cinq membres). Les membres universitaires de ces conseils nationaux pourraient être désignés par les facultés de médecine, les membres extra-universitaires par les unions professionnelles d'internistes. Les listes établies dans chaque pays pourraient être centralisées au Secrétariat de la Section de Médecine de l'U.E.M.S.

En parcourant une série de questions relatives à la pratique de la médecine interne, reste un problème délicat qui doit encore être soulevé: celui des relations d'activité entre la médecine interne d'ensemble et les spécialités auxiliaires («hulpspecialismen» des hollandais; le mot «auxiliaires» doit être pris ici dans le sens le plus favorable du terme).

Pour ce qui est de la biologie médicale, que certains internistes pratiquent partiellement dans certains pays, le problème est actuellement à l'étude dans plusieurs milieux. Le problème de l'exercice du radiodiagnostic par l'interniste est aussi délicat à régler; des échanges de vues à ce sujet ont conduit à dire ce qui suit:

— est reconnu le rôle et la contribution importante des spécialistes-radiographes («hulpspecialisten») du point de vue du diagnostic dans la pratique de la médecine interne;

— cependant, il est estimé que le radiodiagnostic ne peut être considéré comme un apanage exclusif des spécialistes-radiographes;

— il est souhaité vivement que des internistes puissent pratiquer (éventuellement) le radiodiagnostic de façon indépendante, mais dans certaines conditions;

— il est préconisé que les conditions de pratique du radiodiagnostic pour un interniste doivent être:

1. *avoir reçu une formation adéquate complémentaire en radiodiagnostic (durée et conditions à fixer);*
2. *posséder un appareillage adéquat ou disposer d'une telle installation;*
3. *limiter son travail diagnostique à la pratique de la médecine interne: problèmes posés à l'interniste dans le cadre de la pathologie interne ou dans des secteurs limites dans le but de parfaire un diagnostic de médecine interne (par exemple: recherche de métastases osseuses, lésions osseuses des rhumatismes, etc.);*
4. *limiter ses explorations radiodiagnostiques aux seuls malades dont il a la charge pour le diagnostic ou pour le traitement.*

Nous arrêterons ici l'énumération de données, d'idées, de suggestions qui, espérons-nous, aideront la médecine interne d'ensemble à fixer, à côté des autres spécialités médicales, sa situation.

Mais nous insistons encore sur ce que, dans les circonstances actuelles, deux éléments sont hautement essentiels:

1° Il est indispensable que l'appellation «spécialiste en médecine interne» soit réservée en exclusivité aux internistes d'ensemble («hoofdspecialisten»);

2° Il est important qu'un pays de la C.E.E. ne prenne plus de dispositions nouvelles qui pourraient faire obstacle aux coordinations futures.

Travail de la Section de Médecine interne de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (Président: Dr V. Harth; Secrétaire: Dr J. G. L. Dagnelie. Secrétariat: 75, rue des Eburons. Bruxelles, Belgique).

PRODUITS MACK

Forapin

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

Nitro-Mack Retard caps.

thérapie et prévention de l'insuffisance coronarienne, angine de poitrine, thérapie reconstituante après infarctus.
Longue durée d'action (12 heures), emb. à 20, 60 et 200 capsules.

Mirapront caps.

freinateur de l'appétit à longue durée d'action. Phenyl-ter-butylamine adsorbée sur résine, emb. à 20, 60 et 100 capsules.

Rhinopront caps.

thérapie orale du coryza, catarrhes rhino-pharyngés, rhume de foin, rhinites vasomotrices. Longue durée d'action (adsorbat sur résine) emb. à 8 capsules

Prontopyrin

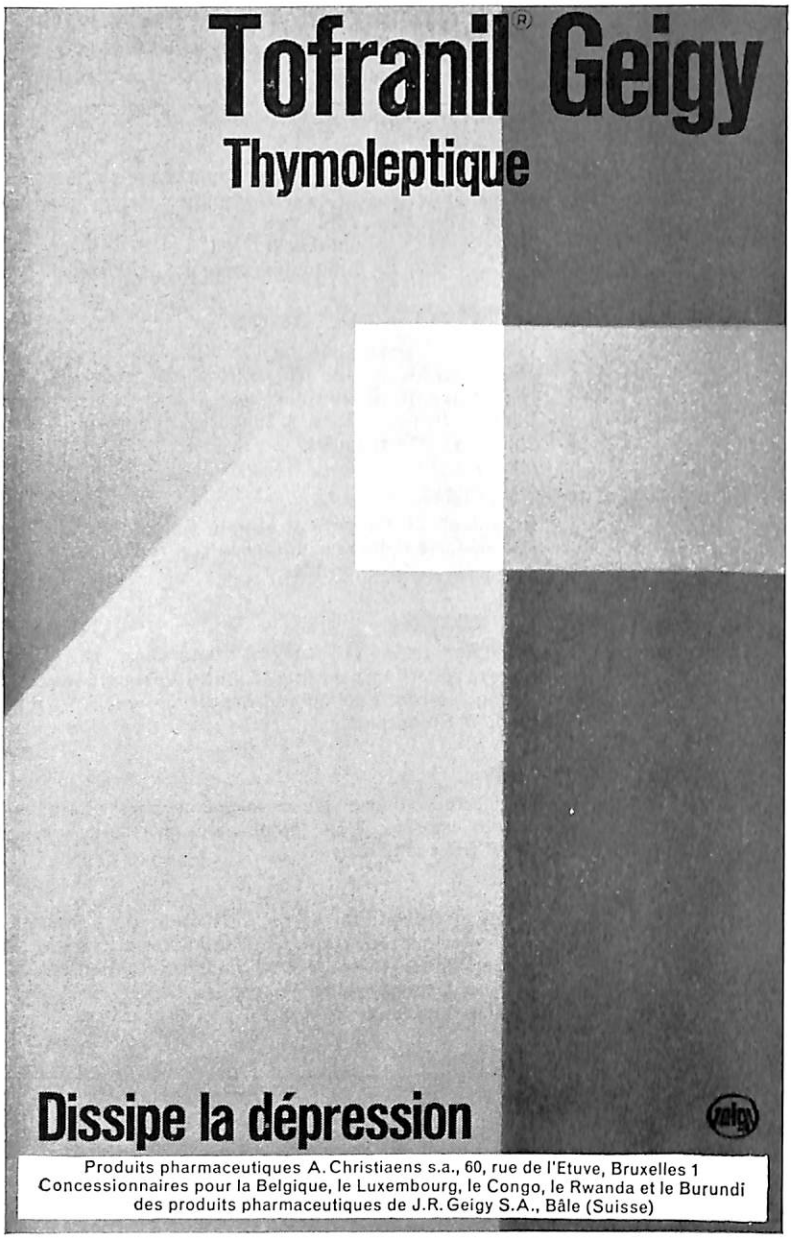
analgésique diurne d'une tolérance particulière. Action rapide, fidèle et persistante. Tubes de 10 et 20 comprimés.

Colpan

combinaison optima et reconstituante du milieu vaginal pour le traitement du fluor bactérien ou essentiel, fluor à trichomonas, traitement pré- et postopératoire en cas de fluor.
Ovules vaginaux.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
S. A.
LUXEMBOURG


Tofranil® Geigy
Thymoleptique
Dissipe la dépression
geigy
Produits pharmaceutiques A. Christiaens s.a., 60, rue de l'Etuve, Bruxelles 1
Concessionnaires pour la Belgique, le Luxembourg, le Congo, le Rwanda et le Burundi
des produits pharmaceutiques de J.R. Geigy S.A., Bâle (Suisse)

Alerte et plein de confiance avec

MYSOLINE

Marque Déposée

Primidone B.P.

★

Bénéfique pour toutes les formes d'épilepsie

Parmi les anticonvulsifs d'usage courant MYSOLINE se distingue par son excellente tolérance, son action rapide, son activité thérapeutique élevée et ses possibilités d'usage étendues dans les diverses formes d'épilepsie (Viparelli, 1955).

MYSOLINE ne provoque pas d'hypertrophie des gencives. Si dans les cas où cette complication est apparue, on substitue MYSOLINE au traitement courant, il s'ensuit fréquemment un rétablissement sans que l'on ne doive recourir à la chirurgie.
(Staple, 1955; Bradford, 1956; Trott, 1958.)

★

Conditionnement de 50 et 100 comprimés à 250 mg

Pour la clinique: bocaux de 1.000 comprimés

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED
Pharmaceuticals Division
Alderley Park, Macclesfield, England

Pour la Belgique et le Grand-Duché:

PHARMA-UNION S.A., Destelbergen

PROPHAC - 125, rue Ad. Fischer - Luxembourg

ARISTOCILLINE K
ARISTOCILLINE Sirop

Thérapeutique pénicillinique et sulfamidée par voie orale.

Large spectre de l'association s'étendant aux Gram-positifs et Gram-négatifs.

Effet synergique intense par 2 points d'attaque, la pénicilline et le sulfamoxol.

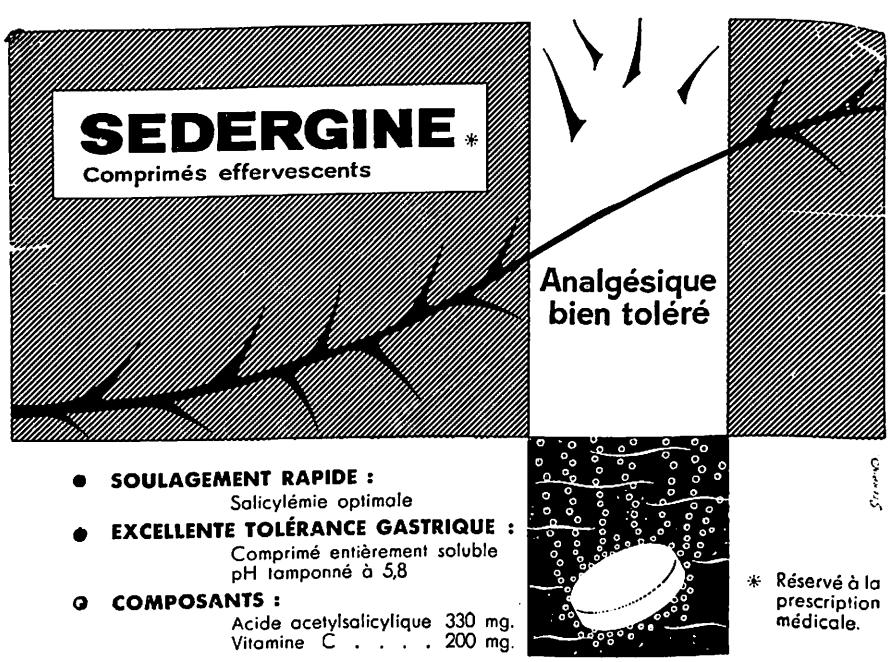
Action importante complémentaire protectrice: la pénicillinase est inactivée par le sulfamoxol.

Tolérance remarquable, même chez les enfants.

Sécurité thérapeutique et posologie simplifiée.

Présentations: ARISTOCILLINE K: Tube de 12 comprimés
ARISTOCILLINE Sirop: Flacon de 60 ml.

LIBRAPHARM S.A. - BRUXELLES 6
27, Avenue Brugmann - Tél. (02) 37 70 98



- **SOULAGEMENT RAPIDE :**
  Salicylémie optimale
- **EXCELLENTE TOLÉRANCE GASTRIQUE :**
  Comprimé entièrement soluble
  pH tamponné à 5,8
- **COMPOSANTS :**
  Acide acetylsalicylique 330 mg.
  Vitamine C . . . . 200 mg.

* Réservé à la prescription médicale.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES PROMEDY, 75-77, rue Cdt Ponthier. Tél. 02/330115 Bruxelles 4

NOUVELLES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
(SECTION DES SCIENCES MÉDICALES DE L'INSTITUT GRAND-DUCAL)

(26 novembre 1968)

RAPPORT DU PRÉSIDENT

Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue, tout en vous remerciant de vous être déplacés malgré les nombreuses sollicitations dont vous êtes l'objet.

Le Bureau de la Société des Sciences Médicales qui est appelé aujourd'hui à vous rendre des comptes selon les dispositions statutaires, est entré en fonction le 19 novembre 1967.

Rappelons qu'outre le président, il comprend le Dr Neuen, secrétaire général; les Drs d'Huart, Koppes et Emile Loos, comme autres représentants des médecins; les Drs Heisbourg et Schiltz, comme représentants des médecins dentistes; le Dr Gottal, représentant les médecins-vétérinaires; et M. Nimax, pour les pharmaciens. A eux tous je tiens à rendre, en tête de cet exposé, un hommage reconnaissant pour leur collaboration à la «direction collégiale» de notre Société.

L'année qui se termine a un peu été celle d'un nouvel inventaire de notre potentiel: l'héritage du passé a été assumé, des projets nouveaux se sont concrétisés, d'autres, au stade des ébauches, attendent d'être parachevés.

Nous vous devons un rapport sur notre activité, nous avons à la résumer, à l'expliquer, à la justifier. La voie dans laquelle elle s'est engagée conditionnera dans une certaine mesure son orientation pendant les années à venir, pour peu qu'elle continue sur sa lancée. Cet exposé offrira par conséquent quelques échappées sur le futur. Les conceptions du Bureau sortant comportant sans aucun doute des lacunes, probablement même des erreurs d'appréciation. A vous de combler les unes et de corriger les autres, soit aujourd'hui même, soit à n'importe quel autre moment. Toute critique, toute suggestion seront accueillies à bras ouverts.

Selon un récent examen du fichier de notre Société, elle compte 551 membres, dont 329 médecins, 97 médecins-dentistes, 78 pharmaciens et 47 médecins-vétérinaires. Jamais jusqu'ici le nombre des cotisations payées n'avait atteint le chiffre record de 1968. Cela constitue un encouragement auquel nous sommes sensibles.

L'amalgame, en un organisme unique, de quatre groupes professionnels assez dissemblables, lui confère une composition un peu hétéroclite ne

facilitant pas un travail univoque. Entre les médecins-vétérinaires et les médecins tout court, par exemple, la cohésion est, bien sûr, assez malaisée à première vue. Mais, si l'on regarde de plus près, d'importantes surfaces de contact persistent; citons-en pour preuve les zoonoses, idée à juste titre chère au Dr Gottal. La livraison du Bulletin qui vient d'être distribué, débute par un travail remarquable sur la rage au Grand-Duché, en provenance du Laboratoire de médecine vétérinaire. Aussi devons-nous, tout compte fait, nous féliciter que tous les groupes dont l'art de guérir est le commun dénominateur, soient partie intégrante de la Société des Sciences Médicales. Dans le domaine scientifique, comme dans d'autres où l'on fait parfois malencontreusement fi de cette vérité, l'éparpillement et la miniaturisation à l'extrême iraient à l'encontre de la viabilité et de l'efficacité, déjà menacées à tout moment dans un pays aux dimensions lilliputiennes. Voilà pourquoi nous devons acquiescer aux avantages indiscutables de la structure de la Société des Sciences Médicales, plutôt que de nous arrêter aux quelques inconvénients qui en découlent.

Une des activités traditionnelles principales de notre Société consiste depuis sa fondation en l'organisation de conférences médicales.

Ainsi prend-elle l'initiative d'inviter des conférenciers étrangers. Ce fut le cas pour la causerie du professeur Cuny, de Nancy, sur les «désordres immunologiques et le processus de vieillissement».

Dans d'autres circonstances, l'organisation se fait avec le concours d'un laboratoire pharmaceutique.

Entraient dans cette catégorie la présentation du film français «Les Grands Brûlés»; les deux causeries avec projections du Dr Roedig de Cologne sur les réactions cutanées allergiques aux médicaments; la causerie de M. G. P. Weil, de Bruxelles, sur «les substances injectables macro-moléculaires»; la causerie du Professeur Luthy, de Zurich «De l'hypotension à l'hypertension».

L'occasion est bonne de relever la part appréciable et appréciée que les firmes de produits pharmaceutiques prennent ainsi dans l'information du corps médical. Si toute visée publicitaire ne leur est forcément pas étrangère, il s'agit là d'une publicité de bon aloi, discrète, intelligente et utile, épithètes que ne méritent que dans des cas rarissimes les innombrables autres formes de réclame dont la population en général, les médecins en particulier sont assaillis sans relâche.

Notre Société a également prêté son concours à l'organisation ou seulement au lancement des invitations à la conférence du Professeur Vichnevski, de Moscou, sur la chirurgie cardiaque; à celle de M. Le Metayer, de Paris, sur «le traitement précoce des infirmités motrices cérébrales»; à celle du Professeur Derra, de Dusseldorf, sur la chirurgie cardio-vasculaire; à la réunion où M.M. Nitschké et Humbel ont parlé sur les apports récents du Laboratoire en endocrinologie et en pédiatrie, et le Dr Arsène Betz sur la prévention de l'immunisation foeto-maternelle anti-D.

Nous avons collaboré, dans une mesure discrète, à la Journée médicale de Mondorf-les-Bains et à la Journée médicale internationale «Lorraine-Luxembourg». Ce sont là autant d'exemples de manifestations dont le mérite revient à d'autres groupes: staff de la Clinique Pédiatrique, Société Luxembourgeoise de Chirurgie, Société Luxembourgeoise de Neurologie etc.; mais où la Société des Sciences Médicales a pu apposer son «label», marqué au sceau de sa tradition et d'un certain prestige, dont nous sommes redevables à plusieurs générations de prédécesseurs.

Susciter des communications, des présentations de dossiers, des exposés de la part de nos membres, a été une autre direction dans laquelle nous avons essayé d'agir: exposé du Dr Gottal sur la rage lors de la dernière assemblée générale; exposé du Dr Cerf sur le «traitement des troubles du rythme cardiaque par le choc électrique externe»; présentation de dossiers avec démonstration du Dr Arsène Betz sur le lupus érythémateux disséminé. C'est indiscutablement dans ce domaine que nous nous heurtons le plus à l'inertie des éventuels participants tant actifs que passifs. Nous sommes un peuple à tradition et à vocation pédagogiques médiocres. Tâcheron ne connaissant guère le répit, le médecin luxembourgeois rue dans les brancards d'une organisation de la médecine lui compliquant singulièrement tout effort qu'il entreprend parallèlement à l'exécution de son pensum quotidien. Les auditoires relativement clairsemés ne raniment guère les enthousiasmes brûlant encore à petite flamme... Ne nous décourageons cependant pas, et reconnaissons que ce tableau est trop sombre, puisque dans plusieurs spécialités des réunions à contenu scientifique se tiennent en cercle restreint.

J'en arrive à vous toucher quelques mots de l'initiative déclenchée sous le rapport de l'enseignement post-universitaire de la Faculté de médecine de Nancy. Elle vous intéresse en elle-même, mais aussi parce qu'elle a fourni l'occasion de l'enquête que vous savez auprès du corps médical.

Nous nous étions dits que nous ne pouvions nous lancer dans une telle entreprise sans éclairer notre lanterne sur le sort qui lui serait réservé le cas échéant, en d'autres termes sans interroger la «base». Il n'était pas question de solliciter un privilège de nos amis nancéiens, leur demandant de nous faire profiter de tout le travail qui a été le leur pour mettre sur pied cet enseignement «itinérant»; il n'était pas question de résoudre les problèmes de nature diverse qui surgiraient, sans savoir si une telle entreprise correspondait dans une mesure suffisante aux besoins de nos membres.

Nous saisissions aussi là une occasion d'être renseignés de leur part sur quelques autres détails. Ainsi avions-nous pu discuter entre membres du Bureau sur le jour le plus favorable de la semaine pour ces conférences particulières et pour toutes les autres en général, nous n'étions jamais que quelques-uns ignorant les voeux de la majorité.

Vous vous rappelez le texte de la circulaire: elle évitait avec intention de donner l'impression d'exiger un engagement trop formel. Nous désirions simplement savoir s'il existait «en principe» un intérêt pour ce genre d'activité, laissant largement la porte ouverte à ceux estimant qu'ils pourraient ne pas se sentir concernés par les sujets des causeries ou être empêchés de s'y rendre. Nous avions également demandé si les préférences allaient au dimanche matin, au mercredi soir ou à n'importe quel autre jour.

L'enquête fut envoyée à tous nos membres. Elle n'intéressait en fait, surtout dans sa composante nancéienne, que les médecins. Nous rejoignons ici la question abordée plus haut de la structure non homogène de notre Société. Aussi devons-nous surtout mettre sur le compte de la courtoisie les 16 réponses de médecins-dentistes, les 7 réponses de pharmaciens, et les 2 réponses de médecins-vétérinaires. Sur un total de 329 médecins, 153 ont répondu (dont un que tout cela ne l'intéressait pas!). Des omnipraticiens, 44 pour cent ont répondu, des spécialistes 48 pour cent. Reconnaissant qu'on pouvait s'attendre d'emblée à ce qu'un certain nombre restât indifférent du fait de leur éloignement de la ville de Luxembourg, ou pour cause d'âge, de maladie ou pour d'autres raisons diverses, nous sommes satisfaits du nombre de réponses. Quant aux préférences, elle vont prati-

quement à égalité au dimanche matin et au mercredi soir, avec une très légère préférence totale pour le dimanche, celle-ci étant aussi légèrement plus marquée pour les médecins habitant la ville de Luxembourg. Dans quelques rares réponses seulement, d'autres préférences ont été indiquées.

Nous avons, par conséquent, écrit à nos amis nancéiens qu'un auditoire numériquement valable ne pourra être réuni que le dimanche ou le mercredi. «Monsieur le Doyen Beau tient beaucoup à ce que des conférenciers nancéiens se rendent dans votre pays», nous confirme dans une lettre le Professeur Agrégé Gilgenkrantz. Les préparatifs sont entre les mains de la Faculté de Médecine de Nancy, et les détails seront communiqués en temps voulu.

En réponse à notre enquête, M. Nimax s'est fait le porte-parole des pharmaciens, assurant qu'ils seraient intéressés par quelques conférences relevant plus spécialement du domaine de la pharmacie. J'imagine que les médecins-dentistes pourraient mutatis mutandis raisonner de même. A cela il faut rétorquer que nous n'y voyons aucun inconvénient, au contraire. Ce que nous tentons de faire avec Nancy, s'est de nous insérer parmi des rouages déjà en place. Si les pharmaciens, ou les dentistes sont convaincus qu'un besoin analogue existe dans leurs rangs, d'une part, si d'autre part ils peuvent nous indiquer un enseignement auquel ils désireraient être rattachés, nous ferons pour leur donner satisfaction tout ce qui sera en notre pouvoir.

Dans un ordre d'idées voisin, je vous informe que nous avons pris contact avec la photothèque du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, à laquelle nous a rendus attentifs le Dr Joseph Mersch, et qui fournit des séries de diapositives sur des sujets d'actualité dont la liste s'allonge sans cesse, chaque série, de clichés radiologiques par exemple, étant livrée avec des commentaires imprimés correspondant à chaque image et n'ayant qu'à être lu à haute voix. Moyen d'enseignement audio-visuel précieux dont nous espérons pouvoir sous peu vous faire goûter un échantillon.

Auparavant, l'acquisition de cette collection de diapositives n'est pas sans créer quelques difficultés. Nous avons bon espoir qu'elles s'acheminent vers une solution, grâce à la complaisance des services culturels de l'Ambassade de France à Luxembourg. Lors de l'entrevue que Monsieur Roth, Attaché Culturel et Directeur du Centre Culturel Français, a eu l'amabilité de nous ménager, il a bien voulu suggérer d'autres modalités de collaboration entre le Centre Culturel Français et la Société des Sciences Médicales: acquisition éventuelle d'ouvrages médicaux, projection de films scientifiques notamment.

Enfin, la Télévision française diffuse quatre fois par mois des émissions à l'intention du corps médical: sur la deuxième chaîne, les premier et troisième mardis de chaque mois, vers 23.15 heures, quelques minutes après la fin du programme normal; sur la première chaîne, les deuxième et quatrième vendredis de chaque mois, à 9.15 heures du matin. Nous avons cherché, en vain jusqu'ici et bien que nous nous soyons adressé à la direction de l'ORTF, à obtenir un service régulier des programmes, suffisamment à l'avance pour qu'ils puissent être affichés dans les cliniques et les hôpitaux du pays. Pour ceci également, Monsieur Roth a promis de nous prêter main forte. Nous resterons également attentifs à l'espoir exprimé par le prodigieux Ministre français de l'Éducation nationale concernant la création d'une troisième chaîne, purement éducative.

Voilà donc comment nous avons conçu le rôle de la Société des Sciences Médicales dans le domaine de la formation ou de l'éducation

continues ou de l'enseignement permanent, selon des vocables au goût du jour. Lors de la dernière assemblée générale, des objections avaient été faites quant au bien-fondé des conférences dans ce qu'elles garderont toujours de trop théorique. Nous sommes bien d'accord que rien ne vaudra jamais la présence du médecin à «recycler» dans un centre hospitalo-universitaire ou dans un service hospitalier capable de se livrer à un enseignement pratique. C'est une des formes de l'enseignement post-universitaire, et de très loin la plus valable, à laquelle on se demande néanmoins comment pourront suffire des Facultés surpeuplées d'étudiants. Mais d'autres formes restent à l'ordre du jour, même dans les grands centres où nous nous rendons au prix d'efforts considérables de toutes sortes: exposés d'acquisitions récentes, mises à jour de questions cliniques ou thérapeutiques. Ces variantes, nous pouvons les faire transplanter de temps à autre à un ou deux pas de chacun d'entre nous, et en jouir avec une facilité qui devrait emporter l'adhésion. Il faut d'ailleurs reconnaître qu'en médecine du moins l'arrêt de mort du cours magistral ancien style a été signé, contre-signé et exécuté sur le bûcher de la réforme et que nous ne risquons pas de le voir renaître de ses cendres encore chaudes. A condition, cependant, que nous y mettions aussi du nôtre: contestons cette forme surannée d'enseignement, mais contrairement à ce qui se pratique en certains lieux, ne voyons pas dans la «contestation» un slogan se suffisant à lui-même. La «participation» qui en est le corollaire ne peut, dans le cas présent, venir que de notre propre disposition à poser des questions, à susciter un débat et à y prendre part activement. La récente conférence du Professeur Luthy devait en partie son succès à cette ambiance de dialogue.

A tous ceux qui, à des titres divers, s'occupent d'organiser des réunions médicales, cours, conférences etc. nous avons pensé être utiles en nous proposant comme organisme coordinateur, aussi bénévole que facultatif, pour déceler chaque fois à temps le danger d'une coïncidence de deux manifestations sollicitant éventuellement un public identique, du moins en partie.

Accordez-moi un mot sur la 28^{me} session de l'Office International de Documentation de Médecine Militaire, qui s'est tenue à Luxembourg au mois de septembre. Je ne devrais pas en parler ici, la Société des Sciences Médicales n'y ayant été pour rien, si ce n'est en tant qu'invitée. Mais il ne nous est pas interdit d'être fiers, et de le dire, que ce soit le D^{r} Neuen qui ait mené à bien la tâche d'organiser à la perfection ce congrès ayant réuni les délégués de 40 pays.

Outre les multiples exigences déraisonnables auxquelles le public se juge autorisé à l'égard du corps médical, il en est d'autres que nous devons accepter sans rechigner. Parmi elles l'obligation d'entretenir et de perfectionner nos connaissances est la moins discutable. Les médecins ont naturellement été les premiers à l'affirmer et à l'inscrire dans leur code en faisant d'elle une des données immanentes de leur ligne de conduite. Cette notion a même commencé à apparaître sous la plume du législateur. Je vous rappelle ou vous apprends qu'à la date du 11 mars 1968, le Collège Médical écrit dans son avis sur le projet de loi sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur:

«Le Collège Médical est d'accord avec la création d'un enseignement post-universitaire, mais il se demande pour quelle raison cet enseignement est confié à un établissement d'utilité publique, ce qui entrainerait pour l'État des charges financières supplémentaires. Le Collège Médical voit plutôt entrer cet enseignement dans les attributions de l'Institut Grand-Ducal.

Ainsi p. ex. la Société des sciences médicales, section de l'Institut organise tous les ans un cours de perfectionnement post-universitaire . . .»

La Société des Sciences Médicales est donc bien inspirée de prendre des dispositions afin que son activité traditionnelle dans ce domaine soit maintenue, développée, diversifiée, complétée et adaptée à un monde modifié dont la gestation s'accélère.

J'en arrive à notre Bibliothèque, tout naturellement à partir des considérations précédentes.

De l'ancienne bibliothèque de la Société des Sciences Médicales, ne restaient plus que quelques vestiges inutilisables et sans valeur. Créer une nouvelle bibliothèque absolument autonome était inconcevable pour des raisons matérielles, financières, d'organisation, de personnel, de locaux.

Une coopération avec l'Institut d'Hygiène et de Santé Publique se révélait impraticable. La Bibliothèque Nationale, elle, tient à ce que son répertoire reste général. et n'y admet pas les secteurs considérés comme trop spéciaux ou spécialisés. Elle a bien voulu, cependant, nous accorder l'hospitalité et la collaboration de son personnel, dans une salle désignée par le nombre magique de 7. Nous avons eu des raisons d'estimer que seule une bibliothèque de publications périodiques entrait en ligne de compte. Le sort des manuels et des traités n'est que trop connu: fort onéreux lors de l'acquisition, ils prennent en peu d'années un air de famille poussiéreux, encombrant et dépassé. En incluant dans la liste des abonnements plusieurs revues de mise au point et de synthèse, on peut penser que leur ensemble, dans peu de temps, couvrira tous les sujets importants constamment remis au diapason de l'évolution.

Il est devenu banal de déplorer la prolifération vertigineuse des revues médicales. En y regardant de près, on constate que peu d'entre elles sont indispensables, et c'est un tel choix que nous avons essayé d'opérer. Dans quelques années, l'information ainsi stockée et appuyée par l'Index Médicus, répertoire de toutes les références comptant tant soit peu dans le monde, cette information donc, aura comblé une lacune dont même un pays sous-développé ne s'accommoderait plus.

Les heures d'ouverture de la bibliothèque sont éminemment défavorables, surtout pour les médecins, par nécessité noctambules et contempteurs des dimanches. Une solution se dessinera peut-être, lorsque la Bibliothèque Nationale aura entièrement déménagé dans l'ancien Athénée grand-ducal. Précisons qu'actuellement les revues peuvent être empruntées et emportées selon le règlement de la Bibliothèque Nationale, disposition sur laquelle il faudra peut-être revenir. La Bibliothèque Nationale confectionne des xérocopies d'articles à un prix acceptable. Enfin, la Société des Sciences Médicales a fait imprimer des cartes en trois langues qui sont à la disposition des usagers pour demander des tirés-à-part aux auteurs.

Des Dr^s^ Beckius, Lamesch, Perdang et Eloi Welter se sont portés volontaires pour surveiller la Bibliothèque et aider à résoudre quelques problèmes pratiques.

Je tromperais votre attente si j'omettais de parler du Bulletin de la Société des Sciences Médicales.

Il paraît deux à trois fois par an, ces dernières années deux fois seulement, la raison en étant triple: 1) l'équipe rédactionnelle proprement dite est minuscule; 2) des lenteurs indépendantes de notre volonté se produisent lors de l'impression; 3) le nombre d'articles à publier est imprévisible, tou-

jours suffisant pour deux numéros, parfois insuffisant pour trois numéros annuels.

Le Bulletin tire à 850 exemplaires qui seront bientôt portés à 900, et qui sont distribués à tous nos membres ainsi qu'à quelques personnalités étrangères, et à plusieurs institutions allant de la Bibliothèque du Congrès à Washington à la Bibliothèque du peuple à Peking, en passant par de nombreuses Universités européennes et américaines. Nous devons beaucoup aux laboratoires pharmaceutiques qui nous apportent le concours de leur publicité payante.

Spontanément, plusieurs organismes internationaux de bibliographie d'articles médicaux nous ont demandé un service régulier de notre revue, pour reproduire les titres du sommaire dans leurs publications spécialisées. Il s'agissait, cette année, surtout du «mois biologique et médical», de Paris, du «Biosciences Information Service» de Philadelphie, et du «Ulrich's International Periodicals Directory» de New York. Si nous nous en réjouissons, personne n'y verra la marque d'une vanité qui nous est étrangère, mais celle d'une satisfaction que l'auditoire de ceux qui nous donnent leurs manuscrits s'en trouve considérablement élargi, dépassant désormais les limites purement locales pour acquérir une petite résonance planétaire ...

Notre revue ne vit et ne prospère que dans la mesure où on lui confie des manuscrits. Nous lançons un appel réitéré à la collaboration des médecins luxembourgeois. Les sujets cliniques ou thérapeutiques d'intérêt général ne manquent pas plus en Luxembourg qu'ailleurs. Pour se sentir le goût et le droit de parler ou d'écrire, point n'est besoin d'avoir des choses sensationnelles à communiquer. Car à ce compte la plupart des voix se tairaient, et cela sous toutes les latitudes. Arthur Conan Doyle a écrit quelque part: «Personnellement, j'estime que toute forme de littérature, quelque modeste qu'elle soit, est justifiée, pourvu que l'auteur soit convaincu d'avoir fait pour le mieux.» Remarque rassurante qui s'applique aussi à la production scientifique.

Certes, le médecin luxembourgeois, rarement un hospitalier pur ou un homme de laboratoire, trime dans un carcan de labeur qui ne se desserre que trop rarement. Les heures clairsemées qui pourraient être consacrées à la méditation, à l'étude, le sont souvent en priorité à la vie en famille et à la détente. Il n'y a rien là que de compréhensible et de parfaitement naturel. Les prémisses étant ce qu'elles sont, il faut à plus forte raison remercier au nom du Bulletin, qui lui n'a pas le don de parole, ceux qui assurent son existence en écrivant et en publiant contre vents et marées. Comme compensation, nous leur offrons une tribune d'accès facile où ils peuvent s'exprimer à leur guise et à laquelle nous essayons de donner des dehors aussi attrayants que possible. La nouvelle bibliothèque leur rendra certainement service.

Une seule déception percera dans ces propos: celle que le prurit d'écrire des articles, des comptes rendus de congrès, de voyages d'études etc. démange si désespérément peu les médecins luxembourgeois au diplôme tout récent, en train de se perfectionner et de se spécialiser dans des centres de l'étranger, c'est-à-dire dans des bouillons de culture favorables. Nous avions caressé l'illusion qu'ils ne verraient pas une mauvaise entrée en matière dans l'occasion de faire connaître leurs travaux, leurs compétences, leur intérêt pour telle ou telle branche, pour tel ou tel problème, en s'adressant à la collectivité médicale de leur pays dans le giron de laquelle leur place les attend. Pour essayer de faire monter la température scientifique de notre pays, il n'est rien de tel que de consentir à jeter soi-même un peu d'huile sur le feu.

Quant à ceux de nos compatriotes qui publient des travaux dans des revues paraissant dans d'autres pays, ils recevront eux aussi l'hommage du Bulletin en y rencontrant, dans une rubrique nouvellement créée, leurs références agrémentées d'un résumé de leurs articles, à condition qu'ils nous fassent tenir eux-mêmes les renseignements nécessaires sous forme de tirés-à-part. C'est la seule façon, pour un petit pays, de rendre compte de cette partie de la production nationale qu'il exporte.

Nous recevons parfois des lettres de l'étranger s'enquérant du prix d'un abonnement au Bulletin. Jusqu'ici nous l'avons distribué gratuitement aux institutions manifestant leur intérêt, imitant en cela d'ailleurs certaines publications étrangères. Tout bien considéré, nous pensons continuer de la sorte, voyant pour le Bulletin une récompense suffisante dans le rayonnement accru qu'il acquiert grâce aux institutions qui nous font l'honneur de s'intéresser à notre modeste production.

Au mois de septembre dernier, l'Union Culturelle Française, groupement international des Associations de langue et de culture française, avec siège à Paris, nous a demandé des exemplaires du Bulletin pour faire partie de son exposition inaugurée le 8 octobre, et réunissant toutes les publications éditées en langue française hors de France dans 82 pays différents. Elle accomplira ensuite un voyage dans plusieurs pays de quelques continents.

Cycle de conférences, bibliothèque, Bulletin périodique - ce sont les têtes de chapitre essentielles de cet exposé.

Il reste quelques autres thèmes à aborder.

Le 18 janvier 1868, le règlement organique de l'Institut grand-ducal fut élaboré par une commission composée de délégués de trois sociétés: la Société Archéologique, fondée en 1845, la Société des Sciences Naturelles, fondée en 1850, la Société des Sciences Médicales, fondée en 1861, qui dans l'arrêté Royal Grand-Ducal du 24 octobre 1868 deviendront respectivement la section historique et archéologique, la section des sciences naturelles et mathématiques, la section de médecine de ce qui s'appellera désormais l'Institut grand-ducal. Il comportera par la suite, en plus, la section linguistique, de folklore et de toponymie, la section des arts et des lettres, et la section des sciences morales et politiques.

En tant qu'entité, son existence est restée quelque peu fictive, ou du moins peu opérante. Aucun toit commun n'abrite les différentes sections, aucune activité ne leur est commune. La célébration de son Centenaire, qui se prépare, a le mérite de susciter quelque réflexion à son égard. Malgré le nom dont l'Institut grand-ducal se pare, personne n'y songerait à singer certaines institutions savantes de l'étranger. Mais dans un pays où fourmillent groupes et groupuscules, dont les membres sont unis par le ciment d'intérêts matériels ou d'aspirations souvent plus ou moins fantaisistes, il est bon que ceux-là clament leurs affinités qui ont un souci actif des choses de l'esprit, ceux qui oeuvrent, et cela fort honorablement, dans le domaine des sciences et des arts. Les médecins, à travers la Société des Sciences Médicales, section médicale de l'Institut grand-ducal, se réclament de cette famille intellectuelle. Personne ici ne me démentira, j'en suis sûr, si en cette année d'anniversaire nous lui renouvelons notre allégeance.

Je ne voudrais pas trop empiéter sur les plates-bandes du Dr Neuen. Mais, de fil en aiguille et parce que l'Institut Grand-Ducal vient d'être évoqué, je résiste mal à la tentation d'annoncer que pour la première fois la Société des Sciences Médicales figure dans le Budget de l'État de 1969

à l'article précisément de l'Institut, avec un crédit de 100.000 frs. Pour l'exercice 1968 un crédit spécial de 60.000 frs lui avait été alloué, absorbé par la création de la Bibliothèque. Pour nous avoir compris, Monsieur Pierre Grégoire, Ministre des Affaires Culturelles, a droit à notre reconnaissance. Le Ministère de la Santé Publique continue, comme par le passé, à nous verser une subvention d'un montant moins élevé, mais très appréciée. Il est juste d'ajouter qu'en outre Monsieur Vouel, Secrétaire d'État à la Santé Publique, s'est montré fort compréhensif lorsque des manifestations médicales internationales ont requis des moyens qui n'étaient pas à la portée de leurs organisateurs. Qu'il reçoive aussi nos remerciements.

Au regard de nos relations avec le gouvernement relevons aussi que la Société des Sciences Médicales a désigné, à la demande de M. le Ministre des Affaires Culturelles, trois membres pour siéger dans le jury du Prix des Sciences.

Nos relations avec l'Association des médecins et des médecins-dentistes sont cordiales. Au siège social, nous sommes logés sous le même toit et à la même enseigne. Une manifestation purement scientifique comme la journée Lorraine-Luxembourg n'aurait pu se dérouler sans le concours de l'Association des médecins. Pour l'enquête dont il a été question tout à l'heure, elle a mis son infrastructure technique à notre disposition. En tant qu'individus, nous sommes en droit d'estimer que les résultats de son activité dans l'ordre professionnel ne sont pas entièrement sans répercussions sur notre activité scientifique, tant il est vrai qu'il faut vivre avant de philosopher. En tant que Société, le domaine syndical doit nous rester et nous reste délibérément étranger.

Messieurs,

Ceux que rapproche et qu'unit une participation à l'art de guérir ont le droit, et même le devoir, de défendre leurs intérêts matériels. Il le font ailleurs qu'ici. La Société des Sciences Médicales entend incarner d'autres aspirations plus fondamentales. Son activité doit nous aider à mieux soigner nos malades, enjeu figurant à l'échelon le plus élevé de l'hiérarchie éthique. Toute aussi importante, pour nous tous, est la poursuite de notre propre aventure intellectuelle, à laquelle nous avons, chacun pour soi et en son temps, choisi de donner une texture et une orientation médicales. Grâce à sa tradition et à ses ressources, la Société des Sciences Médicales peut assurément beaucoup pour alimenter cette ambition.

C'est par un acte de foi en son avenir que je conclurai cet exposé trop long. Je vous sais gré de l'avoir subi avec tant de bonne grâce.

R. Schaus

Élection de 8 membres du Bureau de la Société des Sciences Médicales

A l'issue des élections statutaires, la composition du Bureau de la Société des Sciences Médicales reste inchangée, tous les membres sortants ayant été reconduits à l'unanimté dans leurs fonctions.

lipoclair
lipoclair
lipoclair

hépato protecteur original

restaure la cinétique fonctionnelle du foie

composition :

Adénosine	20 mg
D.L. méthionine	100 mg
Bétaine base monohydrate	500 mg
Citrate de choline	1 g
Sorbitol	1 g
Chlorhydrate de pyridoxine	10 mg
Para-hydroxybenzoate de méthyle	10 mg
Para-hydroxybenzoate de propyle	2 mg
Excipient aromatisé à l'ananas q. s. pour 1 ampoule buvable	10 ml

AFFECTIONS HEPATIQUES

Hépatites ictérigènes et non ictérigènes

Hépatites infectieuses et séquelles d'hépatites infectieuses

Hépatites d'origine toxique

Cirrhoses compensées et décompensées

Stéatose hépatique

Sclérose hépatique

Troubles dyspeptiques

Migraines digestives

posologie moyenne :

3 ampoules par jour diluées dans un 1/2 verre d'eau et réparties en 3 prises avant les repas.

Cures de 15 jours à 1 mois.

Dans certains cas sévères, cette posologie peut être doublée.

Cures itératives, si nécessaire.

tolérance :

La tolérance est toujours excellente. Il n'existe aucun effet secondaire, ni aucune contre-indication.

Le LIPOCLAIR peut être associé à toute autre thérapeutique.

présentation :

Boîte de 20 ampoules buvables de 10 ml

Remboursé par la Sécurité Sociale

N° d'autorisation de mise sur le marché: AD 4223 du 4-9-1968

LABORATOIRES AUCLAIR 4 & 6, RUE GUILLOT, 92 - MONTROUGE - PARIS TEL. : 735.42.01

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois, 23, rue Mercier, LUXEMBOURG

Venoruton P_4

facteur P-Zyma (Tri-hydroxyaethyl-rutosidum)

Quand commencent les varices et quand commencer le traitement ?

Bien avant qu'apparaissent les déformations veineuses visibles, la plupart des patients souffrent de « jambes de plomb », de fourmillements, de tension, parfois d'œdème des chevilles, apparaissant le soir (Rast 1). Tels sont les premiers symptômes, le début des varices, ce que certains appellent l'état prévaricueux.

C'est à ce stade initial des varices que le traitement médical donnera les meilleurs résultats. Bien conduit et suivi, il permettra d'empêcher la maladie d'évoluer vers l'insuffisance veineuse chronique et ses complications(Colomb 2). Actuellement, les varices sont un problème social par leur fréquence, par les dépenses qu'elles entraînent et par les souffrances qu'elles provoquent. La perte de capacité de travail due aux varices est égale à celle due à la grippe et le syndrome post-thrombotique est socialement aussi important que le diabète ou la tuberculose (Weitgasser 3) : c'est dire la nécessité d'un dépistage et d'un traitement précoces.

Venoruton P_4 (Facteur P-Zyma) permet un traitement efficace des varices, en particulier s'il est prescrit dès l'état prévaricueux.

Gouttes - Capsules - Pommade

1. Praxis **51,** 697 (1962) - 2. Rev. Lyonnaise de Méd. **11,** 519 (1962) - 3. Wiener Med. Wschr. **109,** 560 (1964)

Laboratoires Zyma-Galen S.A. Bruxelles 2

Urographie intraveineuse, angiographie et autres examens nécessitant un opacifiant de toxicité quasi nulle alliée à une basse viscosité.

ISOPAQUE Métrizoate de Na, Ca et Mg **Triiodé**

ISOPAQUE Le seul produit de contraste utilisant le pouvoir protecteur des ions Ca et Mg, neutralisant ainsi la toxicité de l'ion Na. **Toxicité quasi nulle**

ISOPAQUE Dont la viscosité n'atteint pas 3,5 cP pour une teneur en iode de 350 mg/ml ou 6,6 cP pour une teneur en iode de 440 mg/ml. **Viscosité très faible**

ISOPAQUE Produit de contraste hydrosoluble. **Forte teneur en iode**

conditionnements: 1 amp. 20 ml
(clinique) 5 amp. 20 ml
solut. à 45% - 260 mg 1/ml
solut. à 60% - 350 mg 1/ml
solut. à 75% - 440 mg 1/ml

Un produit NYEGAARD & Co., A/S OSLO.

Concessionnaires:

G. DELFORGE & Cie

197, av. Paul Deschanel - BRUXELLES 3

Téléphone: 15 49 40

PRIX DES SCIENCES 1969

Le Prix des Sciences, d'un montant de 35.000,– fr. lux. a été attribué en 1968 pour la médecine au *Dr Arsène Betz*, par un jury national où la section médicale de l'Institut Grand-Ducal était représentée par les *Drs H. Loutsch, F. Schwachtgen* et *R. Schaus*. Ce dernier, lors d'une brève cérémonie le 18 décembre dernier, au Ministère des Affaires Culturelles, caractérisa le lauréat comme suit:

Le médecin luxembourgeois qui réussit, sans s'expatrier, à faire oeuvre valable dans le domaine de la recherche scientifique, appartient à une espèce très rare.

C'est le cas du Dr Arsène Betz.

Né en 1923 à Koerich, il exerce d'abord la médecine générale, puis entre en 1955 au Laboratoire de l'Etat, tout en poursuivant sa formation microbiologique et immunologique à l'Institut Pasteur à Paris, où le service des virus du Professeur Lépine devient le lieu d'épanouissement de ses qualités de chercheur. Elles lui permettent, à partir de 1959, de mettre sur pied le service de virologie de Luxembourg.

De nombreux spécialistes étrangers viennent de Paris, de Lille, de Nancy, de Bonn, de Cologne etc. s'y informer et s'y livrer à de fructueux échanges d'idées. Au cours de ceux-ci le Dr Betz fait de plus en plus figure d'autorité fort écoutée.

Parmi ses travaux les plus remarquables, publiés surtout à Paris et à Luxembourg, citons:

- *ses recherches sur la toxoplasmose, pour le diagnostic de laquelle il développe des méthodes par immunofluorescence suscitant un vif intérêt bien au-delà de nos frontières;*
- *sa contribution au diagnostic, également par immunofluorescence, de la syphilis;*
- *ses travaux sur les adénovirus, les myxovirus et le virus de la poliomyélite;*
- *ses cultures de cellules thyroïdiennes humaines que le Laboratoire de Luxembourg fournit à l'Institut Pasteur de Paris, aux Facultés de médecine de Nancy et de Lyon, à l'Institut d'Hygiène de Bruxelles;*
- *enfin, ses récentes explorations du domaine de la cytogénétique avec l'étude des chromosomes et de leurs aberrations.*

Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que l'Institut Pasteur de Paris ait inscrit le Dr Betz parmi ses chargés de conférences.

Voilà donc en quelques coups de crayon sommaires l'esquisse d'une personnalité et d'une oeuvre, dont les mérites, déjà considérables, sont en outre prometteurs pour l'avenir.

Le Dr Arsène Betz, chef de service à l'Institut d'Hygiène et de Santé Publique, Prix des Sciences 1968, est un lauréat brillant qui a bien mérité de la science luxembourgeoise et qui fait honneur à notre pays.

rixapen

Pénicilline orale

1

A doses égales, confère au sérum un pouvoir antibiotique au moins double de celui des autres pénicillines orales.

500 mg.

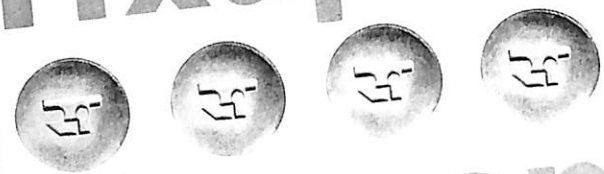
2

Assure une activité antibactérienne de longue durée – de 8 à 10 heures – après une seule prise post-prandiale de 500 mg.

rixapen

rixapen

rixapen

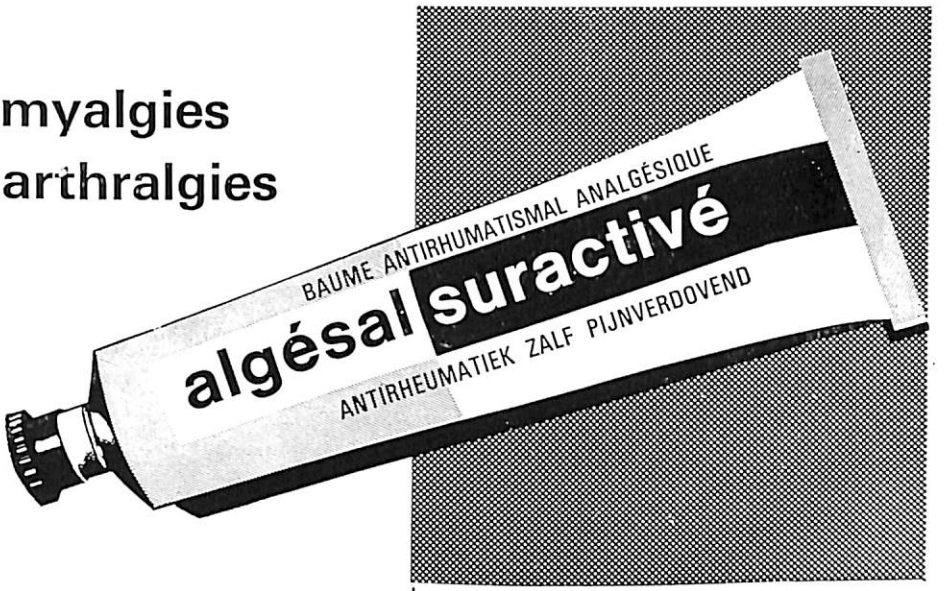


rixapen

rixapen

Recherche et Industrie Thérapeutiques R.I.T.

myalgies
arthralgies



grand pouvoir de pénétration

calme rapidement la douleur

décontracte et décongestionne

INDICATIONS :
Douleurs rhumatismales, articulaires et musculaires • Entorses, contusions, torticolis, lumbagos • Courbatures, crampes.

POSOLOGIE :
Frictions prolongées 2 à 3 fois par jour jusqu'à pénétration complète.

FORMULE :

Salicylate de diethylamine	10 g
Nopoxamine	1 g
	pour 100 g de baume

PRÉSENTATION : Tube de 40 g

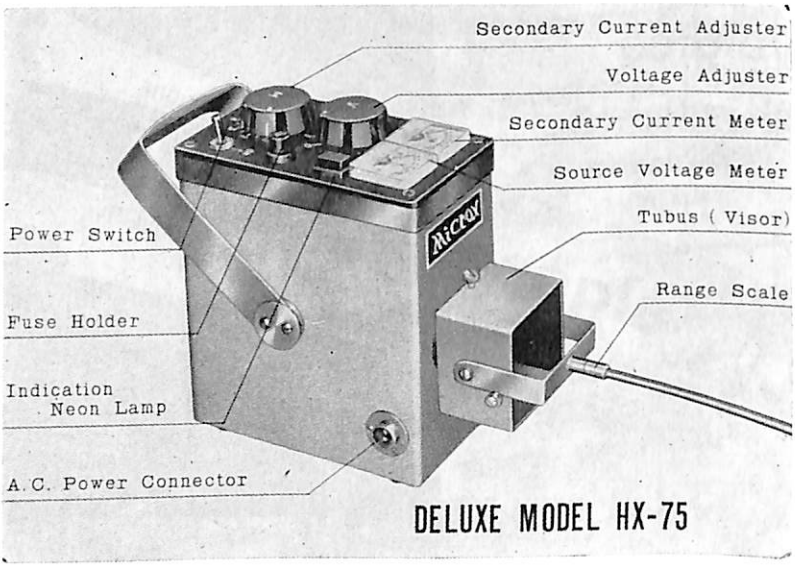
LATÉMA

11 bis, RUE BALZAC - PARIS 8e

Concessionnaire exclusif : Ets J. HERMAN-Labor
17 à 27, Rue des Cultivateurs - BRUXELLES 4

HARVEY 40-12

MICROX



Appareil à rayons X de dimension réduite. Facilement transportable en chambre de malade ou en salle d'opération.

Sa puissance de 75 KVP lui permet de prendre des radiographies parfaitement claires de la tête, des vertèbres lombaires, du bassin, etc. ...

Notre département «Electronique Médicale» met également à la disposition du Corps Médical une gamme d'appareils de qualité:

Thermomètres: THERMOTRON et PERITRON
Stéthoscopes: MEDETRON, MEDETRON «F» ou MM 200
Tensiomètres: SPHYGMOTRON D.H. - «S» ou «S.I.»
Electrocardiographes, Oscilloscopes etc.

Documentation sur demande aux Laboratoires

optima

78-80, GRANDE RUE AU BOIS - BRUXELLES 3

TRAVAUX D'AUTEURS LUXEMBOURGEOIS

publiés à l'étranger

A. Betz. – Diagnostic sérologique de la toxoplasmose au moyen d'antigènes préparés sur cultures cellulaires.
Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 39, 367-374, 1968.

RÉSUMÉ:

L'auteur décrit les techniques utilisées dans son laboratoire pour l'obtention de cultures de toxoplasmes sur lignées cellulaires et pour la préparation d'antigènes et de suspensions destinés aux épreuves de fixation du complément et d'immunofluorescence.

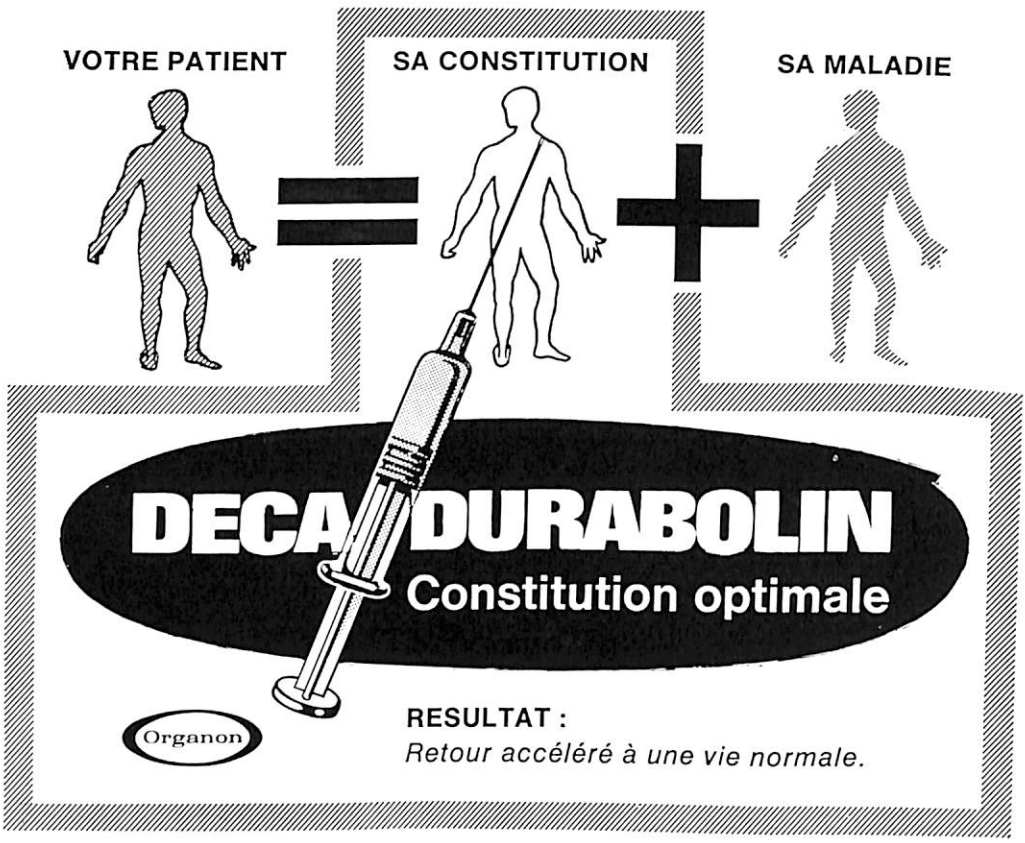
En deux ans, 1678 sérums ont fait l'objet d'un examen visant à mettre en évidence les anticorps spécifiques de la toxoplasmose. L'étude comparative des résultats obtenus par l'épreuve de fixation du complément, le test de Sabin-Feldman et la réaction d'immunofluorescence fait reconnaître à cette dernière une sensibilité et une spécificité très satisfaisantes. D'exécution facile et de coût peu élevé, elle paraît se prêter particulièrement aux enquêtes épidémiologiques.

L'analyse des titres d'anticorps décelés chez 800 personnes bien portantes âgées de 10 à 65 ans semble indiquer une fréquence annuelle non négligeable, de l'ordre de 0,75%, d'infections toxoplasmiques asymptomatiques dans ce groupe d'âge.

A. Lamesch. – Über einen Fall von Cystinurie mit doppelseitiger Urolithiasis bei einem zweieinhalbjährigen Mädchen.
Zeitschrift für Kinderchirurgie und Grenzgebiete, 6, 349-358, 1968.

J. P. Pundel. – Intervention lors du Symposium «Estrogen Administration in Menopause»,
in: Lying-In: The Journal of Reproductive Medicine, 1, 221-250, pages 238-240, 1968.

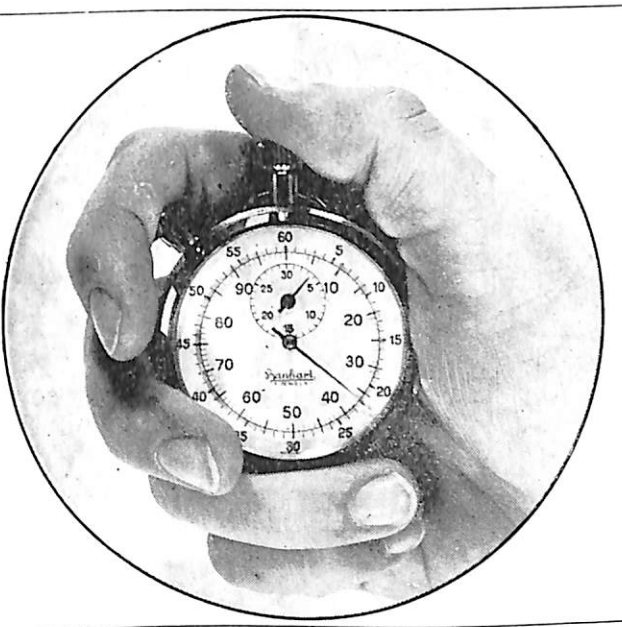
J. P. Pundel. – Colpocitología Hormonal, Versión española de J. Esteba Caballería, Toray-Masson, S.A., Barcelona, 1968, 316 p., con 129 figuras.


VOTRE PATIENT
SA CONSTITUTION
SA MALADIE
DECA DURABOLIN
Constitution optimale
Organon
RESULTAT :
Retour accéléré à une vie normale.

L'action puissante de

Dolo— Adamon®

supprime les douleurs intenses à l'instant.



Dolo-Adamon est le médicament de choix dans le traitement des

- Douleurs intenses du tractus gastro-intestinal y inclus les douleurs biliaires et urinaires
- Douleurs tumorales et post-opératoires
- Rigidité du col utérin (obstétrique)

Dolo-Adamon possède une durée d'action prolongée.

Ampoules, dragées, suppositoires, permettant une thérapeutique individuelle.

ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede / Allemagne

pour supporter toutes les fatigues du monde

- **asthénies**
  physiques, psychiques, sexuelles.
- déficiences de l'**anabolisme protidique**
- dysfonctionnements hépatiques
- subfertilité masculine
- retards de croissance

un apport **massif** d'acides aminés essentiels

Posologie
2 à 4 ampoules buvables par jour.
Insuffisance spermatique et subfertilité masculine : 4 à 5 ampoules par jour, pendant 30 à 40 jours.

Présentation
Boîte de 12 ampoules buvables de 10 ml
contenant 2,50 g de glutamate d'arginine et 4 g de Sorbitol.

S.S. A.M.G. — PRIX PUBLIC : 45,95

Aucune contre indication.

arginine glutamique sobio

LABORATOIRES SOBIO 47, rue des Francs-Bourgeois • Paris 4e

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois, 23, rue Mercier, LUXEMBOURG

LES LIVRES

LES LIVRES

HEILPFLANZEN-LEXIKON FÜR ÄRZTE UND APOTHEKER, Anwendung, Wirkung und Toxikologie, von *Priv.-Doz. Dr. Hans Braun*, München. 1968. XXII, 253 Seiten, Ganzleinen DM 36.-.

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Ein Kompilationswerk, das, jedoch nicht nur hierin traditionell, mit Vorwort und Einleitung beginnt und mit mehreren deutschen und lateinischen Registern ohne Überraschung endet.

Die Zweiteilung des dazwischen liegenden Hauptteiles stellt die Pointe des Buches dar - im Entwurf zweifelsohne ein handlicher Schlüssel. Inwieweit aber erschließt er nun wirklich die aktuellen Therapiemöglichkeiten der Heilpflanzen, und inwiefern eröffnet er auch heutzutage wirkliche Möglichkeiten? Auch diese Frage sollte ja gestellt werden, zumal es um die Bewertung eines Werkes geht, das sich, wie schon im Unterschied ersichtlich, praxis-orientiert versteht.

Der erste, 24 Seiten starke Hauptteil, das sogenannte Indikationsverzeichnis gibt sich keineswegs bescheiden. 154 Indikationen werden aufgeführt, die von

Agrypnie, Altersherz, Alters- und Aufbrauchskrankheiten, Amöbiasis, Analfissur, Angina pectoris, Anorexie und Inappetenz, Apoplexie, Arteriosklerose, Arthrose, Asphyxia neonatorum, Asthma bronchiale, Atemlähmung

reichen bis

Zerebralsklerose, Zervikalsyndrom, Zystitis.

In diesem weitgespannten Netz werden von etwas über 300 Heilpflanzen stammende Arzneimittel in jeweils 4 Gruppen erfaßt, was bei Agrypnie z. B. folgendes Bild ergibt:

DROGEN: Folia Melissae, Radix Valerianae, Strobuli Lupuli. - GALENISCHE ZUBEREITUNGEN: Extractum Lupuli, Extractum Piscidiae, Species nervinae, Spiritus Melissae compositus, Tinctura Valerianae, Tinctura Valerianae aetherea. - DEUTSCHE REZEPTFORMELN: Infusum Valerianae bromatum (DRF 207), Mixtura hypnotica (DRF 208). - ARZNEIFERTIGPRÄPARATE: Baldrian-Dispert, Baldrinorm, usw.

und bei Neuralgie:

DROGE: Tubera Aconiti. - GALENISCHE ZUBEREITUNG: Aconitinum, Balsamum Mentholi compositum, Extractum Conii, Tinctura Aconiti, Tinctura Gelsemii. - ARZNEIFERTIGPRÄPARTE: Aconit-Dispert, Aconitysat, Histaconsalbe, Plenosol, usw.

Es mag interessant sein, hervorzuheben, daß die Indikationen Bronchitis mit 13 Drogen, 28 Galenica und 15 D-Rezeptformeln, Cholezystitis mit 11, 9 und 4, Dyspepsie mit 13, 35 und 8, Gastritis mit 8, 20 und 9, Obstipation mit 13, 40 und 8 jeweiligen Präparaten mit Abstand die meisten mobilisieren, abgesehen von den Arzneifertigpräparaten. Muß man sich angesichts solcher Erhebungen, die vielleicht wie statistische Spielereien anmuten, nicht doch

unwillkürlich die Frage stellen, ob die quantitative Betonung dieser Indikationen dem Charakter und der Breite der Indikation, der speziellen Natur des Phytotherapeuticums oder der historischen Entwicklung von Therapie und Medizin im allgemeinen entspringt und entspricht. Man könnte ersterer Auffassung zuneigen, wenn nicht die Beispiele von nur knapp bestückten und andrerseits doch so wichtigen Indikationen wie des Rheumatischen Formenkreises oder der Herzinsuffizienzen zu bedenken gäben, daß die Frage doch vielleicht komplexer – und interessanter! – gelagert ist, worauf allerdings hier nicht eingegangen werden kann.

Ob im Netzwerk des Lexikons alle oder nicht alle sogenannten dicken Fische, und ob nur solche oder auch andere gestrandet wurden oder hätten gestrandet werden sollen, mag hier im Detail nicht untersucht werden. Der Verfasser sagt sich schon in der Einleitung von enzyklopädischen Ambitionen los: Da jedoch Bestreben nach einer gewissen Vollständigkeit auch dem Lexikon definitionsmäßig zu eigen sein dürfte, soll das wohl so zu verstehen sein, daß es nicht verwundern darf, wenn das Resultat eher von der Breite als von der Tiefe her befriedigt, und wenn zwar vieles aufgezählt wird, doch schließlich nicht viel ausgesagt wird. Zu bedauern ist es trotzdem: Wenn die Aussage zur so-und-so-vielten Reproduktion banaler Angaben in konventionellem Aufzählungsarrangement verflacht. Da bleibt die Gliederung der individuellen Besprechungen des 2. Hauptteiles nach Inhaltsstoffen, Wirkung und Anwendung – die der Verfasser im Vorwort als im Gegensatz zu derjenigen, insgesamt unbefriedigenden, so meint man zwischen den Zeilen herauszuhören, anderer ähnlicher Werke besonders hervorhebt – eher Nebensache. Nur eine stärkere Profilierung der Daten und Fakten durch eine straffere Strukturierung des Stoffes innerhalb der erwähnten Gliederungen, zumal der dritten, und die Erhöhung ihrer Aussagefähigkeit durch das Freilegen von Parallelen und Differenzen hätten minimale Bedingungen erfüllt, grundsätzlich wichtige und vielleicht neue Aspekte herauszuschälen. Unter anderm stellt sich die Frage, ob die als Reinsubstanzen definierbaren «galenischen Zubereitungen», Ephetonin z. B., wie der Autor sie etwas überraschend, in einer gewissen Beziehung allerdings logisch benennt, nicht stärker von den Gesamtdrogen oder ihren «echten» galenischen Aufarbeitungen, Tinctura Lobeliae z. B., abzuheben oder gar auszusparen wären: Hier ändert nicht nur Quantität, sondern Qualität; hier kommt es zu einer eigentlichen Wesensänderung, oder ist eine Reinsubstanz, sei sie auch biogen, nicht wesensverwandter mit einem Syntheticum als mit einem Galenicum? Dieser Einwand verschärft sich selbstverständlich, wie später noch auszuführen sein wird, in Bezug auf die Zitationen von Arzneifertigpräparaten, wo reine Phytotherapeutica und Kombinationspräparate mit und ohne Synthetica in einer verwirrenden Zusammenhanglosigkeit förmlich aus dem Ärmel des Doktorkittels geschüttelt werden; wie könnten Beilagen, mögen sie auch erfahrungsbeschwert sein, objektiv gültige und zu Extrapolationen geeignete Belege aufwiegen?

Der 2. Hauptteil gibt auf 199 Seiten von Acacia Catechu, Katechu bis Zingiber officinale, Ingwer die alphabetisch geordnete Besprechung der einzelnen Heilpflanzen.

Die 24 ergiebigsten, über eine Seite füllenden Arzneipflanzen sind: Aesculus hippocastanum, Aloe ferox, Arnica montana, Atropa Belladonna, Cinchona succirubra, Claviceps purpurea, Coffea arabica, Convalaria majalis, Crataegus Oxyacantha, Digitalis lanata und Digitalis purpurea, Ephedra sinica, Erythroxylon coca, Glycyrrhiza glabra, Hyosciamus niger, Matricaria Chamomilla, Mentha piperita, Papaver somniferum, Pinus silvestris, Rauwolfia serpentina, Rheum palmatum, Thymus vulgaris, Uragoga ipecacuanha, Ur-

ginae maritima – alles gute alte Bekannte, wäre man geneigt zu resümieren, mit nicht nur im wörtlichen Sinne wohlklingenden Namen!

Die für jede Pflanze gleichmäßig durchgeführten Gliederungen in 6 Abschnitten soll auch optisch für den Leser bequem sein, führt die Einleitung aus. In der Tat, es ist ein durchaus bequemes, nicht nur ein optisch bequemes Buch. Jedoch ist Bequemlichkeit noch lange nicht immer ein exklusives Positivum.

Die sich dem 2. Hauptteil anschließende, 36 Titel umfassende Literaturübersicht zitiert der Natur eines Lexikons entsprechend, wie der Verfasser erklärt, nur die benutzten Hand- und Lehrbücher. Der allgemeine Charakter der Quellen würde auch ohne namentliche Aufführung schon aus der Qualität der vermittelten Angaben ersichtlich: mehr konventionelles Grundwissen als Subtilität des Details, mehr Aussagen als Argumente, mehr Fakten als Zusammenhänge.

Die Besprechungen der einzelnen Pflanzen beginnen mit der Angabe ihrer Familienzugehörigkeit als einzigem botanischen Charakteristikum, dann der Benennung des angewandten Pflanzenteils.

Die WIRKSAMEN INHALTSSTOFFE sind nur so weit und in Stichworten gebracht, als es für das Verständnis des therapeutischen Effektes nötig sei; Einzelheiten, meint der Verfasser weiter, finde der Chemiker und Botaniker leicht in den entsprechenden Handbüchern.

Beim Abschnitt WIRKUNG wurde nur die exakte Pharmakodynamik bezw. Pharmakologie berücksichtigt, wobei eher ein Zuwenig als ein Zuviel zu finden ist, um – immer noch nach dem Wortlaut der Einleitung – eine kritische Würdigung sicherzustellen. Das ergibt dann z. B. bei Arctostaphylos Uva-ursi:

> Durch die spaltende Kraft des alkalischen Harns werden die Glykoside in die stark antiseptisch wirkenden Aglykone Hydrochinon und Methylhydrochinon sowie Dextrose gespalten. Außerdem ist noch an eine Abspaltung des dreiwertigen Phenols Pyrogallol aus dem Pyrogallolgerbstoff zu denken. Diese Phenole vermögen nun nach Ausscheidung in den Harn bei bestehenden Infektionen eine bakterizide Kraft zu entfalten. – Eine diuretische Wirkung kommt der Bärentraube nicht zu; die durch den Tee gesteigerte Harnausscheidung ist lediglich eine Wasserdiurese.

Das klingt zugleich weitschweifig und simpel, gibt aber immerhin konkrete Details. Hingegen heißt es bei Hamamelis virginiana:

> Der Hamamelis scheint ein besonderer Einfluß auf die Zirkulation des venösen Blutsystems zuzukommen, ohne daß wir bis jetzt über die eigentliche Pharmakodynamik orientiert sind.

Oder bei Cynara Scolymus:

> Choleretischer und cholokinetischer Effekt, geringe diuretische Wirkung, geringe blutzuckersenkende Wirkung.

Wie sollte man, außer für primäre Lehr- und Belehrungsbücher, den Wert solcher unverbindlicher Bescheidenheiten nicht skeptisch beurteilen? Das ist bibliographisches Steinzeitniveau. Hier wird das Zuwenig nicht wie der Autor es wollte (zur) Kritik, sondern (in einem andern Sinne) kritisch. Und riskiert nicht das Objekt allzu simpler Kritik selbst zu einem kritischen Objekt simplifiziert zu werden!

Am Schluß der Besprechungen findet sich jeweils ein kurzer Hinweis zur Toxikologie.

Der Abschnitt ANWENDUNG UND VERORDNUNG, den der Verfasser im Vorwort als wichtiges Kernstück herausstellt, scheint uns persönlich nicht so annehmbar. Entgegen der Auffassung, daß die Arzneifertigpräparate besonders ausführlich behandelt werden sollten, da sie in der täglichen Praxis gegenüber der Rezeptur doch erheblich überwiegen, vertreten wir die gegenteilige Ansicht, daß gerade die sowohl aus dem Deutschen RF. als auch aus andern Vorschriftenbüchern zitierten Rezeptformeln am interessantesten sind: Unter manchen Gesichtswinkeln verbleiben Phytotherapie und Rezeptur in speziellen sinnvollen Relationen besonders eng verzahnt; ihr Verhältnis beschränkt sich nicht auf traditionsbedingte Komplizität und läßt sich auch heute nicht als historische Reliquie einfach abtun. Andrerseits dürften Aussagen wie diese:

> Auch das Stada-Präparat Robochinal enthält Chinarinde (neben Cardamonen, Pomeranzen u. a. – 3 mal täglich 1 Eßlöffel vor den Mahlzeiten). Ferner findet sich Chinarinde in vielen Fertigpräparaten wie Chinalecit (neben Condurango, Cinnamomum, Gentiana, Phospholipiden u. a. – 30 Tropfen bis ½ Teelöffel als Einzeldosis); China-Nervisal (neben Humulus lupulus, Gentiana u. a. – 2 bis 3 mal täglich 1 Teelöffel ½ Stunde vor dem Essen) ...

oder:

> Auch das Fertigpräparat Geratol enthält Zitwer neben zahlreichen anderen Drogen (Angelica, Melissa, Gentiana, Rheum, Mentha u. a. – 3 mal täglich 1 Eßlöffel)

wenig mehr bedeuten als zeilenfüllendes Geplauder, das unwillkürlich über absurd getönte Fragen wie: Ist Geratol verschreibungswürdig, weil es Zitwer enthält (neben zahlreichen anderen Drogen), oder ist Zitwer verschreibungswürdig, weil es im Geratol enthalten ist (mit zahlreichen anderen Drogen)? schlußendlich zur Kapitalfrage führt: Was soll das Ganze?! Nur konsequent und kritisch durchgeführte Vergleiche, wenn nicht aller, so doch verschiedener systematisch wegen ihrer Aussagefähigkeit gewählter Präparate in Bezug auf Konzentration, z. B. des betreffenden Pflanzenmaterials oder seiner chemisch definierten Konstituenten oder in Bezug z. B. auf Art der pflanzlichen und nicht pflanzlichen Zusatzstoffe, könnten hier wissenschaftlich ergiebige Ermittlungen ergeben: Extrapolierbare Typisierungen statt beziehungsloses Aneinanderreihen mehr oder weniger «guter Tips».

So eng dimensioniert, so leicht auszuloten ist das phytotherapeutische Labyrinth nun (gottseidank) nicht!

Heilpflanzen sind nicht nur die ersten Arzneimittel gewesen, sie haben sich ihre Stellung im therapeutischen Arsenal auch durch Jahrtausende bewahrt. Was das Buch trotz oder gerade wegen der Oberflächlichkeit seines Aufzählcharakters wohl am besten offensichtlich macht, ist das Ausmaß in dem auch der moderne Arzneimittelschatz den «petites soeurs de charité de la nature» verpflichtet bleibt. Trotz den periodischen Veröffentlichungen sogenannter Naturstoffprogramme seitens bedeutendster pharmazeutischer Unternehmen, trotz den phytotherapeutisch orientierten Symposien wichtiger Kongresse, wie der letzten Weltapothekertagung mit den Referaten über Heilpflanzen mit antimitotischer Wirkung, und den immer wieder selbst zur Tagespresse Zugang findenden Meldungen über wissenschaftliche Bestätigung uralter Wirkungserfahrungen einer in diesem publizitären Rahmen allerdings meist exotischen Volksmedizin, wie kürzlich des von einem Indianerstamm als «Antibabysaft» verwandten Extraktes eines Hirsegrases, trotz alledem übersieht man leicht, daß, wie M. Kreig 1965 ausführte, auch heute noch, im sogenannten Zeitalter der synthetischen Arzneien, mehr als 47 Prozent aller Zubereitungen einen Stoff natürlichen Ursprungs als einzig

aktiven Faktor oder als einen von zwei oder mehreren wichtigen Bestandteilen enthalten.

Dadurch aber, daß H. Braun sich beschränkt, aufzuzeigen, wie Heilpflanzen eingesetzt werden konnten und können, statt zu belegen, wann, wo und weshalb das geschehen sollte, hängt er eher dem Bereich Traditionalität an, als daß er seine effektive und potentielle Vitalität demonstrieren könnte. Gerade die Problematik bestimmt nicht nur erwartungsgemäß dem Worte G. Bachelards entsprechend – «les simples sont particulièrement complexes» – die aktuelle Dimension, sondern auch erfahrungsgemäß. Wenn Autoritäten wie L. Binet der Ansicht sind, daß «la phytothérapie n'est plus une coquetterie de grande dame voulant jouer à la bergère», und behauptet, daß «le médecin doit être un phytothérapeute», so ist das bestimmt nicht buchstäblich als unreflektiertes Engagement zu verstehen, entsprechend Seite 66

> zur Bandwurmvertreibung morgens nüchtern 200 – 400 g Semen Cucurbitae decorticatum in 3 Portionen zu nehmen, mit Preißelbeeren oder roher Milch, und, nach 2 Stunden, einem Laxans,
>
> oder rezepturmäßig
>
> Semen Cucurbitae decortic. pulv. gross. 250,0
> Pulpae Tamarindor. 150,0
> m.d.s. morgens in 3 Portionen zu nehmen.

Solche pittoresken Historizitäten mögen besonders spektakulär sein, keineswegs außergewöhnlich sind die hier herauszulesenden Belege für das Ungenüge der angewandten deskriptiven Methode. Die Bedeutung der Arzneipflanzen bleibt groß, doch kann sie heutzutage außerhalb der Gesamt-Arzneimittelforschung weder wirklich sinnvoll erfaßt und realistisch beurteilt, noch optimal, also leistungsfähig und rational eingesetzt werden.

Das verlangt ganz ausdrücklich die Analyse einer komplexen Konstellation von vielfältigen Faktoren: Wie sie sich etwa im Hinblick auf das Medikament vor allem einmal ausdrücken mag in der klassischen Alternative von der Wirkstoffvermittlung über das galenische Vehikel oder die isolierte Reinsubstanz, sei diese nun unmittelbar verwendbar, Ausgangspunkt für Partialsynthesen oder Modellsubstanz für synthetische Reihenstudien. Wie sie sich ferner nicht minder ausgeprägt erweisen dürfte in jener andern, als Diskussionspunkt für den nächsten Internationalen Kongreß der Pharmazeutischen Wissenschaften angesetzten Alternative von der Wirkungssteigerung oder Wirkungsabschwächung von Medikamenten durch Arzneistoff-Kombinationen mit der Endfrage, ob Arzneistoff-Kombinationen notwendig oder auch nur indiziert sind. Wie sie sich andrerseits, in Blickrichtung Patient, beispielsweise im Spannungsfeld von physiologischem und psychologischem Bereich, von organ- und subjekt-orientierter Therapie vielfach umorientiert. Oder sich in den unsäglichen Relationen von Rezept und Rezeptor über die Erfahrung der Wirklichkeit auch im Therapeutischen von anderswo modisch gewordenen Begriffen wie Risiko und Eskalation, als echte strategische Problematik versteht. Das sind Schlüssel-, wenn nicht Schlagworte, und Fußnoten wären des langen und des breiten fällig. Es kann hier nur das folgende Zitat aufgeführt werden, das, wenn auch nur durch einen Teilaspekt, die aktuelle phytotherapeutische Landschaft unseres Erachtens exemplarisch genug skizziert:

> In seinem Vortrag an der diesjährigen Weltapothekertagung meint Dr. Longo, Carlo Erba s.p.a. Mailand, daß es in einer Übergangszeit wie der heutigen nicht verwunderlich sei, wenn auch der traditionsreichste Teil der Therapie, d. h. die Heilpflanzenextrakte, strengen Kritiken unterworfen werde, und er belegt einen gewissen regressiven Trend ihrer Applikation u. a. durch die Tatsache, daß gemeinsam in 4 wich-

tigen Pharmakopöen nur mehr folgende 8 Pflanzen und Pflanzenprodukte übriggeblieben sind: Aloe, Belladonna, Cascara, Digitalis, Glycyrrhiza, Ipecacuanha, Opium und Tolubalsam. Dann heißt es im Wortlaut auszugsweise weiter:

Ein erster Grund dieses Mißtrauens beruht, unserer Auffassung nach, nicht in der Unbrauchbarkeit der Heilpflanzen, sondern in den lückenhaften chemischen und pharmakologischen Kenntnissen, die man darüber hat. Große Überraschungen erwarten den, der die Möglichkeit hat, volkstümliche und altbewährte Drogen tiefer zu erforschen.

Ein zweiter Grund, warum viele Heilpflanzen nicht mehr angewandt werden, ist die Ersetzung des Extraktes durch seinen Wirkstoff, wenn dieser genau gekennzeichnet ist. Die Digitalisextrakte werden heute kaum gebraucht, weil jetzt Digitoxin und Digoxin zur Verfügung stehen. Aber auch dieser Gesichtspunkt ist nicht immer vertretbar. Es ist in der Kinderheilkunde bekannt, daß Manna noch auf Individuen wirkt, auf die Mannit nicht mehr anspricht, und es ist bewiesen worden, daß Belladonna-Extrakte rascher und besser wirken als die entsprechende Menge L-Hyosciamin; wir selber fanden, daß einige Faulbaumrindenextrakte wirksamer als das reine Prinzip Glucofrangulin sind ...

Sicher wird den modernen Techniken der Phytotherapie nicht eine geringere, sondern eine wichtigere Rolle im menschlichen Leben zukommen.

Dieses Zitat charakterisiert begrenzt zwar, doch ausdrücklich genug den eigentlichen Tiefgang aktueller Phytopharmakologie.

Solches aber steht nicht in dem Buch, das uns hier beschäftigen sollte. Dieses Buch ist empirisch abgesichert, komfortabel praktikabel. Faszinierend und stimulierend ist es nicht, weder für den auch nur einigermaßen ambitionierten Leser noch – für die Zukunft. Realistisch auch nicht.

Wie Claudel sagte: Ce n'est pas de la mauvaise musique; mais pourquoi faut-il qu'elle fasse immédiatement songer à une autre musique qui, elle, serait tout-à-fait bonne!

P. Hippert

* * *

ALTERN. DIE BIOLOGISCHEN VORGÄNGE, von *Prof. Dr. Howard J. Curtis,* Brookhaven National Laboratory, Upton, N.Y. Übersetzt von Hanna Schwanitz, Jülich.

1968. VIII, 125 Seiten, 21 Abbildungen, Taschenbuchformat DM 6,80 Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Ayant visité en 1955 ce haut lieu de la recherche scientifique qu'est le Brookhaven National Laboratory, dans l'État de New York, où le Dr H. J. Curtis dirige le département de biologie; connaissant d'autre part l'édition américaine («Biological Mechanisms of Aging», 1966) de cet petit ouvrage, c'est avec un véritable plaisir que nous pouvons en recommander cette traduction allemande.

Ici des notions scientifiques fondamentales – correspondant à l'état actuel des connaissances – sont présentées avec clarté et dépouillement. Les théories cherchant à rendre compte des phénomènes du vieillissement sont soumises à une discussion critique. L'horizon s'élargit par des considérations sur le vieillissement des mammifères, des végétaux et des espèces inférieures du règne animal.

Lecture bienfaisante pour qui éprouve le besoin de se voir confronté à des faits précis donnant lieu à une méditation objectivement fondée et tenant scientifiquement debout – alors qu'il y a belle lurette que les lieux

communs débités un peu partout sur la gérontologie sont devenus terriblement lassants!

La lecture de H. J. Curtis est un bain raffraîchissant et instructif.

R. Schaus

* * *

FIBEL DER PRAKTISCHEN GEBURTSHILFE, von *Dr. Paulus Bsteh*, Oberarzt der Landesfrauenklinik und Bundeshebammenlehranstalt, Salzburg. Mit 103 Abbildungen im Text. XII und 175 Seiten. Kl. 8°. 1968. Kunststoffeinband: DM 8.80.

Verlag Urban und Schwartzenberg, München, Berlin, Wien.

KURZE AUGENHEILKUNDE. 3. verb. Auflage des Buches. Die dringlichen und bedrohlichen Erkrankungen des Auges, von *Prof. Dr. Karl Hruby*, Vorstand der 1. Universitäts-Augenklinik in Wien.

Mit 15 farb. Abbildungen auf 8 Tafeln und 47 Abbildungen im Text. VIII und 164 Seiten Seiten. Kl. 8°. 1968. Verlag Urban und Schwartzenberg, München, Berlin, Wien. Kunststoffeinband: DM 8.80.

Est-il encore possible d'innover en matière d'éditions médicales? C'est ce que tente – et ce que réussit! – la maison Urban und Schwartzenberg, en lançant ces deux premiers opuscules d'une série qui en comptera d'autres.

Le format réduit et le nombre de pages relativement restreint montrent dès le premier abord ce qui a été recherché: la concision, parfois en style télégramme, allant néanmoins de pair avec le souci de survoler chaque fois tout un chapitre de la médecine, qui peut donc être «révisé» rapidement. Les médicaments préconisés sont indiqués avec leur nom commercial, ce qui en facilite l'utilisation pratique.

Les traités et les manuels offrent plus que ces opuscules – mais le plus est parfois de trop dans l'existence harrassée des lecteurs surmenés, et quel médecin pourrait se vanter d'échapper à ces avatars de sa vie professionnelle? Les revues médicales à caractère synthétique d'enseignement post-universitaire, même les monographies, offrent moins en largeur.

Voilà pourquoi ce petit ouvrage sur l'obstétrique «dans une coquille de noix», cet autre sur les urgences en ophtalmologie, ne feront pas double emploi avec d'autres publications figurant déjà dans la bibliothèque des médecins.

La formule en elle-même, celle du livre de poche si adapté à notre époque, sa réalisation élégante quant au fond et à la forme, séduiront les médecins, soucieux de remettre leurs connaissances à jour, les étudiants voulant revoir en vitesse les notions qu'on attend d'eux et les membres des professions paramédicales que ces raccourcis mènent droit aux données essentielles.

J. Marcel

sept années de recherches cliniques et de laboratoire accompagnées de plus de 400 travaux publiés

RIFOCINE®

rifamycine SV

infections à staphylocoques et à d'autres germes Gram-positif
infections hépatobiliaires même si à Gram-négatif, tuberculose

sans résistance croisée
aucune toxicité clinique appréciable

présentations: ampoules i.m. à 250 et à 125 mg ampoules i.v. à 500 mg

LEPETIT S.p.A. MILAN (ITALIE)

Prophac S. à r.l. - 125, rue A. Fischer - Luxembourg

Lepetit

entorses
foulures
hématomes

ALPHACHYMOTRYPSINE CHOAY POMMADE

Tube de 20 g (300 u. C. Hb.)

LABORATOIRE CHOAY · PARIS

Ets A. de BOURNONVILLE & FILS S. A.
Pharmaciens - Docteur en Sciences Chimiques
30-38 rue aux Fleurs, Bruxelles 1 - Tél : 17.89.00 - 17.53.34

Pour plus de sécurité en Corticothérapie

BIOCORT

Metacortandrolone 5 mg
Methandriol (mad) 12,5 mg
} par comprimé

Le BIOCORT évite tous les inconvénients de la corticothérapie prolongée; action catabolisante, pertes en potassium, calcium et phosphore, effets indésirables sur la croissance, sur la glycémie, sur l'estomac, sur le métabolisme du sel et surtout sur le freinage de l'axe hypophyso-surrénalien

1. Le mad augmente et prolonge l'action de la Métacortandrolone, ce qui permet d'en réduire la dose utile.
2. Le mad, facteur d'épargne des protéines, compense les effets catabolisants de la cortisone.
3. L'activation et la prolongation d'action obtenues grâce à l'association au mad permet d'administrer une dose unique par 24 heures. Il en résulte que l'effet frénateur sur l'antéhypophyse et sur les surrénales devient négligeable.

Littérature et échantillons sur demande
THERABRUX s.p.r.l. 35, rue Souveraine, Bruxelles 5
Dépositaire pour le Grand Duché de Luxembourg
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS
23, rue Mercier, Luxembourg

CORRESPONDANCE

CORRESPONDANCE

PASSEPORT POUR LE 3me AGE

Comment se préparer à vivre heureux longtemps

Voici un petit document, guide précieux pour qui veut réussir son 3me âge.

Il présente en 16 pages les réflexions et conseils qui aideront les adultes au moment psychologique de leur passage à leur nouvelle vie, qui est celle de pensionné ou retraité.

Ce 3me âge peut être un âge d'or si l'on s'y prépare à temps, avec la ferme volonté de s'adapter à cette nouvelle existence.

Mais comment vivre heureux et longtemps?

Le passeport du 3me âge résume les conditions essentielles des différents équilibres à assumer: équilibre général, affectif, intellectuel, psychique, corporel, nerveux, nutritionnel, financier etc...

Remarquable par la densité de ses indications clairement résumées, ce petit recueil sera le plus utile des cadeaux, aussi bien pour les seniors, que pour les adultes soucieux de se préparer à temps à leur nouvelle vie.

Chacun le lira avec intérêt et s'en fera le diffuseur bénévole dans son entourage, car...

IL N'EST JAMAIS TROP TOT POUR PENSER A PLUS TARD

La brochure, bien présentée, est en vente au prix de 10 Frs à verser au C.C.P. 600.00 «Le Grand Age» à Bruxelles 5.

* * *

LES SENIORS DANS LEURS MILIEUX DE VIE

L'A.S.B.L. «LE GRAND AGE» vient d'éditer une intéressante brochure, de 50 pages, consacrée au rapport de la journée d'Étude du Congrès, qui eut lieu en octobre 1967, en collaboration avec la Fondation Nationale pour la Vieillesse et la Société Belge de Gérontologie, sur le thème: «Les personnes âgées, des citoyens parmi les autres».

D'éminents spécialistes y traitent de cette question, et le rapport présente, alternativement en français et en néerlandais, les sujets suivants:

- *La Société, point de rencontre de tous les âges* (texte néerl. résumé fr.), par *M. Guido Van Damme*, Docteur en sciences sociales, qui montre les responsabilités de la société dans son inadaptation aux progrès de l'âge et attire l'attention des jeunes sur ce problème qui, en réalité, est aussi leur affaire.
- *Les personnes âgées et le milieu familial* (texte fr. résumé néerl.) par *M. R. Gillet*, Député, qui préconise de lutter contre la solitude des seniors par la création de relations nouvelles tant sur le plan familial que social et politique.

- *Les personnes âgées et le milieu professionnel et post-professionnel* (texte fr. résumé néerl.) par *M. Alfred Sauvy*, Professeur du Collège de France, qui présente une étude révolutionnaire sur les vrais problèmes d'emplois, tels qu'ils se posent à la société d'aujourd'hui lorsque des personnes âgées désirent exercer encore une activité professionnelle. Il fait des suggestions pour concilier les solutions favorables soit aux individus, soit à la société.
- *Les personnes âgées et leur milieu socio-économique* (texte néerl. rés. fr.) par *Mrs. Alma Williams*, Membre du «Research Institute for Consumers Affairs», qui constate que les informations n'atteignent guère les personnes âgées, mais que des seniors ont réussi, dans une expérience-pilote, à organiser leur propre système de renseignements comparatifs sur des produits et des magasins concurrents.

L'introduction est présentée par *M. Emile Courtoy*, et les *conclusions* par *M^elle Simone de Nave* et *M. C. Calmeyn*.

L'ouvrage, très documenté et agréablement présenté, est en vente au prix de 45 frs (à verser au C.C.P. 600.00 «Le Grand Age», Bruxelles 5.)

* * *

TRAVAIL ET PERSONNES AGÉES

Sous ce titre vient de paraître une excellente édition de 156 pages consacrée aux exposés des journées d'études organisées par l'A.S.B.L., «LE GRAND AGE» en 1964 et 1965, ainsi qu'un résumé d'une journée d'études de 1963 consacrée aux travailleurs âgés et organisée à l'initiative du Comité du Brabant pour la Promotion du Travail qui a également collaboré aux deux autres journées.

Une vingtaine de spécialistes y traitent de ces questions en Europe et en Belgique.

Ce rapport bilingue présente alternativement en français et en néerlandais les sujets suivants:

- *Problèmes des travailleurs âgés:*
  Rapport général par MM. N. Anselot et V. Verriest.
- *Occupations des personnes âgées:*
  Situation: en Belgique, par M. Lefebvre - aux Pays-Bas, par Madame Zelverder, Van Der Laan et M. Roeterink - en Suède, par Mme Grenander - dans d'autres pays d'Europe, par Madame Debats. Les résolutions sont faites par M. Remouchamps.
- *Travail et personnes âgées:*
- Méthodologie, par M. Van Damme.
- Aspects scientifiques: point de vue médical par le D^r Verdonck; psychologique, par M. Husquinet; sociologique, par M. Van Mechelen; économique, par M. Frank.
- Résultats d'une enquête en Grande Bretagne, par M. Welford.
- Aspects socio-professionnels: Débat présidé par M. Fourmoy avec la collaboration de MM. Brison, Deconinck, Dollard, Lefebvre, Van Geel, Verhellen.

La synthèse est faite par M^elle de Nave et M. Fauconnier.

Les deux thèmes sont introduits respectivement par MM. Nossent, Kestellin et Courtoy.

L'ouvrage, très documenté et agréablement présenté, est en vente au prix de 100 frs à verser au C.C.P. N° 600.00 «Le Grand Age», Bruxelles 5.

infundibilia salvia

aminomel LS - - salvia

Optimale parenterale Ernährung
durch L-Aminosäuren,
die natürlichen Bausteine
des menschlichen Eiweißes.

elomel salvia

Infusionslösungen

Bei Störungen des
Elektrolyt- und Wasserhaushalts.

salvia-werk
Gesellschaft zur Herstellung chemischer
und pharmazeutischer Erzeugnisse mbH
665 Homburg/Saar, Telefon 3332

CONGRÈS

Le 7e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française se tiendra à Mondorf-les-Bains (Grand-Duché de Luxembourg). Le congrès traitera des problèmes de physiologie, de psychologie, de sociologie et de sciences apparentées appliquées au monde industriel.

Il aura lieu à l'Établissement Thermal de Mondorf-État du 2 au 4 octobre 1969. Pour tous renseignements s'adresser au Président du comité d'organisation du Congrès, le

Dr. Raymond FOEHR
Service médical du Travail
ARBED-Dudelange
Dudelange (Gr.-D. de Luxembourg)

Collyres stériles
Sterile Augentropfen

Dispersa-Baeschlin

Dexaméthasone comp.

(21-phosphate de dexaméthasone c. chloramphénicol)

Le phosphate de dexaméthasone présente, comparé aux autres corticostéroïdes, le grand avantage de donner une solution aqueuse limpide. D'autre part, son action antiphlogistique est 5-14 fois plus forte que celle de la prednisolone. Grâce à une solution tampon soigneusement étudiée, la tolérance est remarquable et l'adjonction de méthocel en prolonge l'action.

INDICATIONS: Inflammations de l'uvée antérieure (iritis, iridocyclite), conjonctivites aiguës.

Dr. E. BAESCHLIN S.A., Wintherthur (Suisse)

Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg: PROPHAC, 125, rue Ad. Fischer, Luxembourg, Tél. 48 24 82

Dans toutes les infections de la bouche et du pharynx :

- angines
- amygdalites
- pharyngites
- phlegmons et abcès
- paradentolyses inflammatoires

la **ROVAMYCINE**

Spiramycine

Grâce à sa remarquable particularité d'être éliminée dans la salive à des taux élevés et durables, assure une antibiothérapie efficace et prolongée en milieu buccal.

DEUX PRÉSENTATIONS

- **comprimés** dosés à 250 mg - Flacons de 20 comprimés
- **suppositoires** dosés à 500 mg et 1 g - Boites de 5

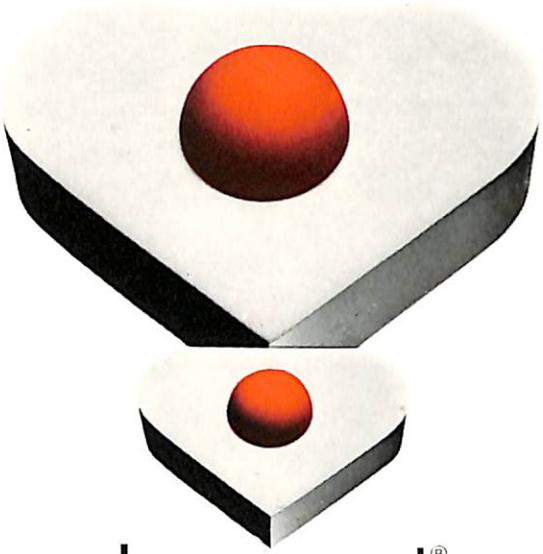
POSOLOGIE

ADULTES : 2 à 3 g par jour
ENFANTS : 50 à 75 mg par Kg de poids

Documentation détaillée et échantillons sur demande

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHÔNE-POULENC
Succursale de Bruxelles - 116-118, rue Stephenson, Bruxelles 2 - Tél. 41.01.25

differenziert



Lanacard®

das Digitalis-Glykosid für die intensive Therapie

Convacard®

das Convallaria-Glykosid für die «kleine Therapie»

bei latenten und leichten Insuffizienzformen und bei Herzen, die Digitalis schlecht vertragen (besonders beim Altersherz, beim chronischen Cor pulmonale und bei ausgeprägter Bradycardie)

Convacard:
rasch wirksam – leicht steuerbar – problemlos in der Anwendung

Herztherapie Madaus

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

pour
tous vos examens
de routine
le nouveau
photocolorimètre américain

für
Ihre sämtlichen
Routineuntersuchungen
das neue
amerikanische Foto-Kolorimeter

THE UNIMETER 250

14 dosages rapides disponibles
résultat par lecture directe
de la concentration
réactifs prêts à l'emploi
verrerie à usage unique

14 Schnellbestimmungen möglich
Konzentrationsergebnis
sofort ablesbar
vorbereitete Reagensmittel
nur einmalige Verwendung der Ampullen

documentation
et démonstration sans engagement

Informationsunterlagen
und Vorführung unverbindlich

ets. paul louis s.a.
23-41, r. de la constitution, brux. 3 02/18 49 07
succursale à liège: 15, rue lonhienne 04/23 48 64

Firma paul louis s.a.
23-41, r. de la constitution, Brüssel 3 02/18 49 07
Filiale Lüttich: 15, rue lonhienne 04/23 48 64