BULLETIN

de la

Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

N°1

1995 - Numéro spécial

BULLETIN

de la

Société des Sciences Médicales

du Grand-Duché de Luxembourg

Fondé en 1864

Nº 1

1995 - Numéro spécial

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

Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales:

Président:	Prof. H. Metz
Vice-président:	G. Theves
Secrétaire général:	M. Schroeder
Membres:	M. Bruck, N. Calteux, D. Hansen-Koenig, G. Kayser, R. Stein, R. Wennig; R. Blum, R. Kraus (cooptés).

Bulletin de la Société des Sciences Médicales:

Administration:	Dr M. Schroeder, secrétaire général, 72, rue de Schoenfels, L-8151 Bridel, Tél. 33 96 08 – Fax (352) 33 96 08
Publicité:	M. M. Bruck, 4, rue Barblé L-1210 Luxembourg, Tél. 44 11 - 20 24
Rédaction:	Prof. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef Centre Hospitalier de Luxembourg 4, rue Barblé, Luxembourg Dr D. Hansen-Koenig, rédacteur adjoint Ministère de la Santé, 57, bd de la Pétrusse, Luxembourg

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre:

a) Le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms. b) le titre du travail, c) le nom du journal, d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre: a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succincts et, si possible, suivis d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

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.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in French. German and English. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed doublespaced, to the editor. The references, in alphabetical order. should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors. title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succinct, are reviewed by the editor and a member of the editorial board

Copyright 1995 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Impression: Imprimerie Saint-Paul S.A.

Sommaire

– Préface	Henri Metz	5
– Editorial	Mario Dicato	11
– Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, 1864		13
COMMENTAIRES		
– Prologue par le Dr J.-B. A. Bivort Réflexions et commentaires	Raymond Schaus	117
– Médecine interne: Mémoires présentés par le Dr Niederkorn, de Luxembourg:		
– 1. Douleur vive provoquée par l'éruption de la dent de sagesse et simulant une névralgie, guérie par une incision gingivale cruciale	Georges Kayser	119
– 2. Hydatides logées dans les reins et expulsés avec l'urine		
– 3. Flores Brayerae anthelminticae contre le Taenia solium		
– Mémoire présenté par le Dr Schmit: La racine fougère mâle considérée comme taenifuge	Marc Bruck	121
– Chirurgie: Mémoire présenté par le Dr J.-B. A. Bivort de Hollerich: Plaie de l'artère radiale – inflammation et anévrysme traumatique consécutif. . . – ligature de l'artère radiale au lieu d'élection – guérison	Georges Theves	127
– Mémoires présenté par le Dr Schmit, d'Ettelbruck: 3. Lésisons graves et nombreuses – Guérison remarquable	Marc Bruck	129
– Ophtalmologie: I. Drei am grauen Stare Erblindete, mit Erfolg operiert, von Dr. G. Fonck, aus Luxemburg		
II. Totalstaphylom des linken Auges. Operation – Heilung	Marc Bruck Georges Theves	133
– Accouchements: Note sur un mode de tamponnement pour arrêter les hémorragies dans les cavités par le Dr Bivort de Hollerich	Romain Stein	137
– Médecine Vétérinaire: Mémoires présentés par M. E. Fischer, vétérinaire à Luxembourg	Georges Theves	141
– Pharmacie: Mémoire présenté par le pharmacien Fr. Rothermel, «Über Bieranalysen»		
L'analyse de la bière – hier et aujourd'hui	Robert Wennig	153
– La culture scientifique médicale	Marc Bruck Georges Theves	159
– Index Nominum	Georges Theves	161
– Zeittafel	Georges Theves	165

Réédition du premier Bulletin de la Société des Sciences Médicales

Préface

Henri METZ
Président de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

J'ai tiré un grand coup de chapeau à l'honoré et honorable confrère **J.-B.-A. Bivort,** dont le prologue d'il y a un peu plus de 130 ans m'a fort impressionné puisqu'il n'a rien perdu de son actualité. C'est lui aussi qui a été à l'origine des séances de présentation que notre société a reprises il y a 3 ans et où on voit que nos aïeux luxembourgeois présentaient des cas tout à fait remarquables et qu'en plus ils se donnaient la peine de faire des rapports critiques sur plusieurs mémoires présentés. Ainsi Bivort commence son discours du 17 septembre 1864 par une phrase qui aujourd'hui pourrait être considérée comme une lapalissade, mais qui, placée dans son contexte, apparaît remarquablement bien formulée, je cite: *«Les Associations sont un des besoins de notre vie sociale actuelle. Dans l'ordre moral, dans l'ordre matériel comme dans l'ordre intellectuel, nous voyons de toutes parts les hommes se réunir pour échapper à l'isolement qui est une conséquence de la liberté individuelle. L'homme privé prend l'initiative de ces associations qui autrefois ne se produisaient que sous la tutelle des Gouvernements . . . La pensée de réunir en un seul faisceau les éléments scientifiques épars dans notre chère patrie, de mettre l'homme occupé de sa clientèle à même de profiter de l'expérience et de la science de ses confrères, de réunir des collections destinées à entretenir le feu sacré de la science parmi la génération actuelle et à éveiller dans les générations futures l'estime de leurs devanciers . . .»* et il termine: *«. . . que dorénavant ses séances générales nous présentent réunies toutes ces personnes que la communauté d'études et d'intérêts ont amenées à s'estimer mutuellement, et dont ces réunions seront toujours éminemment propres à cimenter l'amitié.»*

Dans ce premier Bulletin le même Dr Bivort présente sous la section "chirurgie" le rapport d'une plaie de l'artère radiale avec inflammation et anévrisme traumatique consécutif entraînant toute une ribambelle d'essais thérapeutiques, qui nous montre combien a évolué la chirurgie à la fin de notre siècle. Avec une subtile pointe d'ironie le confrère Bivort raconte comment un jeune homme d'une vingtaine d'années venait le trouver le 14 mars 1863 lorsqu'il s'était blessé au poignet dans un carreau de vitre. Il note qu'un «empirique» avait été appelé et s'était rendu maître de l'hémorragie au moyen d'une application de crottin de cheval dans la plaie!!!

Cette histoire tragique au départ a fini par s'arranger parce que Bivort a fait une ligature de l'artère radiale au lieu d'élection. Il mérite plus que quiconque parmi nous, le titre de docteur en médecine, chirurgie et accouchements par sa note intéressante sur un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorragies utérines dans les cavités.

Toujours dans le même Bulletin, le neurologue que je suis, a été fasciné par le rapport du Dr Niederkorn de Luxembourg sur une douleur vive provoquée par éruption de la dent de

sagesse et simulant une névralgie, guérie par une incision gingivale cruciale. Dans son rapport sur ce mémoire de Niederkorn, le collègue Bivort, dans un style imprimé de rigueur scientifique, tout en gardant une politesse exquise à l'égard de son collègue, demande la permission de critiquer le titre de l'observation. En effet, dit-il, *«on est convenu d'appeler névralgie, une douleur siégeant sur le trajet d'un nerf sans qu'il soit possible de lui assigner une cause matérielle. Or, ici la cause matérielle était bien évidente et le malade, selon moi, n'était pas atteint d'une véritable névralgie, mais de douleurs simulant peut-être une névralgie: je dis peut-être parce qu'on n'a pas mentionné dans l'observation si, réellement, il existait quelques points douloureux caractéristiques à l'émergence des filets sous-cutanés du nerf trifacial, et si la douleur présentait le caractère d'une douleur névralgique, à savoir, la combinaison de deux sortes de douleurs: l'une fixe, contusive, l'autre vive et lancinante»*.

Je constate avec plaisir combien précis était déjà dans ces temps le language neurologique, qui, ensemble avec la communication à la page 22, aurait certainement éveillé l'intérêt de Charcot arrivé deux ans plus tôt à la Salpêtrière, accompagné de son ami Vulpian et qui par la suite devenait le maître tout-puissant de cette Mecque de la neurologie francophone.

J'ai aussi été ému en tant que neuropédiatre, qui se flatte d'avoir introduit la neurologie pédiatrique au Grand-Duché, de constater qu'à la page 46 le Dr de Wacquant de Foetz s'intéressait déjà aux enfants handicapés, comme le montre sa communication sur la description d'un appareil fort simple destiné à maintenir la réduction du pied bot chez les enfants en bas âge. En annexe il fait d'ailleurs un dessin fort précis d'équipement orthopédique simple mais efficace.

Chers amis de la section médicale de l'Institut Grand-Ducal, j'espère que par ces quelques exemples vous aurez appris avec moi une leçon de courage, d'esprit scientifique, mais aussi d'humilité et de charité, bref de tout ce que nous appelons la vocation pour l'art de guérir.

Je vous invite tous à revenir aux sources pour faire nôtres les grands principes qu'a tracés l'admirable Dr Bivort dans son prologue du premier Bulletin de la Société des Sciences Médicales.

PS: En apprenant la réédition de notre premier Bulletin, mon ami neurologue, le professeur K. Karbowski de l'Inselspital de Bern, m'a envoyé un tiré à part d'un extrait des Comptes rendus du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes (Luxembourg, 21-27 juillet 1952), à savoir l'**Allocution prononcée par le Professeur M. Minkowski,** dont vous trouverez ci-jointe la version intégrale.

Extrait des Comptes rendus
du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes
(Luxembourg, 21-27 juillet 1952)

Allocution prononcée par M. le Professeur M. MINKOWSKI (de Zürich)

(au nom de la délégation suisse)

MADAME,
MONSEIGNEUR,
EXCELLENCE,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Au nom des Sociétés suisses de Psychiatrie et de Neurologie, de la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Zurich, de la Clinique Psychiatrique Burghölzli, de la Clinique et Policlinique Neurologiques et de l'Institut d'Anatomie Cérébrale de l'Université de Zurich, j'ai l'honneur et le plaisir de saluer le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, qui tient sa cinquantième session ici, à Luxembourg, et de lui transmettre, de la part des confrères suisses, les hommages les plus cordiaux et les meilleurs vœux de succès. Cette fois-ci, je salue en particulier nos confrères et amis luxembourgeois, qui ont bien voulu nous inviter chez eux, en nous donnant ainsi une occasion bien précieuse d'établir un contact aussi intime que possible avec eux, et qui nous reçoivent avec leur hospitalité et leur cordialité bien connues. Ils nous réservent un programme non seulement médical et scientifique, mais aussi touristique et folklorique extrêmement varié et plein de promesses ; ils vont nous conduire à travers leur patrie avec sa population laborieuse, son agriculture paisible, sa puissante industrie, ses châteaux romanesques, ses monts et ses vallées. Aussi, nous sommes heureux de nous trouver dans ce vieux et noble pays de Luxembourg, dont la Souveraine, avec Monseigneur le Prince de Luxembourg, avec des membres du Gouvernement, du Corps diplomatique et des plus hautes Autorités du Pays, honore

cette séance de sa présence, en donnant ainsi une preuve éloquente de l'importance qu'elle attribue à nos travaux et de son attachement à la cause scientifique et humanitaire entre toutes à laquelle nous nous vouons. Nous connaissons tous les épreuves extrêmement dures que ce Pays et ce peuple ont subies encore tout récemment et qu'ils ont surmontées avec une fermeté et un courage, avec un cœur vaillant et un amour inébranlable de la liberté et de l'indépendance, dignes de la plus haute admiration !

En ma qualité de représentant de la Suisse, je tiens à dire à nos amis luxembourgeois qu'ils sont et seront toujours les bienvenus, comme étudiants et comme gradués, dans ses Universités, ses écoles techniques, ses laboratoires et ses cliniques. Petit pays elle-même, la Suisse a une sympathie profonde pour le Luxembourg, elle se sent attirée vers lui et son peuple par des liens traditionnels d'amitié et de compréhension mutuelle, par une tendance commune à maintenir l'ordre dans la liberté et à réaliser dans la mesure du possible l'équité et le progrès social par des sacrifices librement consentis, par un effort continu et une évolution successive. Ce qu'il y a aussi de commun entre les deux pays, c'est la diversité au point de vue du langage, la tendance à la polyglossie, qui a une répercussion profonde dans le psychisme général et le préserve peut-être, du moins relativement, d'un certain danger que nous ne connaissons tous que trop bien, celui d'une hypertrophie de la parole aux dépens de la pensée et du jugement.

Mais je ne saurais terminer sans dire encore que c'est notre attachement commun et profond pour la langue française et le génie français qui est un des éléments les plus féconds, les plus précieux et les plus chers, sinon le plus précieux et le plus cher de ce Congrès.

Nous savons tous également combien le Luxembourg est attaché à cette langue et cette civilisation françaises et quel rôle elles jouent dans sa vie politique, sociale et scientifique. Et alors ce jubilé, cette cinquantième session de notre Congrès qui se tient à Luxembourg, ce n'est pas un hasard, c'est un symbole : symbole démocratique dans le meilleur sens du mot, qui veut dire que c'est au plus petit de tous les pays qui participent à ce Congrès mais qui est un pays d'élite, qu'incombe la tâche et je me permets de dire l'honneur, de le recevoir à ses séances les plus solennelles. Aussi qu'il me soit permis

d'exprimer un vœu : celui que le centenaire du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, auquel la plupart de ses membres actuels et certainement ceux aux cheveux blancs comme celui qui vous parle en ce moment ne pourront plus assister, mais auquel prendront certainement part d'autres plus jeunes qui viendront après nous et qui porteront alors le flambeau inextinguible de notre science et de notre idéal, soit célébré également au Luxembourg. Je ne sais pas si ce centenaire aura lieu en 2002, mais j'espère en tout cas qu'il n'en sera tout au moins pas éloigné et qu'il pourra être fêté en une période de prospérité générale, au Luxembourg, en reconnaissance des grandes qualités de ce Pays !

Editorial

Mario DICATO
Rédacteur en chef du Bulletin
de la Société des Sciences Médicales

Voilà 130 ans qu'a paru le premier exemplaire du Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg. A titre de comparaison, certains parmi les très grands des périodiques médicaux actuels sont antérieurs, tels que le New England Journal of Medicine de Boston (1812), le Lancet de Londres (1823), le Scientific American (1845) et d'une année seulement, le prestigieux PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences) des Etats-Unis. Postérieurs au Bulletin, on trouve le JAMA (Journal of the American Medical Association - 1885), la Presse Médicale (1893) et plus tard encore, le British Medical Journal et les Annals of Internal Medicine. La grande majorité des périodiques actuels à grand tirage sont postérieurs à 1900. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale, que le Bulletin a vraiment un rédacteur fixe, à savoir, consécutivement, R. KOLTZ, C. STREFF, R. SCHAUS, J.-CL. SCHAACK et actuellement M. DICATO.

Pour fêter cet anniversaire et à l'occasion de l'année culturelle, «LUXEMBOURG, VILLE EUROPÉENNE DE LA CULTURE», la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg a décidé de rééditer en facsimilé le premier «Bulletin».

En plus du texte d'origine que le lecteur va parcourir avec étonnement et plaisir, nous avons joint des commentaires d'accompagnement et d'actualité sur bon nombre des articles d'époque.

J'aimerais ici remercier les auteurs de ces commentaires: Raymond Schaus, président honoraire, et Henri Metz, président, ainsi que les membres du bureau de la Société des Sciences Médicales, Georges Kayser, Marc Bruck, Romain Stein, Georges Theves et Robert Wennig.

Une question qui m'est souvent posée, est la suivante: à quoi sert un Bulletin scientifique médical régional?

De nos jours les délais entre la découverte médicale et sa mise en application sont tellement rapprochés que ce but ne pourra pas être atteint de façon satisfaisante par un Bulletin de parution bisannuelle. En un temps où les moyens de communication sont aussi rapides et efficaces, son but ne sera certainement pas uniquement de disséminer l'information médicale, mais plutôt de donner un goût «du terroir».

En relisant le premier Bulletin on est étonné de voir le peu de moyens diagnostiques et thérapeutiques à disposition du praticien de l'époque – mais d'autre part il faut rester méfiant vis-à-vis de l'excès de technicité de la médecine actuelle. Surtout l'étudiant en médecine est à la merci d'une exagération de moyens techniques d'imagerie et de laboratoire, en négligeant de plus en plus les possibilités fondamentales de l'anamnèse et de l'examen

clinique bien fait. Le lecteur averti connaît bien le cas caricatural dont j'ai eu l'occasion de vivre un exemple classique récemment: Un patient se présente auprès de son médecin avec une douleur abdominale depuis quelques heures. Une échographie abdominale est non concluante pour les symptômes, mais montre de multiples foyers intra-hépatiques. Le clinicien connaissant les faux positifs et négatifs de la méthode fait faire un bon bilan de laboratoire, une tomodensitométrie et par la suite une résonance magnétique. Le diagnostic retenu, alors qu'il n'y a plus de symptômes, est celui d'angiomes hépatiques banaux. Une anamnèse rapide aurait révélé avant tout examen que la choucroute bien arrosée, que le patient avait mangée tard la veille, aurait pu tout expliquer, ce que le patient supposait lui-aussi, mais dont il n'avait pu placer un mot!

Nos ancêtres du premier Bulletin de 1864 seraient certainement très étonnés de nous voir à l'oeuvre; mais probablement pas plus que nous-mêmes, une fois à l'âge de la retraite, en revoyant nos débuts de carrière professionelle.

Depuis une quinzaine d'années nous sommes très fiers du fait que notre Bulletin est repris dans les services d'indexation internationaux. Ceci n'est possible qu'en essayant de garder un minimum de niveau. Il est souvent frustrant pour le praticien surchargé de travail de se voir refuser un article auquel il a passé plusieurs fins de semaines avec des moyens bibliographiques souvent peu adaptés. C'est là une problématique difficile alors que le but du Bulletin n'est pas d'être un journal professionnel voulant concourir avec le fameux «publish or perish», où les taux de citation d'articles sont des méthodes bibliothécaires efficaces et sans pitié servant à évaluer le niveau d'information d'un périodique pour la collectivité scientifique internationale. La difficulté du rédacteur sera toujours d'évaluer l'opportunité de publier un article soumis, sans rigueur mal à propos, mais en essayant de garder une certaine justesse par rapport à notre environnement culturel, scientifique et professionnel. Bien que le comité de lecture donne une appréciation scientifique et professionnelle de l'article soumis, le rédacteur devra toujours, en considérant nos dimensions géographiques, faire prévaloir son impression personnelle en essayant de rester équitable et en essayant d'éviter tout préjugé possible, lui aussi lié à la dimension géographique.

Je suis le rédacteur en chef depuis dix-huit ans sonnés, et c'est avec une certaine révérence que j'ai rédigé ces quelques lignes en espérant pouvoir continuer cette tâche avec pondération et justesse.

Je voudrais terminer en citant Raymond Schaus dans un article extensif et fouillé qu'il a écrit pour les 125 ans du Bulletin: « Le Bulletin est fait par des praticiens pour des praticiens. Les conditions d'acceptation des manuscrits, de sévérité fluctuante, ne sont jamais draconiennes. Le contraire serait aussi malséant que peu réaliste.»

Bulletin

DE LA

SOCIÉTÉ

DES

SCIENCES MÉDICALES

DU

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

1864.

Luxembourg. – Typ. J.-P. Muller.

PROLOGUE.

Les Associations sont un des besoins de notre vie sociale actuelle. Dans l'ordre moral, dans l'ordre matériel comme dans l'ordre intellectuel, nous voyons de toutes parts les hommes se réunir pour échapper à l'isolément qui est une conséquence de la liberté individuelle. L'homme privé prend l'initiative de ces associations qui autrefois ne se produisaient que sous la tutelle des Gouvernements.

En France, la majorité des départements possèdent aujourd'hui des Sociétés locales des membres du corps médical, menant de front la science et le soin des intérêts professionnels, et une association générale étend son réseau sur tout ce magnifique pays.

Le Luxembourg ne devait pas rester étranger à ce mouvement des esprits. Depuis longtemps son corps médical, nourri d'une instruction solide, enviait les luttes scientifiques, la noble émulation qui sert d'aiguillon à l'intelligence dans les pays qui nous avoisinent. L'homme de l'art, borné à ses propres recherches, n'ayant personne pour lui communiquer ses méditations, personne pour lui demander des conseils dans les cas difficiles, personne pour lui donner un appui dans les luttes de la vie, devait s'étioler dans son isolément comme une plante privée de lumière. Des hommes éminents dont chacun admirait la profonde érudition, sont descendus dans la tombe, sans léguer à leurs successeurs le fruit de leurs veilles laborieuses et d'une vaste expérience péniblement amassée.

La pensée de réunir en un seul faisceau les éléments scientifiques épars dans notre chère patrie, de mettre l'homme occupé de sa clientèle à même de profiter de l'expérience et de la science de ses confrères, de réunir des collections destinées à entretenir le feu sacré de la science parmi la génération actuelle et à éveiller dans les générations futures l'estime de leurs devanciers, de rehausser la dignité du praticien isolé par l'appui de toute une société, cette pensée dis-je, germait depuis longtemps au sein de notre corps médical, lorsque quelques membres du collége médical, autorisés par leur âge et leur position officielle, prirent les devants et convoquèrent d'abord une assemblée préparatoire où furent débattus les statuts de la société naissante.

Le 22 septembre 1861 eut lieu la première assemblée générale où les statuts furent définitivement adoptés. L'immense majorité des membres du corps médical prit part à cette première assemblée ou envoya son adhésion, et tout présage à la jeune Société un brillant avenir. Une ère nouvelle et heureuse s'ouvre aux yeux de tous ceux qui aiment la science et voient la dignité et l'honneur de notre profession dans l'égalité des droits et dans une libre et noble confraternité.

Grâce au zèle de plusieurs membres de la Société, dont les uns ont signé leurs mémoires de noms déjà connus dans la science et dont les autres lui ont offert leurs prémisses, la Société surmontant les difficultés inhérentes à toute institution nouvelle, est à même aujourd'hui d'offrir au public un premier spécimen de ses travaux.

Ainsi qu'il a été décidé en assemblée générale du 8 septembre 1864, cette première publication sera divisée en quatre parties:

La première partie reproduit les statuts, le réglement de la Société et la liste des membres fondateurs,

La seconde partie comprend les mémoires qui ont été présentés à la Société et lus en séance publique,

La troisième partie comprend le compte-rendu des séances, les rapports sur les mémoires présentés et la discussion qui les a suivis.

Il est à souhaiter que cette première publication éveille dans l'esprit de tous ces hommes intelligents qui font partie de la Société et qui jusqu'ici se sont tenus trop à l'écart, le désir de lui offrir également les fruits de leur expérience, et que dorénavant ses séances générales nous présentent réunies toutes ces personnes que la communauté d'études et d'intérêts ont amenées à s'estimer mutuellement, et dont ces réunions seront toujours éminemment propres à cimenter l'amitié.

Luxembourg, le 17 septembre 1864.

Dr **J.-B.-A. BIVORT.**

STATUTS ORGANIQUES

de la

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG.

Art. 1er.

Il est institué pour le Grand-Duché de Luxembourg une Société médicale.

Elle porte pour titre: « *Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.* »

Le siége de l'Association est à Luxembourg.

Art. 2.

L'Association a pour objet:

de s'occuper de toutes les études et recherches qui peuvent contribuer aux progrès des différentes branches de l'art de guérir.

Art. 3.

La Société est divisée en trois sections, ayant spécialement les attributions suivantes:

La 1re la médecine, la chirurgie et les accouchements.

La 2e la pharmacie.

La 3e la médecine vétérinaire.

Art. 4.

L'Association se compose:

1° De membres effectifs.

2° De membres correspondants.

Art. 5.

Ne peuvent être membres effectifs que des Luxembourgeois de naissance ou naturalisés, ou des étrangers qui résident dans le pays depuis dix ans au moins, et qui ont été autorisés à exercer une branche quelconque de l'art de guérir.

Art. 6.

Les membres effectifs et correspondants prennent part aux discussions de l'Association.

Les membres effectifs ont seuls le droit de voter.

Art. 7.

Tous les hommes de l'art qui voudront dorénavant faire partie de la Société comme membres effectifs, devront présenter une demande par écrit au bureau.

Les membres correspondants peuvent être élus sur la présentation d'un membre effectif.

Ils sont élus d'après le mode prévu par l'art. 9.

Art. 8.

Le droit d'élection n'appartient qu'aux membres effectifs.

Art. 9.

Toute élection est faite au scrutin secret, en assemblée générale, à la majorité des voix des membres effectifs présents.

Art. 10.

Le bureau de l'Association se compose d'un président, de trois membres et d'un secrétaire.

Le bureau désigne ceux de ses membres qui remplissent les fonctions de trésorier et de bibliothécaire.

Le président, le secrétaire et les trois membres du bureau sont élus directement par l'Association parmi ses membres effectifs d'après le mode prescrit par l'art. 9.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans.

Art. 11.

L'Association ne statue qu'en assemblée générale.

Le travail des sections n'est que préparatoire.

Art. 12.

Le président a la police de l'Assemblée.

En cas de partage des voix, soit en assemblée, soit dans les réunions du bureau, l'opinion du président est prépondérante.

Art. 13.

Le bureau est chargé de la gestion administrative et financière de l'Association.

Art. 14.

Il n'y aura qu'une assemblée générale : au mois de septembre.

Il y aura en outre des assemblées ordinaires aussi souvent que le bureau jugera nécessaire de convoquer les membres de la Société.

Art. 15.

La Société fera une publication de ses travaux s'il y a lieu; elle pourra instituer un concours sur différentes questions scientifiques à établir en assemblée générale.

Art. 16.

Tous les membres qui ont adhéré jusqu'à ce moment à l'Association, sont de droit membres effectifs.

La liste définitive des membres effectifs ne sera close que dans l'assemblée générale prochaine.

Art. 17.

L'Association arrête son règlement d'ordre intérieur.

Art. 18.

Les dispositions qui précèdent, formant des statuts organiques, ne peuvent être changées que du consentement de l'Association, donné à la majorité requise pour les élections; seulement les changements à proposer doivent être communiqués aux sociétaires un mois d'avance.

Ainsi arrêté en assemblée ordinaire du 20 juillet 1862.

Le Président, Dr **ASCHMAN**,

Le Secrétaire, Dr **FONCK**.

RÈGLEMENT

de la Société des Sciences médicales.

TITRE I.

Art. 1er.

Les séances de la Société auront lieu sur convocations écrites au moins huit jours d'avance.

Art. 2.

L'assemblée générale est fixée au mois de Septembre.

Il y aura des séances ordinaires aussi souvent que le bureau le jugera nécessaire; la date, l'heure et l'ordre du jour sont indiqués par le bureau.

Art. 3.

Toutes les observations relatives à l'administration sont adressées par écrit au président, qui en réfère au bureau. Il en est fait rapport à la Société dans la séance suivante.

Art. 4.

Aucune personne étrangère à la Société, ne peut assister aux séances que sur l'autorisation écrite du bureau.

TITRE II.

Art. 5.

Le bureau représente la Société hors le temps de ses séances; exécute les décisions, les dépenses et rassemble, rédige et fait publier, dans la forme convenable, les divers travaux de la Compagnie.

Il se réunit aussi souvent que les circonstances l'exigent.

Art. 6.

Les nominations des membres sont signées par le bureau.

Art. 7.

Le président dirige les délibérations et fait observer le règlement; en cas d'absence il est remplacé par l'aîné des membres présents du bureau.

Art. 8.

Le trésorier rédige le procès-verbal de chaque séance; il en fait lecture, inscrit pour la parole les membres suivant l'ordre de leur demande, tient note des résolutions et des votes et fait l'appel nominal.

Art. 9.

Le trésorier est chargé de l'encaissement des fonds et des payements ordonnancés par le bureau. — Il rend compte de sa gestion financière en assemblée générale et toutes les fois que le bureau le demande.

Art. 10.

La correspondance et tous les autres actes de la Société sont signés par le président et le secrétaire.

TITRE III. — *Travaux.*

Art. 11.

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire le jour même de leur réception.

Art. 12.

Les travaux ordinaires de la Société ont lieu dans l'ordre suivant :

a. Lecture et approbation du procès-verbal de la séance précédente.

b. Analyse sommaire des lettres et des autres pièces adressées à la Compagnie depuis sa dernière séance.

c. Correspondance avec le Gouvernement et avec les autorités constituées.

d. Correspondance avec les hommes de l'art faisant ou non partie de la Société.

e. Élections.

f. Rapports des sections et des commissions sur les travaux qui ont été envoyés à leur examen.

g. Lecture des observations, mémoires et ouvrages présentés par les membres de l'Association.

h. Discussions.

i. Exposition et démonstration des objets matériels.

Néanmoins si des motifs graves l'exigent, le bureau peut intervertir cet ordre.

Art. 13.

Les lectures faites par les membres ont lieu dans l'ordre de leur inscription.

Art. 14.

L'Association fera une publication de ses travaux s'il y a lieu; elle portera le titre de « *Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.* »

Art. 15.

Un registre inventorial est destiné à l'enregistrement de tous les objets adressés à la Compagnie.

TITRE IV.

Art. 16.

Le président fait l'ouverture et annonce la clôture des séances.

Art. 17.

Le membre effectif qui est empêché d'assister à une réunion, en avertit par écrit le président de la Société.

Art. 18.

La parole est accordée par le président et suivant l'ordre des demandes ou inscriptions.

Art. 19.

Nul ne peut être interrompu quand il parle. — Le président seul interrompt le membre qui enfreint quelque disposition au règlement, qui s'écarte de la question.

Art. 20.

Les réclamations d'ordre du jour, de priorité et de rappel au règlement suspendent toujours la discussion sur la question principale.

Art. 21.

Si cinq membres demandent la clôture d'une discussion, le

président la met aux voix; il est permis de prendre la parole pour ou contre la demande de clôture.

Art. 22.

Chaque membre peut exiger que son vote soit inséré au procès-verbal, mais sans en exprimer le motif.

Art. 23.

Tout membre qui veut faire une proposition la remet au président, écrite et signée. Le président en fait donner lecture par le secrétaire. Si l'assemblée prend la proposition en considération, le président consulte la Société pour savoir si elle veut ouvrir immédiatement la discussion ou la renvoyer à une ou plusieurs sections.

Art. 24.

Toute proposition que l'assemblée n'a pas prise en considération, ou qu'elle a rejetée après discussion, ne peut être représentée endéans les six mois.

TITRE V. — *Recettes et dépenses.*

Art. 25.

Les revenus de la Société se composent :
1° De la cotisation des membres effectifs;
2° Des subsides éventuels du Gouvernement;
3° Des donations qui peuvent être faites.

Art. 26.

La cotisation se compose :
a. Du droit d'admission qui est de 10 francs;
b. D'une rétribution annuelle de 12 francs pour les membres effectifs.

Art. 27.

La cotisation d'admission se paye immédiatement après l'admission, et la cotisation annuelle est payée d'avance et en une fois lors de l'assemblée générale.

Tous les envois d'argent doivent être adressés franco au secrétaire.

Art. 28.

Celui qui néglige de payer la cotisation pendant deux années consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Art. 29.

La Société réunie en assemblée générale règle l'emploi de ses fonds.

Art. 30.

Les dépenses de peu d'importance peuvent être faites par le bureau, sauf à en rendre compte à la Société.

TITRE VI. — *Collections.*

Art. 31.

La Société accepte tous les objets qui peuvent intéresser les sciences médicales.

Art. 32.

En cas de dissolution, les collections de livres, mémoires etc. de la Société sont déposés provisoirement au collége médical, et inventoriés, pour pouvoir être remis à une nouvelle Société médicale, qui se reformerait ultérieurement.

Le présent règlement peut subir des changements à la fin de chaque année, sur la demande de cinq membres.

Ainsi arrêté en assemblée générale du 4 septembre 1862.

Le Président, Dr ASCHMAN.

Le Secrétaire, Dr FONCK.

LISTE

des 55 membres de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Noms.	Qualités.	Demeure.
ASCHMAN, J.-F.-E.	médecin,	Luxembourg.
BALDAUF,	»	Remich.
BECKER, P.	»	Echternach.
BERTEMES,	»	Clervaux.
BIVORT,	»	Hollerich.
BIVORT,	vétérinaire,	Esch-sur-Alzette.
BOURGGRAFF, M.	médecin,	Luxembourg.
BUFFET, Ch.	»	Ettelbruck.
DARGENT, F.-J.	pharmacien,	Eich.
DIETZ, J.-B.	médecin,	Echternach.
DILLENBOURG,	»	Sæul.
ELBERLING, C.-G.	»	Luxembourg.
FABER, Ch.	vétérinaire,	Echternach.
FELTGEN, J.	médecin,	Mersch.
FISCHER, junior,	pharmacien,	Luxembourg.
FISCHER, E.	vétérinaire,	Cessingen.
FONCK, G.	médecin,	Luxembourg.
HAGEN, L.	vétérinaire,	Echternach.
HELDENSTEIN, père,	pharmacien,	Luxembourg.
HELDENSTEIN, Franç,	»	»
HERMES,	médecin.	Larochette.
JOACHIM, A.	pharmacien,	Grevenmacher.
KIEFFER, P.	chirurgien,	Remich.
KLENSCH, P.	vétérinaire,	Gasperich.
KNAFF, J.-B.	médecin,	Grevenmacher.
KNEPPER, E.	vétérinaire,	Mersch.
KROMBACH, père,	pharmacien,	Ettelbruck.
KROMBACH, Henri,	»	»
KROMBACH, Nicolas,	vétérinaire,	»

Noms.	Qualités.	Demeure.
KROMBACH, Charles,	pharmacien,	Larochette.
LÉONARD, A.-J.	médecin,	Hosingen.
LOUTSCH,	pharmacien,	Wiltz.
MAYRISCH, J.-M.	médecin,	Echternach.
MAYRISCH, Ed.	»	Eich.
MAYRISCH, M.	»	Grevenmacher.
MORIS, J.-J.-M.	»	Ettelbruck.
NELLES, B.-A.	pharmacien,	Diekirch.
NIEDERCORN,	médecin,	Luxembourg.
PINTH, Ch.-J.	»	Bascharage.
RAACH, J.-P.	chirurgien,	Echternach.
REINHARDT, J.-B.	médecin,	
RICHARD, J.-B.-M.	pharmacien,	Luxembourg.
RISTELHÜBER,	»	Hosingen.
SCHEIDT, P.	chirurgien,	Redange.
SCHMIT, P.	médecin,	Ettelbruck.
SCHMIT, N.-D.	»	Mondorff.
SCHOLTES,	»	Diekirch.
SEYLER, J.-G.	»	Wiltz.
STEIS, père,	chirurgien,	Grosbous.
TRAVERS,	pharmacien,	Wiltz.
VELTER, G.	médecin,	Remich.
De WACQUANT, F.	»	Fœtz.
WECKBECKER, M.N.J.G.	pharmacien,	Luxembourg.
WEHENKEL, fils,	»	Mersch.
WIRTGEN, P.	vétérinaire,	Luxembourg.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

MÉDECINE INTERNE.

Mémoires présentés par M. le Dr NIEDERKORN, de Luxembourg.

1° Douleur vive provoquée par l'éruption de la dent de sagesse et simulant une névralgie, guérie par une incision gingivale cruciale.

M. H... de Luxembourg souffre depuis cinq jours des douleurs atroces, qui ne lui laissent une minute de repos ni pendant le jour ni pendant la nuit. Le malade avait employé successivement différents révulsifs, sans résultat. Je suis appelé le cinquième jour; le malade accuse des douleurs fortes sous orbitaires, dans la rangée dentaire de l'os maxillaire supérieur gauche et en même temps il me déclare qu'il croit qu'il lui pousse une dent. A l'inspection, je me persuade effectivement que la dent de sagesse du maxillaire supérieur gauche pousse et que la gencive y est très-tendue; je propose immédiatement de faire une incision dans la gencive tendue; le malade, un peu timide, voudrait encore essayer d'autres remèdes, et en cas d'insuccès, il est disposé à la petite opération. Je prescris un liniment au chloroforme et à l'huile de Jusquiame à frictionner loco dolenti. — Sans succès. Je pratique l'incision cruciale, et immédiatement après les lèvres de l'incision se dilatent et toute douleur a disparu pour ne plus reparaître.

A cette occasion, je me permets de faire remarquer l'heureux résultat obtenu de l'emploi du sulfate de quinine dans les névralgies intermittentes, qui se présentent si fréquemment dans le domaine du nerf trifacial; l'usage d'une douzaine de paquets à 2 grains de sulfate de quinine, pris de 2 heures en 2 heures, a le plus souvent suffi pour faire disparaître cette affection si douloureuse.

2° Hydatides logées dans les reins et expulsées avec l'urine.

Le nommé M. N. de S., se présente chez moi en mars 1858, se plaignant de douleurs très-fortes dans la région lombaire, qui se présentent avec une certaine périodicité — tous les huit ou tous les quinze jours. Il me déclare que chaque fois, après un de ces accès, il expulse avec son urine, quelquefois avec beaucoup de difficulté, et en grand nombre des vésicules blanches; que pour la même affection, il a consulté plusieurs médecins de Paris et qu'il a été soumis à un traitement pendant plusieurs semaines dans un des hôpitaux de Paris. Je l'engage à recueillir ces vésicules, le cas échéant, et de me les apporter, ce qui fut fait quelques jours après; le malade m'apporte avec l'urine, un grand nombre de ces vésicules de toutes les dimensions, depuis la grosseur d'un petit pois jusqu'à celle d'une aveline; les unes intactes, les autres crévées. J'ai donc pu constater la vérité de ce que le malade m'avait annoncé et l'examen au microscope m'a fait voir en grand nombre les *(Haken)*, crochets caractéristiques des hydatides; les crochets avaient tous la forme ci-jointe .

Le traitement institué était expectatif, je me suis contenté de combattre les douleurs par les opiacés à l'intérieur et des frictions calmantes dans la région lombaire; en même temps j'ai conseillé l'usage de l'eau de selters un demi cruchon par jour et l'ingestion d'une assez forte quantité d'eau de source, dans le but de favoriser l'expulsion des hydatides.

J'ai observé le malade pendant environ un mois où j'ai eu l'occasion de le voir plusieurs fois; après cette époque, il est retourné à Paris, parce que, disait-il, il se trouvait mieux; depuis je n'ai plus eu de ses nouvelles, mais il est à présumer que de temps en temps il aura encore expulsé de ces produits morbides; il y a environ huit mois que j'ai appris par un tiers qu'il est encore toujours à Paris, qu'il y travaille et qu'il paraît bien se porter.

Je regrette de ne pas pouvoir compléter l'histoire, certainement très-intéressante de ce cas; elle démontrerait à l'évidence, comme elle le démontre déjà en partie, qu'un état de santé relativement bon peut co-exister avec cette affection.

Récemment la *Gazette des Hôpitaux* a publié une observation d'hydatides des reins qui s'est présentée en Angleterre; on a employé la térébenthine, et le malade a quitté l'hôpital et n'expulsait plus d'hydatides.

La *Wiener medicinische Wochenschrift* a publié deux cas analogues pour ne pas dire identiques.

3° Flores Brayeræ anthelminticæ contre le Tænia solium.

Le Tænia solium paraît être assez rare chez nous; voilà pourquoi je me permets de présenter à la Compagnie un exemplaire, muni de sa tête que j'ai fait partir par l'usage des flores Brayeræ anthelminticæ, d'après les indications de M. le professeur Bamberger, dans la Pathol. et Therapie de Virchow, tome VI, p. 491.

La jeune personne, âgée de 21 ans, qui avait hébergé ce parasite, avait souffert depuis une huitaine d'années de maux de ventre; il paraît qu'on avait considéré son affection comme une cardialgie, telle qu'on la voit souvent accompagner la chlorose dont la jeune personne souffrait visiblement et pour laquelle affection je l'ai traitée pendant quelque temps; comme aucun des remèdes employés n'amenait un soulagement durable, il me vint l'idée du Tænia; je fais prendre une once d'huile de ricin, et le lendemain, on m'apporte différents morceaux de tenia. Le diagnostic une fois sûrement établi, je prescris une décoction de ℥Vj de fl. brayer. pour ℥Vjij de colature à prendre en deux fois dans un quart d'heure, et déjà une heure après l'ingestion de cette décoction, le parasite a quitté son séjour.

N. B. La jeune fille avait fait usage, vers l'âge de 11—12 ans, de jambon crû dont elle mangeait à cette époque plusieurs fois par jour une tranche; il est probable que de cette façon elle s'est ingéré le germe qui est parvenu à son développement complet dans les intestins.

Inutile de dire que depuis lors la jeune personne n'a pas tardé à se remettre complétement et que jusqu'à ce jour, elle jouit d'une santé parfaite.

La racine de fougère mâle considérée comme tæniafuge.

Mémoire présenté par M. le Dr SCHMIT, d'Ettelbrück.

La racine de fougère mâle a subi le sort commun de bien des médicaments. Prônée par les uns, dépréciée par les autres, elle a été tour à tour en vogue puis abandonnée. Ce qui prouve le peu de confiance qu'elle inspirait aux médecins en général, ce sont les nombreuses méthodes de traitement mises en usage contre le ver solitaire. On en trouve consignées plus de vingt-cinq dans le dictionnaire abrégé de médecine, *art. taenia*, sans parler de la pincette d'Ettmuller et du Kousso moderne.

En présence d'une telle divergence d'opinions, que j'admets de part et d'autre comme consciencieuses, il ne doit pas paraître oiseux d'en rechercher la cause; c'est le moyen de fixer, une fois pour toutes, la valeur thérapeutique du médicament qui nous occupe.

Une longue expérience me permet d'admettre que le succès dépend ici, comme dans bien d'autres cas, du seul modus faciendi. Si depuis bientôt 30 ans, j'ai administré ce médicament plus de cinquante fois et *toujours* avec succès, c'est parce que je le prescrivais toujours fraîchement préparé; prescription que Monsieur le pharmacien a toujours ponctuellement observée.

Il lui est d'ailleurs facile de le faire puisque nos environs produisent la fougère en abondance.

Voilà la méthode que je suis:

Pour chaque cas qui se présente, on fait chercher quelques souches de fougère mâle, qui sont mondées, séchées et réduites en poudre dont on fait des paquets d'un gros.

La veille de l'administration de ces poudres, vers le soir, le malade se purge avec une ou deux onces d'huile de ricin et le matin, sans déjeuner, il prend d'heure en heure un de ces paquets avec un peu d'eau. Ordinairement j'en fais prendre 4, quelque fois 6 gros. Deux ou trois heures après avoir pris le vermifuge, le malade prend de nouveau 1 à 2 onces d'huile de ricin, et le ver est ordinairement expulsé avec la première selle.

Il faut s'assurer de la présence de la tête; si on ne la découvre pas, il faut renouveler la même dose le lendemain.

La diète absolue doit être observée durant la cure.

Je n'ai jamais observé le moindre accident à la suite de l'administration de la fougère même à la dose d'une once.

Au lieu de pulvériser la racine de fougère, j'ai essayé de la faire rapper comme le raifort qu'on sert à table.

Ce dernier procédé me paraît préférable comme étant plus prompt et n'exigeant pas la dessication qui, poussée à un certain dégré, peut affaiblir la vertu du médicament.

Si la fougère fraîchement préparée est constamment suivie de succès, il n'en est pas de même de la même substance conservée des années entières dans les bocaux de la pharmacie. Au début de ma carrière, il m'est arrivé d'administrer de cette dernière poudre, mais toujours sans effet. Le hasard m'a procuré l'occasion d'employer le médicament frais et de ce jour je n'ai obtenu que des succès.

On comprend maintenant pourquoi la fougère réussit entre les mains des uns et échoue entre les mains des autres.

Inutile d'insister d'avantage.

Ce que je comprends moins, c'est que cette différence d'action ait échappé à l'observation, lorsque pourtant elle a été constatée pour l'écorce de grenadier.

Je n'ai trouvé dans aucun de mes ouvrages la recommandation d'employer la racine fraîche; Lebert seul veut qu'elle n'ait pas plus d'une année de conservation.

Je crois que le conseil de cet auteur est insuffisant et qu'il donne lieu à des mécomptes. Si, après deux ans, cette poudre est inerte, il est plus que probable qu'elle aura perdu de sa vertu pendant la première année.

Cette remarque faite au sujet de la fougère mâle et de l'écorce de grenadier, s'applique sans doute à bien d'autres substances médicamenteuses et surtout à celles qui renferment, comme la fougère, une huile volatile.

C'est là un sujet d'étude intéressant et de nature à nous

éclairer davantage sur l'action de la plupart des substances végétales.

Parmi les cas de ver solitaire que j'ai eu à traiter, je crois devoir citer celui d'une dame qui en a rendu deux en quelques mois de temps et dont j'avais conservé les têtes. J'ai encore observé un taenia chez un enfant de 18 mois.

J'ignore si ma communication a le mérite de la nouveauté et si la priorité me revient; mais ce qui est positif, c'est que le précepte qu'elle établit n'est pas assez connu ni assez observé. Sa publication ne peut donc qu'être utile aux praticiens.

Ueber einige

seltenere Verlaufsformen des Ileotyphus

und die

Wichtigkeit des Ileocoecalgeräusches

als

diagnostisches Zeichen bei dieser Krankheit,

von

Dr. Feltgen aus Mersch.

Der Zweck dieser meiner Mittheilung ist ein rein praktischer. Ich beabsichtige blos, meine Herren Collegen auf eine besondere Seite dieser, den Praktiker hierzulande wohl am häufigsten beschäftigenden Krankheit, aufmerksam zu machen.

Wenn auch bei weitem in den meisten Fällen das eigenthümliche Gepräge die Krankheit auf den ersten Blick erkennen läßt, so fehlen doch auch nicht hie und da Formen der Krankheit aufzutauchen, die dieselbe auf kürzere oder längere Zeit selbst den Geübten verkennen machen; ein solcher Irrthum kann aber sowohl auf die zu stellende Prognose, als auf die einzuschlagende Therapie von Nachtheil sein.

Die hier mitzutheilenden Beispiele seltener Verlaufsformen des Typhus theile ich in 2 Categorien: 1) solche, die mehr oder weniger als Typhus ambulatorius bezeichnet werden können, und 2) solche,

wo bei besonders heftigem Auftreten einzelner Störungen, die Krankheit als eine andere denn Typhus imponiren kann. —

Fälle von Typhus ambulatorius habe ich seit November vorigen Jahres verhältnißmäßig häufiger zu beobachten Gelegenheit gehabt, als dies früher der Fall gewesen. Die betroffenen Individuen waren meistens theils ursprünglich schwach constituirte, theils durch frühere Krankheiten geschwächte und beim Beginne des typhösen Leidens nur relativ sich wohl befindende Personen des jüngern und mittlern Lebensalters; ich glaube aber nicht darnach aufstellen zu dürfen, daß nur bei decrepiden Individuen diese Verlaufsform vorkomme, indem gegentheilige Beobachtungen bei den Autoren in Menge vorzufinden sind. Auch konnte ich nicht eruiren, in wiefern die jeweiligen Witterungs-, Oertlichkeits-, Nahrungs-, Kleidungs- ꝛc. Verhältnisse auf die Entstehung der besondern Verlaufsform von Einfluß waren.

Der erste Kranke dieser Categorie, ein durch frühere Krankheiten und anstrengende geistige Beschäftigungen bei sitzender Lebensweise physisch sehr geschwächter Mann in den 30er Jahren, kam mir Anfangs Dezember vorigen Jahres zur Beobachtung. Patient litt seit Jahren an Hartleibigkeit und vermindertem Appetit, bis sich zur benannten Zeit ziemlich heftige von der Ileocoecalgegend ausstrahlende und über den Unterleib sich verbreitende kolikartige Schmerzen mit Uebelkeiten und allgemeiner Abgeschlagenheit einstellten. Am dritten Tage der Erkrankung fand ich den Kranken mit etwas beschleunigtem Pulse, klagend über allgemeine Schwäche und Schlaflosigkeit, Anorexie und mehrtägiger Stuhlverstopfung; die Zunge war belegt und wurde etwas zitternd vorgestreckt; der Unterleib nicht aufgetrieben, bei Druck nicht schmerzhaft, außer etwas in der Ileocoecalgegend, wo auch dabei deutlich gurrendes Geräusch entstand, was aber an keiner andern Stelle des Unterleibes hervorgebracht werden konnte. Auch bei der genauesten und in den folgenden Tagen wiederholten Untersuchung konnte in dieser Gegend keine Geschwulst wahrgenommen werden. Die Milz gab die gewöhnlichen Contouren der Dämpfung.

Es war bis dahin blos Morphin innerlich und narcotische Breiumschläge auf den Unterleib angewandt worden. Die spätere Behandlung bestand in zeitweiliger Verabreichung von Purganzen: Calomel, Ol. ricin., citronensaures Magnesiawasser, Rheumaufguß, von Tonicis: Chinin und Eisen, und stärkender Nahrung in kleinen Quantitäten. Die Erscheinungen mit Ausnahme der Kolikschmerzen, die nach einigen Tagen aufhörten, blieben dieselben durch 4 bis 5 Wochen; um diese

Zeit verlor sich das Ileocoecalgeräusch und die besondre Empfindlichkeit in dieser Gegend; die allgemeine Schwäche blieb jedoch eine bedeutende, Anorexie und Stuhlverstopfung dauerten hartnäckig fort. Es wurden stimulirende Einreibungen des Unterleibes, stimulirende Allgemeinbäder und innerlich nebst reizender jedoch leicht verdaulicher Kost, Leberthran und tonisch-stimulirende Arzneien verabreicht, worauf dann nach mehr als 3monatlicher Dauer endlich Genesung eintrat.

Ich hatte von Anfang an die Diagnose Typhus lentus gestellt, zumal typhöse Erkrankungen im Orte und in den Nachbarörtern ziemlich häufig vorkamen, jedoch konnte nicht leicht der Gedanke an eine einfache Typhlitis (Geschwüre der Schleimhaut des Blinddarmes) abgewehrt werden. Das Auftreten zur Zeit einer Epidemie, das Ileocoecalgeräusch ohne Geschwulst noch peritonitische Erscheinungen (welche beiden Umstände doch die Typhlitis zu begleiten pflegen), die tiefe Schwäche, die lange Dauer bestärkten mich in meiner Diagnose.

Der zweite Fall betraf einen beiläufig 50 Jahre alten, von Kindheit an schwach constituirten Mann. Seit mehrern Jahren war derselbe fast alljährlich ein- oder zweimal zu mir gekommen und hatte über vage Beschwerden im Unterleibe geklagt. Auch diesmal ergingen die meisten Klagen über Unterleibsbeschwerden; jedoch war eine nie vorhanden gewesene Mattigkeit, fast vollständige Anorexie und bedeutende Abmagerung in kurzer Zeit die Zugabe zu den früheren Leiden; der Stuhlgang war bald angehalten, bald diarrhöisch; Patient war bis dahin, trotzdem diese Erscheinungen schon einige Wochen gedauert hatten, noch immer seinen Geschäften als Händler und Landwirth nachgegangen. Bei der objectiven Untersuchung ergaben sich ein leicht fieberhaft erregter Puls, belegte Zunge und durch Druck hervorzubringendes Gurren in der Ileocoecalgegend, sowie eine größere Empfindlichkeit daselbst. Eine Milzschwellung konnte ich nicht wahrnehmen.

Ich verordnete ruhiges Verhalten zu Hause, leicht verdauliche Nahrung und Selterswasser mit Milch zum Getränk; auch zeitweilig ein leichteres Purgans. Die Erscheinungen blieben durch längere Zeit dieselben, nur mit abwechselnder Intensität. Es stellte sich endlich Besserung ein und Patient glaubte sich nach einer beiläufig zwei Monate dauernden Erkrankung fast hergestellt, als er nach einem groben Diätfehler neuerdings erkrankte, und zwar mit den frühern Symptomen; ich bekam ihn in den ersten Tagen nicht zu Gesicht; erst nach einer Woche ward ich zu ihm geholt, und es hatten sich alle Zeichen einer intensiven typhösen Erkrankung eingestellt; schon in den nächsten Tagen

waren bei beständigen mussitirenden Delirien: Petechien über die ganze Haut, Blutungen aus Nase und Zahnfleisch und endlich auch eine profuse Enterorrhagie aufgetreten; diese konnte durch nichts gestillt werden und führte in einigen Tagen den Tod herbei.

In einigen andern Fällen, wovon 2 Kinder unter 10 Jahren, einer eine Frau in den 40er Jahren und 2 Erwachsene zwischen dem 20. und 30. Jahre betrafen, boten die Kranken die Erscheinungen eines chronischen zeitweise sich verschlimmernden, zeitweise sich verbessernden Magendarmcatarrhes dar; jedoch war damit eine besondere Schwäche, Abgeschlagenheit und Unaufgelegtheit verbunden. Jedesmal ergab die Untersuchung ein deutlich wahrnehmbares und durch Druck leicht zu erzeugendes Gurren in der Ileocoecalgegend, auch wenn durch längere Zeit Stuhlverstopfung zugegen gewesen war.

Die meisten dieser Kranken schleppten sich durch 1 oder 2 Monate hindurch, magerten sehr ab und genasen endlich bei wiedereintretendem Appetit und fast immer sich einstellendem Verlust der Kopfhaare. Die Behandlung war hauptsächlich eine diätetische, bestehend in den leicht verdaulichen und wenig Rückstände lassenden Milch-, Rahm- und Fleischbrühen, auch mit Zusatz von Eidotter, süßer Milch 2c. in zeitweilig verabreichtem Ol. ricin. oder Rhabarberaufguß, in ruhigem Verweilen im Bette. Später wurden Tonica, Chinin und Eisen verabreicht.

Die zweite Categorie von anormaler Verlaufsform des Typhus abdominalis anlangend, will ich hier 2 besonders erwähnenswerthe Fälle anführen.

N. W., Hausknecht, 25 Jahre alt, von guter Constitution, war früher stets gesund. Am Vorabende seiner Erkrankung war er im vollen Genusse der Gesundheit zu Bette gegangen; am andern Morgen früh fand ihn der Hausherr angekleidet auf der Tenne liegen; er war vollständig bewußtlos, Anrufen, Rütteln und Schütteln konnten ihn nicht zum Bewußtsein bringen; man hielt ihn für tief betrunken (indem man annahm, er wäre die Nacht durch auswärts gewesen, was sich aber nicht bestätigte), und brachte ihn auf ein nahestehendes Bett, damit er dort seinen Rausch ausschlafe. Erst am andern Morgen früh sah man nach ihm, er war immer in demselben Zustande und man ließ ihn unbesorgt noch weiter der Ruhe fröhnen; als er aber am dritten Tage noch immer bewußtlos gefunden wurde, bekam man endlich Besorgniß, brachte ihn ins Haus zu Bette und schickte zu mir; ich war abwesend und sah den Kranken erst am vierten Tage in folgendem Status:

Vollständige Bewußtlosigkeit und unbewegliches Darniederliegen, die Haut heiß, das Gesicht stark geröthet, mit nicht gestörten Zügen; die Pupillen normal, zogen sich auf Lichtreiz zusammen; Respiration ruhig, Puls stark und voll, zählte 90 Schläge in der Minute, Stuhlgang war keiner erfolgt, die Wäsche war von Harn durchnäßt. Keine Reaction selbst auf stärkern Hautreiz; Lähmung konnte keine unterschieden werden. Auch war nirgends an der Körperoberfläche die geringste Spur einer Verletzung aufzufinden.

Ich war unsicher in der Diagnose; am ehesten noch eine Commotio cerebri mit nachfolgender bedeutender Congestio, vielleicht Extravasat vermuthend, machte ich einen Aderlaß am Arme, verordnete Blutegel an den Kopf, ließ eine mit Eis gefüllte Blase auf den geschorenen Scheitel auflegen, und verordnete ein Inf. senn. mit Sal Glauberi zum Clystier.

Nach 12 Stunden war noch keine Veränderung eingetreten; das Clystier war, jedoch ohne facces, wieder abgegangen. Die Eisumschläge auf den Kopf ließ ich fortgebrauchen, verordnete 2stdl. 5 gran Calomel und ließ Senfpflaster auf Waden und Fußsohlen legen. Nach 2—3 Stunden machte der Kranke Bewegungen mit den untern Extremitäten, er ward bald unruhig und fing an einzelne, jedoch auf seinen Zustand sich nicht beziehende Worte hervorzubringen.

Am andern Morgen fand ich den Kranken sehr aufgeregt; er delirirte viel, bewegte Arme und Beine; der Puls war stark und zählte über hundert; die Haut heiß, das Gesicht geröthet; die Pupillen ungleichmäßig erweitert. Die Senfpflaster hatten eine starke Röthung und Geschwulst der Haut hervorgebracht; es waren 4 Calomelpulver gegeben worden, jedoch kein Stuhlgang erfolgt; der Unterleib war aufgetrieben; beim Druck in der Ileocoecalgegend wurde gurrendes Geräusch wahrgenommen, das aber auch an einigen andern Stellen des Unterleibes, jedoch viel undeutlicher, erzeugt werden konnte. Ich glaubte einen entzündlichen Vorgang innerhalb der Schädelhöhle annehmen zu müssen, und verordnete 20 Stück Blutegel an den Kopf, ließ unguent. ciner. auf den geschorenen Kopf einreiben und innerlich Aq. laxativ Vienn. 1stdl. 2 Eßl. v. verabreichen.

Am andern Tage war der Kranke ruhiger; er bewegte sich nicht, phantasirte jedoch häufig, antwortete auf die an ihn gestellten Fragen, jedoch unzusammenhängend. Die Pupillen waren immer ungleichmäßig dilatirt, reagirten aber auf Licht; Lippen und Zunge waren trocken und heiß; Puls zählte 110, die Haut trocken und heiß; Unterleib

aufgetrieben; beim Druck Gurren in demselben in der ganzen Ausdehnung; es war häufig diarrhoischer Stuhlgang erfolgt. Schon am Abende desselben Tages erkannte der Kranke die Umstehenden, er sprach viel, jedoch oft unzusammenhängend; phantasirte viel in der Nacht. Die Eisumschläge wurden fortgesetzt und auch innerlich Eispillen wegen des heftigen Durstes verabreicht.

Bei der Visite am andern Morgen erkannte mich der Kranke; er wußte nichts von dem Vorgefallenen; nur der Vorabend seiner Erkrankung war ihm noch im Gedächtniß. Er klagte jetzt über Schmerzen im Kopf, hauptsächlich aber über Schmerzen und Ziehen im Nacken; die Pupillen waren ganz normal; der Puls zählte 110; der Unterleib war immer stark aufgetrieben, die Diarrhö dauerte fort. Der Kranke war sehr abgeschlagen, den Tag über delirirte er häufig, noch heftiger in der Nacht, die er schlaflos zubrachte: mit einem Worte, der Kranke bot jetzt das Bild eines schwer typhös Erkrankten. Die Erscheinungen blieben in der That dieselben; es gesellte sich Bronchialcatarrh hinzu und selbst Roseolaflecken über Bauch und Brust. Auch der Milztumor war deutlich nachzuweisen; nur weiß ich nicht, ob er nicht schon in der ersten Zeit bestand, indem ich in dieser Richtung zu untersuchen vernachlässigt hatte.

Der Verlauf des Typhus war von jetzt an der normale; der Kranke genas nach 5wöchentlicher Krankheitsdauer, nachdem er auch einen Decubitus II. Grades in der Kreuzgegend überstanden hatte. Nur das Eigenthümliche ist noch zu bemerken, daß Patient durch die ganze Krankheit hindurch und selbst in die Reconvalescenz hinein über das lästige Ziehen im Nacken klagte. Während der Reconvalescenz war der Kranke durch längere Zeit durch Schwindel und Schwerhörigkeit an einem Ohre geplagt; diese Erscheinungen schwanden erst später auf öfters wiederholte Blasenpflaster im Nacken.

Die initialen Erscheinungen, die mir das Bild einer Commotio cerebri mit nachfolgender Congestio und selbst Entzündung vorspiegelten, waren offenbar durch eine auf die Intensität der typhösen Blutvergiftung zurückzuführende Congestio ad caput begründet. Für die Diagnose auf Typhus war zu dieser Zeit kein Anhaltspunkt geboten, indem die charakteristischen Zeichen, Milztumor und Ileocoecalgeräusch, erst nach einiger Dauer der Erkrankung aufzutreten pflegen. Auch legte ich zu dieser Zeit noch nicht denselben Werth auf das Vorhandensein des letztern Zeichens, wie dies bei den übrigen hier erwähnten und später beobachteten Fällen der Fall war.

Der zweite Fall könnte in einer Beziehung wohl in die I. Categorie gereihet werden, indem der Verlauf ein lentescirender war; allein da er vom Anfang bis zum Ende das Bild einer definirten Geisteskrankheit darstellte, mag er besser hieher passen.

Er betraf einen etwas schwächlich constituirten jungen Mann in den 20er Jahren. Nach einem Excesse in Baccho ward er bettlägerig, unaufgelegt, niedergeschlagen; er verlor den Appetit, hatte Gliederschmerzen, Schwindel und Kopfweh, brachte die Nächte schlaflos zu; öfters stellte sich Frösteln und dann auch wieder fliegende Hitze ein. Schon in den ersten Tagen hatte er ein unangenehmes Gefühl im Unterleib, das er scharf auf die Ileocoecalgegend localisirte. Einige Zeit vor seiner Erkrankung war er von dem Dorfgeistlichen arg mitgenommen worden, und derselbe hatte ihm am Communiontische die Hostie verweigert. Es kam ihm der Gedanke, als sei seine Erkrankung keine natürliche und das Gefühl im Unterleibe durch die Gegenwart des bösen Geistes bedingt. Er bekam Anfälle, besonders bei Nacht, worin er Angstgeschrei ausstieß und dann stier vor sich hinschaute, anscheinend ohne zu athmen, wie die Angehörigen sagten. Ich ward nach einem solchen heftigen Anfalle, etwa am 10ten Tage nach der Erkrankung, zum Kranken geholt, fand dort den Geistlichen, der allein, wie der Kranke sagte, ihm helfen könne, und auch immer von ihm aufgesucht wurde; von seiner Besessenheit hatte er jedoch Niemanden in Kenntniß gesetzt. Der Anfall war vorüber, jedoch schien der Kranke sehr zerstreut; er antwortete schüchtern und nur halbwegs auf meine Fragen. Ich nahm die körperliche Untersuchung vor und fand dabei folgenden Status:

Körper schwächlich gebaut und abgemagert, Haut trocken und heiß, Gesichtsfarbe blaß; Blick scheu und unstät; Zunge feucht, belegt, wurde zitternd vorgestreckt; Lungen normal, nur in den hintern, untern Parthien Schleimrasseln; Unterleib etwas aufgetrieben. Schon auf meine erste Frage über sein Befinden hatte der Kranke geantwortet, er habe Etwas im Unterleibe, das ihn beständig plage, das zeitweilig von da über die Brust hinaufsteige und ihn fast außer Athem bringe. Als der Sitz dieses unangenehmen Gefühles wurde auf weiteres Fragen die rechte Seite des Unterleibes angegeben. Beim Druck auf die Ileocoecalgegend äußerte der Kranke Schmerzen; ein deutliches Gurren in den Gedärmen trat dabei auf. Schon mehrere Tage litt der Kranke an Stuhlverstopfung, auch wurde wenig und nur mit Mühe Harn gelassen. Der Puls zählte 85 Schläge in der Minute und war klein.

Das ängstliche Benehmen und die religiösen Aeußerungen des Kranken verriethen mir gleich ein psychisches Leiden und ich hatte nicht viel mit Fragen in denselben einzugehen, um bald die Mittheilung von ihm zu erhalten, es sei nicht natürlich, was mit ihm vorginge. Ich suchte ihn zu beruhigen und versprach, mit der Krankheit auch das Uebrige aus seinem Unterleibe wegzuschaffen.

An der Gegenwart eines Darmtyphus zweifelte ich nicht mehr: die allgemeine Abgeschlagenheit, der etwas frequente Puls, die etwas erhöhte Hauttemperatur, die zitternde Zunge, die unsichern Bewegungen überhaupt, der leichte Bronchialcatarrh, der meteoristische Unterleib in Begleitung des so deutlichen Ileocoecalgeräusches und der besondern Empfindlichkeit dieser Gegend kennzeichneten hinlänglich den wenn auch lentescirend verlaufenden Typhus. Die örtlichen krankhaften Erscheinungen im Unterleibe waren für den ohnehin nicht gerade geistesstarken und noch dazu auf seiner religiösen Gefühlsseite in die Enge getriebenen Kranken der Ausgangspunkt von Hallucinationen geworden, die ohne eine eingehendere Untersuchung das Bild einer reinen genuinen Psychose aufzudrängen nicht ermangelt hätten. Namentlich waren es die Zeichen, welche die Ileocoecalgegend darbot und vor Allem das Ileocoecalgeräusch, das für die Diagnose entscheidend war. Eine schon mit fixen Wahnvorstellungen verbundene Melancholie hätte ganz gut mit den übrigen Erscheinungen als zufälligen Complicationen bestehen können; konnte aber einmal ein characteristisches Zeichen einer so schweren Allgemeinerkrankung, wie es die typhöse ist, aufgefunden werden, so war es natürlich, diese als die Grundkrankheit, die psychischen Erscheinungen dagegen als die Complicationen anzusehen.

Meine Diagnose theilte ich alsogleich den Angehörigen des Kranken mit, weil ich in Bezug auf die psychischen Symptome, die allein den Kranken sowohl als die Angehörigen besorglich machten, eine bessere Prognose zu stellen mich berechtigt glaubte, als wenn ich es mit einer genuinen Melancholia possessoria zu thun gehabt hätte; mit der typhösen Erkrankung nämlich, als dem Grundleiden, glaubte ich, würde auch das Symptom, die Psychose, schwinden.

Ich verordnete anfänglich ein Purgans, später Selterswasser mit Milch zum Getränke; allabendlich, hie und da auch bei Tage eine stärkere Dosis Opium. Auch ein linim. volat. ließ ich in den Unterleib des Kranken einreiben, blos seiner Einbildung halber.

Die Krankheit dauerte längere Zeit, doch wurde nicht immer das Bett gehütet; es kam der Kranke unter verschiedene Hände, schließlich

wieder zu mir; es waren immer dieselben allgemeinen und örtlichen Erscheinungen vorhanden. Gegen die 8te Woche der Erkrankung trat allmälig Besserung ein; der Kranke, der sehr abgemagert war, bekam Appetit; die unangenehmen Gefühle im Unterleibe nahmen ab, mit ihnen auch der Gedanke an Besessenheit, und jetzt erfreut sich der junge Mann sowohl in psychischer als somatischer Hinsicht seines frühern Wohlbefindens.

Schließlich will ich noch eines hieher gehörigen Falles gedenken, wenngleich die Beobachtung nur eine unvollständige ist.

Ich erinnere mich, vor mehreren Jahren mit einem erfahrenen Collegen ex consilio eine Frau behandelt zu haben, bei der mein College in den ersten Tagen eine Meningitis vermuthet hatte. Es war am 5ten Tage der Erkrankung, als ich hinzugerufen wurde; noch ehe ich die Frau sah, erklärte mir mein College, er glaube es jetzt mit hysterischen Anfällen zu thun zu haben, die durch eine heftige, eine beginnende Meningitis simulirende Congestio ad caput eingeleitet worden wären; auch wäre es nicht sicher, ob nicht eine typhöse Erkrankung dahinter stecke. Der Anblick der Kranken machte mich gleich an einen heftigen Accessus hystericus glauben; nur war der Unterleib meteoristisch und der Puls beschleunigt, Umstände, die dem hyster. Anfalle an und für sich wohl nicht zukommen. Wir stellten die Diagnose «accessus hystericus», indem auch in genetischer Beziehung Anhaltungspunkte für die Annahme von Hysterie hinlänglich vorhanden waren, und verordneten tinct. castor. etc. Indessen erlag die Kranke 4 Tage später und mein Herr College berichtete mir, wie er in den letzten Tagen an dem Vorhandensein des Ileotyphus nicht mehr gezweifelt habe.

Nach dem Vorhandensein des Ileocoecalgeräusches war nicht geforscht worden; ich war damals so wenig als, wie es scheint, auch mein Herr College auf dasselbe als wichtiges diagnostisches Zeichen aufmerksam. Im Gegenfalle wäre der diagnostische Schnitzer vielleicht vermieden worden.

Als wohl nicht unpassende Ergänzung will ich noch hier in kurzen Worten eines einschlägigen Falles erwähnen, den ich meinen Notizen aus der Bamberger'schen Klinik in Würzburg vom Winter 1857 entnehme, und wo, was besonders wichtig, die Necropsie das Dunkel der Erscheinungen im Leben perlustrirte.

„Patientin, 20 Jahre alt, kam in bewußtlosem Zustande auf die Klinik; dieser Zustand soll schon 15 Tage gedauert haben, jedoch mit

hie und da auftretendem kurzen, wenn auch unvollständigem Erwachen; weiter ist nichts über die Anomnese zu erfahren. Die Sinne fast vollständig abgestumpft, Delirien bei Nacht; von Zeit zu Zeit spastische Zusammenziehungen einzelner Muskeln; partielle Lähmung, partielle Anästhesie; Pupillen contrahirt; Tracheal- und Bronchialrasseln bei normalem Lungenschall. Unterleib eingezogen, Leber und Milz normal; Gurren beim Druck in der Ileocoecalgegend; Stuhlverhaltung; Puls 140; Temp. 39°.

Es ist nur zu wählen zwischen Typhus und Meningitis simpl. Prof. Bamberger entscheidet sich für letztere, weil die meisten Symptome zu Gunsten dieser sprechen, hingegen viele wesentliche Symptome des Typhus fehlen.

Patientin starb 3 Tage später. Der Sektionsbefund war folgender: starke venöse Hyperaemie der Hirnhäute und stellenweise milchige Trübung derselben; Gehirnsubstanz selbst sehr zäh; leichte Anschwellung der Solitärdrüsen im Ileum und catarrhöse Injection und Schwellung der Schleimhaut daselbst. Mesenterialdrüsen angeschwollen; Blut in den Herzkammern flüssig; Milz dicht mit dem Diaphragma verwachsen.

Nach Prof. Bamberger erklären die Befunde innerhalb des Schädels die rein cerebralen Erscheinungen, jedoch nicht das Gesammtbild; diese Veränderungen der Hirnhäute können nur von einer andern Krankheit abhängen; die übrigen Befunde bezeichnen diese Krankheit mit der größten Wahrscheinlichkeit als Typhus." —

Wie ich gleich Anfangs bemerkte, war bei der Mittheilung einiger seltener Verlaufsanomalien des Ileotyphus mein Zweck ein blos praktischer. Die mitgetheilten Fälle sollen hauptsächlich als Beispiele erschwerter Diagnose dienen; wie leicht bei Typhus lentus und noch mehr bei einem fast classischen anderartigen Krankheitsbilde die dennoch zu Grunde liegende typhöse Erkrankung verkannt werden könne, geht wohl klar daraus hervor. Wenn nun bei dieser Krankheit, wo fast alle Symptome nicht nur in Bezug auf ihr Vorhandensein überhaupt, sondern auch auf ihre Intensität so unstät sind, die sichern Anhaltspunkte für die Diagnose sehr erwünscht erscheinen, so glaube ich meine Mittheilung gerechtfertigt, indem ich auf ein — (die obigen Beispiele und die Erfahrungen meiner geschätzten Herren Collegen mögen es bestätigen!) — wenn vielleicht auch nicht immer, so doch sehr häufig,

und gerade in den verwickelten Fällen mit Nutzen zu consultirendes Zeichen aufmerksam mache.

Wie es die Erfahrung am Leichentische hinlänglich bestätigt, sind die Fälle, wo die Localisirung im Ileum (nahe an der Klappe) mangelt, äußerst selten (noch nie ward wenigstens ein gewisser Grad von Catarrh vermißt). Der hier vorgehende Proceß wird namentlich durch den begleitenden Catarrh flüßige Secrete liefern, die im Verein mit den Darmgasen bei Bewegung das Gurren hervorbringen. Ein idiopathischer oder durch Purgantien hervorgebrachter Darmcatarrh wird wohl dieselben Erscheinungen zur Folge haben, allein nie oder doch äußerst selten mit dieser Localisirung; es kann sich Jeder überzeugen, wie in solchen Fällen das Gurren über den ganzen Unterleib und an andern Stellen oft viel deutlicher hervorzubringen ist, als eben in der Ileocoecalgegend. Ich will aber auch auf der andern Seite das Ileocoecalgeräusch nicht als absolutes diagnostisches Zeichen des Ileotyphus hinstellen; ich will nicht verkennen, wie die begleitenden anderweitigen Zeichen, z. B. bei Typhus lentus, die besondere Abgeschlagenheit ꝛc. verwerthbar sind, allein wo diese Zeichen vorhanden sind und dann nur höchstens Vermuthungen erlauben, da wird das aufgefundene Ileocoecalgeräusch den sichern Ausschlag geben. Es ist und bleibt dieses Zeichen der Ausdruck der den Ileotyphus kennzeichnenden Localisirung.

CHIRURGIE.

Plaie de l'artère radiale. — Inflammation et anévrysme traumatique consécutifs. — Insuccès de la compression digitale. — Tentative inutile de ligature d'une artère dans une plaie enflammée. — Ligature de l'artère radiale au lieu d'élection. — Guérison.

Mémoire présenté par M. le Dr J.-B.-A. BIVORT de Hollerich.

Le nommé Bindner de Berchem, jeune homme d'une vingtaine d'années, d'une bonne constitution, vint me trouver le 14 mars 1863. Huit jours auparavant il s'était blessé au poignet dans un carreau de vitre; la plaie située au niveau de l'articulation du poignet, sur le trajet de l'artère radiale, avait laissé échapper un jet de sang vermeil. Un empirique avait été appelé et s'était rendu maître de l'hémorrhagie au moyen d'une application de crottin de cheval dans la plaie. L'hémorrhagie s'était reproduite à plusieurs reprises et avait été arrêtée par le même moyen. Cependant la plaie ne guérissait pas et le poignet commençait à s'enflammer. Ce fut dans ces conditions que le blessé vint me trouver. Je pensais pouvoir encore amener la guérison au moyen de la compression avec l'emplâtre de Bavière.

Le 16 mars, on me fit appeler chez le patient qui éprouvait des douleurs intolérables; la main était considérablement enflée et le poignet enflammé. Aussitôt le bandage compressif enlevé, l'hémorrhagie se reproduisit. Je pansai la plaie avec quelques boulettes de charpie trempée dans du perchlorure de fer, les parties enflammées furent enduites d'onguent mercuriel

mélangé avec du cérat et je prescrivis des cataplasmes. Je laissai dans la maison un tourniquet, après avoir montré la manière dont on devait s'en servir, dans le cas où l'hémorrhagie se reproduirait.

Les 17, 18, 19 et 20 mars, le même pansement fut continué. Un abcès étendu se forma à la face palmaire du poignet et le pus ne s'écoulant pas avec assez de facilité par la plaie, je fis une contre-ouverture au niveau du tendon du palmaire grêle.

Le 22, l'inflammation s'est calmée. Il s'est formé dans la plaie une tumeur du volume d'une grosse aveline, d'un rouge bleuâtre, présentant des battements artériels très-prononcés et empêchant le rapprochement des lèvres de la plaie. J'essaie la compression de l'artère humérale: celle-ci fait disparaître immédiatement les battements dans la tumeur qui s'en trouve considérablement réduite. J'ai l'espoir qu'une compression digitale assez prolongée de l'artère humérale amenera la guérison de l'anévrysme. Je donne les instructions nécessaires à quelques jeunes gens intelligents qui se trouvaient là et ceux-ci, se relayant, font la compression pendant trois jours et trois nuits sans interruption. J'essaie une fois pour leur donner du repos, de remplacer les doigts par le tourniquet, mais celui-ci ne peut être supporté. Tous les jours je vais me convaincre que la compression est bien exercée.

Le 25, ne constatant encore aucun changement notable dans la tumeur et voyant que la face palmaire du poignet devient le siége d'un gonflement inflammatoire considérable et prend une couleur livide, je me décide à une opération. Je prolonge la plaie vers le haut dans la direction de l'artère radiale; cette incision comprend toute la longueur de la partie enflammée. Je tire légèrement sur le sac anévrysmal pour faire saillir l'artère et la lier, mais le sac, très-friable, se détache avec la plus grande facilité. En vain je cherche l'artère dans la plaie; tous les tissus sont confondus par l'inflammation et il n'y a plus trace de l'artère. Par contre, chaque fois qu'on relâche le tourniquet appliqué préalablement, l'hémorrhagie reparaît avec force, mais en nappe. Je me décide alors à prolonger considérablement l'incision vers le haut, et au lieu d'élection je découvre facilement l'artère que je lie et dès ce moment l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite. Depuis le mois de mai, mon incision qui était fort

étendue s'est cicatrisée, et depuis le mois de juin le blessé a recommencé à travailler.

Réflexions.

Cette observation me paraît remarquable parce qu'elle soulève trois questions scientifiques importantes dont deux sont depuis quelques années à l'ordre du jour dans la presse médicale :

1) *Quant à la compression digitale :* Cette méthode préconisée par le professeur Vanzetti de Padoue et par un grand nombre d'autres chirurgiens, a donné des résultats inespérés dans certains cas d'anévrysmes et des insuccès complets dans d'autres. Tantôt on a continué sans succès la compression pendant des mois entiers, tantôt on a guéri des anévrysmes en quelques heures.

Le cas actuel doit donc grossir la liste des insuccès de cette méthode. Il me paraissait d'ailleurs inopportun d'en continuer plus longtemps l'usage, parce que le gonflement inflammatoire du poignet augmentait de plus en plus et que je craignais de finir par provoquer une gangrène de cette région. D'ailleurs mes aides étaient exténués et commençaient à perdre la confiance nécessaire.

2) Une question scientifique d'une haute importance a été de nouveau agitée par un des chirurgiens les plus distingués de notre époque, M. le professeur Nélaton. Doit-on lier des artères dans une plaie enflammée? A cette question M. Dupuytren avait répondu par la négative, se fondant sur la friabilité des artères enflammées, mais M. Nélaton est d'avis que cette friabilité n'est pas assez considérable pour empêcher la ligature et il soutient que, malgré que la ligature appliquée sur une artère enflammée tombe plutôt, elle reste cependant assez longtemps en place pour que la reproduction de l'hémorrhagie ne soit pas à craindre. Dans le cas qui nous occupe, la théorie de M. Nélaton s'est trouvée complétement en défaut, car la friabilité de l'artère était telle qu'elle ne pouvait pas résister à la moindre traction, et même en supposant que la ligature eût été possible, l'artère aurait été nécessairement coupée immédiatement par le fil.

3) Ces procédés empruntés à la chirurgie moderne ayant échoués, quel parti fallait-il prendre? Si l'on consulte les ou-

vrages classiques, ils vous répondent invariablement que pour arrêter une hémorrhagie artérielle du poignet ou de la paume de la main, il faut lier soit l'artère humérale, soit les artères radiale et cubitale à la fois. Or, l'opération de la ligature de l'artère humérale est une opération très-grave qui a déjà entraîné la gangrène du membre etc. La ligature de l'artère cubitale devait prolonger considérablement l'opération déjà fort longue et fort grave par l'étendue de l'incision qu'il m'avait fallu faire et par l'inflammation déjà existante. Je me décidai donc à risquer la ligature isolée de l'artère radiale, sauf à lier plus tard l'artère cubitale si j'y étais forcé par la reproduction de l'hémorrhagie. Or, l'hémorrhagie ne s'est nullement reproduite. On peut donc se croire autorisé, malgré les auteurs classiques, à conseiller la ligature pure et simple de l'artère radiale dans les cas de la nature de celui que j'ai eu à traiter. Ici cependant une observation se présente à l'esprit: Il est possible que la compression digitale, en diminuant l'intensité de la circulation artérielle, ait eu pour conséquence la suppression du cours de sang dans les branches anastomotiques qui lient les artères radiale et cubitale. En admettant que cette supposition soit exacte, cette compression aurait rendu au patient un grand service, en permettant de substituer à l'opération de la ligature de l'artère humérale, l'opération beaucoup moins grave de la ligature de l'artère radiale.

Mémoires présentés par M. le Dr SCHMIT, d'Ettelbrück, médecin de l'hospice central et membre de plusieurs Sociétés savantes.

—

1° L'amputation offre-t-elle encore quelque chance de succès dans les tumeurs blanches en voie de suppuration et de désorganisation, alors que le malade présente, en apparence, les principaux symptômes de la phtysie pulmonaire ?

Telle est la question sur laquelle j'avais à me prononcer, il y a quelques années, au sujet d'un de mes malades. Ma réponse fut affirmative, mais ne prévalut pas. Le malade mourut six mois après d'une consomption complète.

Pour appuyer mon opinion, je citais quelques cas de ma propre pratique qui ne sont pas, je pense, sans intérêt pour la science et que je vais rapporter succintement, mais aussi fidèlement que possible.

1re observation. — M. Th., instituteur à Sch., âgé d'environ 30 ans, d'une constitution forte, mais lymphatique, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut atteint en 1842 d'une tumeur blanche du pied, qui, outre les parties molles, envahit rapidement tous les os du tarse ainsi que l'extrémité inférieure du tibia. Bientôt de nombreuses fistules livrent passage à un pus abondant. La partie malade acquiert un volume considérable et devient le siége de violentes douleurs. L'état général ne tarde pas à ressentir les influences de cette grave affection. La toux se développe insensiblement pour acquérir un haut degré d'intensité. D'abord sèche, elle est bientôt accompagnée d'expectoration abondante glaireuse, puis purulente. Des hémophtysies surviennent à différentes reprises. La fièvre est intense, les sueurs nocturnes abondantes, la nutrition presque nulle. Cet état dure près d'un an; alors la maladie perd de son intensité, elle devient plus chronique, lorsque le 3 avril 1843, le malade demande à être amputé.

Le jour fut fixé et je réunis quelques-uns de mes confrères pour m'assister dans l'opération. Le malade est soumis encore à un examen scrupuleux : l'auscultation et la percussion quoique dénotant un désordre grave dans les poumons, tel que pectoriloquie ou plutôt bronchophonie sous l'omoplate droite, me

laissent dans le doute sur la véritable nature de cette affection, tandis qu'un de mes confrères, médecin très-distingué, me fait des reproches de vouloir amputer un homme aussi complètement phtysique et de compromettre aussi légèrement le succès de ma première amputation. Malgré ce pronostic sévère, l'opération est faite, et un mois après, M. Th. est complètement guéri non seulement du côté de sa jambe, mais aussi du côté des poumons. La prétendue phtysie avait disparu comme par enchantement et jamais le *sublatâ causâ tollitur effectus* n'a trouvé une application plus vraie.

Vingt ans se sont écoulés depuis ce jour et je ressens toujours la plus légitime satisfaction en rencontrant mon premier amputé gros et gras et jouissant depuis ce jour de la plus belle santé.

2^me^ *observation.* — Le succès encourage. Il y avait dans la même commune, à Warken, un jeune homme de 18 ans, cloué sur son lit depuis 9 ans, par suite d'une tumeur blanche du genou. Cette articulation avait acquis un développement considérable. Les extrémités osseuses aussi bien que les parties molles se trouvent dans un état de désorganisation complète et de nombreuses fistules couvrent la partie malade. L'état général n'est pas meilleur: Depuis bien des années, les poumons paraissent affectés: le malade tousse continuellement et l'expectoration est purulente, souvent mêlée de sang; de temps en temps des sueurs nocturnes ou de la diarrhée; émaciation complète: ici comme chez le premier malade, l'auscultation et la percussion dénotent la plupart des symptômes qui caractérisent la tuberculose pulmonaire.

Ce malheureux jeune homme voyant la guérison de M. Th., me demanda avec instance de l'amputer à son tour. L'opération est faite, quoiqu'à contre cœur, et le malade guérit aussi vite et aussi complètement que le premier. Il est marié depuis et jouit d'une santé parfaite, n'ayant éprouvé la moindre atteinte du côté des poumons.

Ces deux observations me semblent présenter un grand intérêt. Elles sont de nature à encourager les praticiens. Il faut admettre que j'ai eu la main bien heureuse, ou bien que de semblables succès ne sont nullement rares. Elles justifient donc l'opération dans ces occurrences graves où il n'y a plus aucun autre espoir pour le malade. C'est un sujet d'étude qui n'est

pas suffisamment élucidé et qui est digne d'attirer la sérieuse attention des savants. Sans avoir la prétention de l'éclairer, qu'il me soit permis d'émettre quelques considérations qui ne me semblent pas sans fondement.

Quelle est donc la nature de l'affection pulmonaire à laquelle nous avons eu affaire? Est-ce bien une tuberculose, ainsi que semblent le faire croire les symptômes observés? Je ne le pense pas. La disparition si subite et si complète de cette affection après l'amputation, dans l'un et l'autre cas, ne permet pas de l'admettre. La phtysie pulmonaire ne s'ampute pas.

Les symptômes tels que crachement de pus, hémophtysie, sueurs nocturnes, diarrhée, bronchophonie, existence réelle ou simulée de cavernes, tous ces symptômes, en un mot, observés chez nos deux malades, ne peuvent-ils pas être rapportés à des abcès métastatiques, à une pyémie exempte d'intoxication? Les abcès pyogéniques, multiples dans les poumons, doivent en effet produire souvent les mêmes symptômes et rendre, dans certains cas, le diagnostic différentiel plus ou moins difficile; d'un autre côté, l'absence de l'élément toxique, de l'infection, explique la durée de cette longue maladie constatée surtout dans la seconde observation.

Cette manière de voir rend seule compte, me semble-t-il, de la disparition subite d'une affection si grave. Le professeur Sédillot a constaté que la pyémie sans infection se termine le plus souvent par la guérison du moment que la cause a disparu.

On conçoit, du reste, facilement que les tumeurs blanches, dans lesquelles les parties osseuses sont ramollies et en suppuration, puissent donner naissance à cette affection. On sait que les veines des os, dont les parois sont perforées par l'ulcération, sont très-propres à absorber et à transporter le pus. La disposition anatomique de ces parties, les nombreux clapiers qui s'y forment sont, du reste, propres à favoriser cette absorption.

Nous n'essayerons pas d'expliquer le mécanisme de la formation des abcès métastatiques. Nous dirons seulement que les modifications que subit le sang veineux dans les poumons nous semblent de nature à faciliter l'élimination du pus et par suite la formation de ces collections purulentes dans cet organe.

2° Amputation partielle du pied, pour cause traumatique, suivie de gangrène, de phlébite et de pyémie grave. — Guérison.

Nous avons dit dans notre communication sur les amputations dans les tumeurs blanches, que la pyémie sans infection se termine fréquemment par le retour à la santé. Je citerai un exemple tout récent, dans lequel cette terminaison favorable eut lieu quoiqu'il y ait eu toxémie évidente.

Le 5 avril dernier, l'ouvrier Witry, Pierre, de Schieren, occupé dans un tunnel à enlever les cintres de la voûte eut le pied gauche écrasé et presque coupé par un de ces blocs de bois. Le blessé fut immédiatement admis à l'hospice central. Il est âgé de 27 ans, d'une forte constitution, quoique lymphatique. L'amputation, au moins partielle, du pied, jugée inévitable, fut pratiquée par notre honorable Président, M. le Dr Aschman, qui se trouvait à Ettelbrück pour une consultation. On eut recours au procédé de Choppart qui permit d'enlever toutes les parties meurtries, tout en conservant deux lambeaux suffisants pour recouvrir la surface articulaire. L'opération terminée, les deux lambeaux sont réunis par des points de suture et recouverts du bandage usité. Les trois premiers jours se passent sans accident: mais le quatrième jour, en enlevant le premier pansement, je trouve la plaie béante, les points de suture ont cédé, la surface saignante du lambeau plantaire est blafarde, recouverte d'une espèce de fausse membrane; le lambeau dorsal est gangréné, gangrène qui s'étend peu à peu à toute la région maléolaire externe et qui finit par ravager la peau et le tissu cellulaire d'une grande partie de la jambe. La phlébite existe et se propage en peu de jours à toutes les veines du membre qui acquiert un volume énorme. Sur toute la circonférence, ces vaisseaux forment des espèces de cordes tendues et noueuses s'étendant jusqu'au tronc et recouvertes d'une peau érysipélateuse. Celle-ci présente elle-même un grand nombre de phlyctènes.

La fièvre, qui a débuté le quatrième jour par de violents frissons qui se renouvellent les jours suivants, est des plus intenses; le pouls est de 120, la soif vive, la langue sèche, fuligineuse, le ventre tendu et douloureux, les selles fétides; la

respiration est anxieuse, le facies livide et le délire fréquent. La toux se développe de plus en plus et ne laisse aucun repos au malade.

Cet état grave, qui fait craindre une fin prochaine, s'amende vers le dixième jour, alors que la gangrène aussi bien que la phlébite se sont arrêtées. A partir de ce jour, le malade, quoique d'une faiblesse extrême, commence à reprendre un peu de force et la nature à réparer l'atteinte profonde portée à toute la constitution.

Indépendamment de la plaie énorme produite par l'opération et la gangrène, le cerveau aussi bien que les poumons se trouvent profondément affectés par suite de la pyémie et des abcès métastatiques développés pendant la durée de la phlébite. Durant plus de trois mois, le malade ne cesse de tousser et d'expectorer des crachats purulents, souvent teints de sang. L'odeur dénote d'une manière évidente la présence du pus. La respiration est difficile, le pouls fréquent; la soif vive; inappétance; des accès de fièvre vers le soir. La percussion constate une sonorité à peu près normale, tandis que l'auscultation dénote des râles muqueux ainsi que la bronchophonie.

Ce qui me porte à admettre la formation d'abcès dans le crâne, ce sont une paralysie incomplète des membres, une dysphagie opiniâtre, ainsi qu'une grande faiblesse des sens. Durant plus de trois mois, Witry n'a pas assez de force dans les bras pour pouvoir porter son manger à la bouche; il ressent un fourmillement continuel dans les membres et la déglutition ne se fait qu'avec la plus grande difficulté, sans qu'on puisse découvrir la moindre lésion locale. Il est à remarquer que la phlébite donne rarement lieu à des abcès métastatiques dans le cerveau à moins qu'il n'y ait inflammation des sinus cérébraux. Le malade se plaint aussi fréquemment de céphalalgie et souffre de la constipation.

Il ressort évidemment de cet exposé succint que nous avons eu affaire à une pyémie avec infection, une pyémie typhoïde.

Un mot encore du traitement et de la marche de la maladie.

A partir du quatrième jour, tout le membre est enveloppé d'un énorme cataplasme, composé de farine de lin et d'espèces aromatiques, renouvelé trois fois par jour et continué jusqu'à

ce que toutes les parties gangrénées fussent éliminées. Dès ce moment, la plaie est pansée à la charpie enduite de cérat.

Dans les premiers jours, ce traitement ne me paraît exercer aucune influence favorable sur la marche progressive du mal, lorsque j'ai lu dans un journal de médecine, que je venais de recevoir, que le professeur Nélaton emploie avec succès contre les phlébites des lotions alcooliques. Ce moyen est immédiatement mis en usage et produit l'effet le plus heureux : les phlyctènes s'affaissent, la rougeur érysipélateuse disparaît, l'inflammation des veines marche vers la résolution, en même temps que le volume du membre diminue. La plaie, surtout le lambeau plantaire se dépouille de sa couche diphthéritique, commence à bourgeonner et à contracter des adhérences; la surface osseuse restée à nu, se couvre également de bourgeons charnus; la réparation se fait sur tous les points de la vaste plaie et, si aujourd'hui, après cinq mois de traitement, la cicatrisation n'est pas complète, elle ne se fera plus longtemps attendre.

A l'intérieur, le malade a pris au début de légers purgatifs, plus tard le quinquina, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue et le fer. Sous l'influence de cette médication, jointe à un régime analeptique, les symptômes tant du côté des poumons que du cerveau se sont dissipés d'une manière lente, il est vrai, mais complète.

Si cette observation renferme une guérison rare d'une des plus redoutables maladies, elle constitue aussi un exemple de plus des dangers qu'entraînent les amputations partielles du pied.

.....

3° Lésions graves et nombreuses. — Guérison remarquable.

Le 15 avril 1863, l'ouvrier Aubertin Sébastien, occupé près de Michelau dans une tranchée pratiquée dans le roc, fait une chute et tombe de 15 à 16 mètres de haut sur des blocs de pierres.

Appelé immédiatement pour lui donner des soins, j'arrive sur les lieux, environ trois heures après l'accident et je trouve cet

homme baigné dans une mare de sang et horriblement mutilé, conservant encore à peine une étincelle de vie.

La figure ensanglantée offre, outre quelques plaies légères, une tuméfaction considérable qui ferme entièrement les yeux et qui est surtout prononcée à la partie gauche du front où je crois reconnaître une fracture du crâne. L'avant bras gauche est fracturé près du poignet et les fragments supérieurs du radius et du cubitus sortent par une large plaie qui se trouve en travers de la face antérieure. Le coude du même bras est le siége d'une luxation complète en arrière. Tout le membre offre un gonflement et en même temps un raccourcissement considérables.

Au poignet droit existe également une luxation avec désordre grave des parties molles. La cuisse droite est fracturée, tout le membre est énormément gonflé. Le malade vomit le sang en masse, et quoique la commotion cérébrale existe toujours, la douleur lui arrache des gémissements et quelque fois des cris. Il y a perte complète de connaissance.

En présence de tels désordres, je ne pensais pas avoir besoin de m'occuper de pansement; je ne doutais pas que la mort ne vint m'épargner une telle besogne. Le pouls d'ailleurs devient de plus en plus faible.

Après une attente de 2 à 3 heures, passées dans le même état, j'ai bien dû me décider à le faire transporter à l'hospice central, après avoir réduit les membres disloqués et après avoir appliqué des bandages provisoires.

A son arrivée à Ettelbrück, il a de nouveau vomi près d'un litre de sang. Le pouls, qui est d'une faiblesse extrême, me fait croire qu'il ne passera pas la nuit. Je fais administrer du perchlorure de fer ainsi qu'une potion d'arnica ætherée; des compresses d'eau de Goulard sont appliquées sur la tête et sur les membres.

Le lendemain matin, j'ai retrouvé le malade à peu près dans le même état, seulement le pouls s'était un peu relevé. Les vomissements ne s'étaient plus renouvelés.

Le moment était venu où je devais m'occuper sérieusement du traitement en vue d'une guérison possible. Après avoir soigneusement réduit la fracture de la cuisse droite, j'ai appli-

qué le bandage de Scultet que j'ai cru préférable au bandage amidonné à cause de l'énorme gonflement et parce que je tenais à surveiller sans cesse ce membre. La luxation du poignet droit a également été réduite et entourée d'un bandage convenable. Sur la tête j'ai continué les applications d'eau blanche. Restait le bras gauche.

Une fracture de l'avant-bras avec sortie des fragments osseux par une plaie large et profonde, jointe à la luxation complète du coude et à la meurtrissure des parties molles de tout ce membre, constitue évidemment un cas d'amputation. Cependant je n'ai pas cru devoir recourir à ce moyen extrême parce que mon malade, à cause de l'énorme perte de sang, me paraissait trop affaibli pour pouvoir supporter encore une opération sanglante, et quoique j'attendisse sa fin d'un moment à l'autre, il ne m'appartenait pas de la précipiter.

J'ai donc réduit la fracture ainsi que la luxation, fermé la plaie par des bandelettes aglutinatives et enveloppé tout le membre d'un cataplasme de farine de lin aromatisée.

Ce traitement est continué pendant quinze jours, puis remplacé par un bandage contentif approprié.

Jusque là, l'état général ne s'est que légèrement amélioré; il y a toujours perte de connaissance.

Vers le vingtième jour, il s'est formé sur le dos de la main gauche une large ampoule noire qui me faisait craindre la gangrène; comme d'un autre côté, l'abondante suppuration de la plaie neutralisait les effets d'une trop faible nutrition, j'avais cru que l'amputation pouvait devenir inévitable. J'ai donc prié notre collègue, le Dr Bourggraff, de se rendre à Ettelbrück en consultation, et, le cas échéant, pour m'assister dans l'opération. Le malade, auquel j'ai parlé de cette éventualité, a tout à coup recouvré la raison et m'a déclaré de la manière la plus formelle qu'il préférait plutôt mourir et qu'il ne consentirait pas à l'amputation. Nous avons, du reste, volontiers renoncé à l'opération, en voyant que la crainte de la gangrène n'était pas fondée et que l'ampoule avait probablement été l'effet d'une trop forte compression du bandage.

Pour ne pas trop allonger cette observation, dont je ne veux rapporter que les traits saillants, je passe sous silence les dix

à douze mois qu'a duré ce long et pénible traitement, pour arriver au résultat.

La fracture de la cuisse droite s'est consolidée au bout de deux à trois mois. Comme elle a été oblique, il en est résulté un léger raccourcissement.

La luxation du poignet droit a guéri avec une légère difformité.

Le bras gauche est également guéri *autant qu'il peut l'être*; mais presque toutes les articulations conservent une raideur incurable; les doigts sont comme paralysés; le pouce seul a conservé assez de liberté de mouvement pour pouvoir se rapprocher de l'index et saisir un objet.

L'effet le plus remarquable existe du côté de la tête: toute la moitié gauche du frontal se trouve enfoncée dans le crâne. On peut évaluer à deux centimètres la différence de niveau entre les deux bosses frontales. La vue de l'œil gauche est perdue; il y a paralysie de la rétine due probablement à la compression du nerf optique à son passage dans l'orbite.

On doit donc admettre qu'il y a eu fracture considérable du crâne et on a de la peine à concevoir comment une telle compression sur le cerveau n'a pas amené la mort ou tout au moins une paralysie étendue. *L'intelligence ne laisse rien à désirer.*

La bonne constitution de cet homme, dans la force de l'âge, a sans doute puissamment contribué à son rétablissement. Aubertin a 31 ans; il est Français de naissance.

En voyant la guérison d'Aubertin, on ne doit plus désespérer de rien. C'est sans doute en se fondant sur de tels exemples que la chirurgie moderne est parvenue à restreindre le domaine des opérations sanglantes et à réduire le nombre des mutilations.

Description d'un appareil fort simple, destiné à maintenir la réduction du pied bot chez les enfants en bas-âge.

—

Mémoire présenté par M. le Dr de WACQUANT de Fœtz.

Tous les appareils pour le redressement du pied bot sont munis d'atelles, de courroies, de vis de pression ou de rappel, de ressorts, de lacs, toutes ces pièces exercent des pressions sur le membre et finissent ordinairement par avoir des inconvénients graves, surtout chez les très-jeunes enfants.

La crainte de ces accidents et encore la grande difficulté que nous avons dans notre pays, de nous procurer des instruments et des bandages, joints à la plus grande difficulté que nous éprouvons, quand ces instruments ou ces bandages doivent être modifiés suivant l'exigence des cas qui se présentent dans la pratique, toutes ces difficultés, dis-je, m'ont engagé à appliquer l'appareil en question, et depuis environ quinze ans, je m'en suis servi avec beaucoup de succès.

Cet appareil (voir la planche) consiste en deux semelles en bois (fig. II B), en une planchette (fig. I A) pour y fixer les deux semelles et en bandelettes agglutinatives pour fixer les pieds sur les semelles.

Ainsi, dès que l'on sera parvenu à redresser le pied déformé, soit par les simples efforts de la main, soit par la section préalable des tendons, on aplatira le pied sur la semelle en bois et on l'y fixera au moyen des bandelettes. Les deux pieds ainsi fixés sur les semelles respectives, il ne reste plus qu'à les fixer sur la planchette. Pour cela il se trouve au bord antérieur et au bord postérieur des semelles, deux trous (C. C.) qui correspondent à de pareils trous (C'. C'.) dans la planchette, de sorte qu'il devient facile de les maintenir au moyen de cordons.

Cet appareil a l'avantage de pouvoir être appliqué chez l'enfant au maillot, dès les premiers mois, et l'on peut ainsi profiter de l'époque où les os offrent peu de dureté pour modifier leurs facettes articulaires.

Examinons maintenant l'effet de l'appareil appliqué et prenons pour exemple un cas de varus equin simple ou double, l'effet est le même.

En aplatissant le pied sur la semelle, vous corrigez la flexion du pied sur la plante et vous corrigez en même temps sa flexion sur le bord interne; quand celle-ci est très-tenace on est obligé, après le troisième ou quatrième pansement, d'appliquer une lamelle de fer trempé, bien enroulée de sparadrap, le long du bord externe du pied, lamelle qui est comprise dans les tours de bandelettes et fixée par ce moyen.

En affaissant le coup de pied sur la semelle, vous obviez encore à une autre difformité, c'est-à-dire à l'élévation du calcaneum; puis en fixant les deux pieds sur la planchette au moyen des semelles, vous corrigez les vices de conformation de l'articulation tibio tarsienne, c'est-à-dire que la plante du pied au lieu de faire face en dedans, doit nécessairement faire face au plan commun. Enfin, au moyen de la rangée de trous qui se trouvent sur la planchette, vous pouvez donner graduellement aux pointes des pieds l'écartement désirable (fig. IV).

Si le pied varus equin est simple, s'il n'existe que d'un côté, les efforts du membre sain suffiront pour maintenir autant qu'il est nécessaire la planchette dans une position perpendiculaire à l'axe du corps; mais si les deux pieds offrent la même difformité, il est nécessaire de fixer le bord antérieur de la planchette au moyen d'un lac double, à un double tour de bandelettes, appliquées très-lâchement au-dessus de chaque genou pour éviter la rétraction des tendons d'Achille (fig. IV G.). Le même but peut encore être atteint au moyen du repli de la couverture et du lange.

Cet appareil doit être renouvelé tous les huit jours au commencement, et plus tard, de quinze en quinze jours. Quand l'enfant est en âge de pouvoir se tenir sur les jambes, rien n'empêche de le mettre debout avec la planchette dans une chaise roulante, plus tard, quand il sera à même de pouvoir marcher, il pourra le faire avec les semelles. Du reste, quand les pieds seront arrivés à ce degré de redressement, il sera facile d'appliquer des souliers orthopédiques.

Ophthalmologie.

I.

Drei am grauen Staare Erblindete,

mit Erfolg operirt, von Dr. G. Fonck, aus Luxemburg.

—

Erſter Fall.

Barbara Rabinger, 35 Jahre alt, Ehefrau Ackermann, Schuhmacher, wohnhaft in der Vorſtand Grund. Dieſelbe iſt ſeit 6 Jahren verheirathet, und Mutter von 4 Kindern.

Als ſich dieſelbe mir vor 2 Jahren vorſtellte, gab ſie an, nie krank geweſen zu ſein, desgleichen nie ein Augenleiden überſtanden zu haben. Sie erklärte ferner, ſie ſei auf beiden Augen total erblindet, welcher Zuſtand vor 2 Jahren begonnen und von Tag zu Tag zugenommen habe.

Eine hierauf bezügliche Urſache wußte ſie nicht anzugeben.

Die objektive Unterſuchung bot in beiden Pupillen eine wolkig getrübte, bläulich weiße marmorirte Maſſe dar, in deren Mitte beiderſeits eine dreitheilige Figur ſich zeigte, entſprechend den Zwiſchenräumen der drei Hauptſegmente der vordern Linſenfläche.

Die Iris reagirte beiderſeits gegen Licht ſehr kräftig.

Sonſtige krankhafte Erſcheinungen bot die Erblindete nirgends dar.

Meine geſtellte Diagnose lautete:

Cataracta mollis, matura oculi dextri et sinistri. Die Prognose wurde wegen Mangel anderweitiger Erkrankung, ferner wegen des noch jugendlichen Alters der Patientin als eine höchſt wahrſcheinliche günſtige geſtellt.

Was die Behandlung dieſes doppeltſeitigen Staares anbelangt, ſo entſchloß ich mich, da außer der Operation kein rationelles Mittel

bekannt ist, zu diesem letztern Verfahren. Es blieb nun zu entscheiden, ob in diesem Falle 1) die Discision oder
2) die Dislocation oder
3) die Extraction der erkrankten Linse vorzunehmen sei.

Was 1) die Discision anbelangt, so war sie in diesem Falle contraindizirt, weil bei ausgebildeten Kernstaaren der innige Zusammenhang zwischen Corticalschicht und Linsenkapsel die Retraktion der Kapsel hinter die Iris unmöglich macht. 2) Die Dislocation konnte nicht in Frage kommen, da diese Operation überhaupt bei weichen Staaren contraindizirt ist.

Ich entschloß mich daher zur Extraction der Linse, welche ich am 1. August 1861 unter der Assistenz meiner beiden hochgeschätzten Freunde, der Herren Dr Mayrisch und Dr Niederkorn vornahm.

Die Operation wurde blos auf einem Auge, und zwar dem linken, vorgenommen, da man sich nie a priori auf ein ruhiges Verhalten des Patienten auf so lange Zeit, als die Operation auf beiden Augen erheischen würde, verlassen kann.

Die Kranke hatte 2 Tage vor der Operation ein Abführmittel bekommen, um den Stuhlgang innerhalb der ersten Tage hintanzuhalten.

Für hinlängliche Verpflegung hatte ich auch gesorgt, indem zwei barmherzige Schwestern mir versprochen hatten, abwechselnd Tag und Nacht bei der Operirten zuzubringen.

Die Operation selbst wurde im Sitzen der Kranken, ohne Augenlidhalter, also aus freier Hand, und ohne Chloroformnarkose vollführt, weil ein Narkotisirter beim Erwachen leicht den Pflasterverband aufreißen, und durch seine höchst schwierig zu beschwichtigende Unruhe den Erfolg der Operation durch eintretenden Vorfall des Glaskörpers in Frage stellen kann.

Zur Erweiterung der Pupille hatten wir uns einer Lösung von Atropin. Sulphur. anglican. gr j Aq. destill. drachm. un. bedient.

Nachdem das rechte Auge durch Heftpflasterstreifen verklebt war, hielt der eine Assistent die Fingerspitzen der linken Hand an den untern Tarsalrand des linken obern Augenlids, und drehte das ganze Lid nach oben; seine rechte Hand fixirte das Kinn und drückte zu gleicher Zeit den Kopf der Patientin an seine eigene Brust. Ich zog dann mit den Fingerspitzen der linken Hand das untere linke Augenlied nach unten, und vollführte mit der rechten Hand den Hornhaut-

schnitt nach der Methode von Fr. Jæger nach oben, und zwar wie Letzterer lehrt — aus folgenden Gründen:

1) weil bei dieser Operationsmethode das Augenlid die Hornhautwunde nicht reizen und die Heilung nicht stören kann.

2) weil die Hornhautnarbe nach der Heilung von dem obern Augenlide verdeckt wird.

3) weil in Fällen, in denen später die Bildung einer künstlichen Pupille nöthig wird, diese wegen der Erhaltung der Reinheit der untern Hälfte der Hornhaut besser zu verrichten ist.

4) weil die Linse langsam hervortritt und nicht so leicht ein Vorfall der Iris und des Glaskörpers erfolgt.

Nachdem der Hornhautschnitt vollendet, wurde das Auge einige Augenblicke geschlossen, und dann mit möglichst gelinder Lüftung des Hornhautlappens die vordere Linsenkapsel durch einen Kreuzschnitt mittelst einer zweischneidigen Staarnadel eröffnet.

Alsbald drängte sich die Linse durch die Wirkung der Augenmuskeln in die Pupille und unter den Hornhautlappen hervor, und wurde schließlich mit Hülfe des Daviel'schen Löffels zu Tage gefördert.

Dann ließ ich die Kranke das Auge schließen, nach einigen Minuten wieder öffnen, um einige zurückgebliebene Linsenreste aus der Pupille vermittelst des Daviel'schen Löffels zu entfernen.

Hierauf angestellte Sehversuche fielen vollkommen befriedigend aus, indem die Operirte genau den Rand des Wassers an einem bis zur Hälfte gefüllten Glase mit dem Finger angeben konnte.

Das operirte Auge wurde mittelst Heftpflasterstreifen geschlossen und die Operirte zu Bette gebracht, den Kopf in etwas erhöhter Lage.

Das Sprechen wurde ihr total verboten, absolute Ruhe im Bette angeordnet, knappe, und zwar nur flüßige Diät gestattet, das Zimmer total verdunkelt.

Die ersten drei Tage nach der Operation verstrichen, ohne daß die mindesten Reactionserscheinungen, die ein Einschreiten von unserer Seite erfordert hätten, aufgetreten wären. Am 4ten Tage wurde der Verband entfernt, die Cornealwunde war in toto verschlossen, die Conjunctivalgefäße zeigten noch eine leichte Injection, keine Schmerzen und vollkommenes Sehen.

Vom 4ten Tage an wurde der Operirten gestattet, täglich ein paar Stunden aufrecht sitzend im Bette zuzubringen; das Auge wurde blos

mit einem Leinwandlappen bedeckt; die Diät bestand aus Suppe und leichten Fleischspeisen.

Vom 8ten Tage an durfte die Operirte aufstehen, und den Tag im nur mehr halb verdunkelten Zimmer zubringen.

Sehversuche wurden gestattet, jedoch wurde das Auge noch beständig durch einen grauen Schirm gegen das Licht geschützt.

Am 20sten Tage konnte die Operirte bereits das Zimmer verlassen und jeden Abend nach Sonnenuntergang, mit einem grauen Augenschirme versehen, einige Zeit im Freien zubringen.

Sie sah vollkommen gut, konnte in der Folge mit Hülfe einer Convexbrille nähen, gewöhnliche Druckschrift lesen, ihre häuslichen Arbeiten wieder verrichten, welcher Zustand bis heute zu ihrer größten Zufriedenheit ungetrübt fortdauert.

(Die geheilte Kranke wurde der Versammlung der Aerzte des Großherzogthums Luxemburg am 3. September 1863 vorgestellt.

Zweiter Fall.

Therese Gregorius, 60 Jahre alt, Ehefrau Welfring, Nagelschmied, aus Luxemburg, ist seit 29 Jahren verheirathet, und Mutter von 6 Kindern.

Als sie mich vor 2 Jahren zum ersten Male consultirte, gab sie an in ihrer Jugend, häufig an beiderseitigen Augenentzündungen gelitten zu haben.

Vor 26 Jahren, nach ihrer zweiten Entbindung, soll sie von Neuem eine Augenentzündung beiderseits durchgemacht haben, als deren Folge das heute noch bestehende Leukom auf dem rechten Auge, und der ziemlich bedeutende Cornealfleck auf dem linken Auge geblieben sein sollen.

Das rechte Auge soll damals schon wegen der bedeutenden Hornhauttrübung fast ganz funktionsunfähig gewesen sein, welcher Zustand mit der Zeit immer zugenommen haben soll.

Das linke Auge soll seit 4 Jahren allmählig an Sehkraft abgenommen haben, so zwar, daß die Frau bei der Untersuchung auf beiden Augen total erblindet war.

Die objektive Untersuchung ergab neben den bereits angeführten

Hornhauttrübungen, beiderseits einen graugelben Linsenstaar, wie man ihn bei bejahrten Individuen gewöhnlich antrifft.

Die Diagnose lautete also: Cataracta dura oculi dextri et sinistri; Leucoma dextrum; Macula corneæ oculi sinistri.

Behandlung: Da dieses Leiden nur durch die Operation beseitigt werden konnte, so entschloß ich mich zur Extraction der Linse des linken Auges, die einzige Methode, die bei harten Staaren überhaupt in Anwendung kommen kann.

Ich vollführte dieselbe am 19. September 1861, unter der Assistenz meiner beiden Freunde, der Herren Dr Mayrisch und Dr Niederkorn, gerade nach demselben Schema wie im vorhergehenden Falle.

Die Operation glückte vollkommen: Die Linse trat vollständig hervor, die Pupille erschien gleich ganz schwarz, und angestellte Sehversuche überzeugten uns, daß die Kranke das Tageslicht wieder erlangt hatte.

Der Verband war derselbe wie im ersten Falle; knappe, nur flüßige Diät, ruhiges Liegenbleiben im Bette während 4 Tagen im total verdunkelten Zimmer.

Das Warteperſonal bestand aus zwei barmherzigen Schwestern.

Am 4. Tage wurde der Verband entfernt, die Cornealwunde war geschlossen; außer einer leichten Injektion der Conjunktivalgefäße war Nichts zu bemerken.

Vom 4. Tage an wurde der Operirten täglich ein mehrstündiges Sitzen im Bette gestattet.

Vom 8. Tage an wurde das Aufstehen im halb verdunkelten Zimmer erlaubt, und bereits am 17. Tage nach der Operation konnte die Frau das Zimmer verlassen, und in der Abenddämmerung täglich einige Zeit im Freien, mit einem grauen Augenschirme versehen, zubringen.

Das Sehen ist insoweit als ein vollkommenes zu bezeichnen, als es der vorhandene von früher herrührende Hornhautfleck gestattet.

(Die geheilte Kranke wurde der Versammlung der Aerzte des Großherzogthums Luxemburg am 3. September 1863 vorgestellt.)

Dritter Fall.

Im Herbste 1863 bat mich mein hochgeehrter College, Herr Dr Schmit, aus Ettelbrück, eine im dortigen, unter seiner Leitung stehenden Spitale sich befindende, am grauen Staare leidende Kranke zu operiren.

Anna Kons, gebürtig aus Trier, 19 Jahre alt, fast blödsinnig, bot bei der Untersuchung eine: Cataracta mollis, matura, oculi dextri et sinistri (wie im Falle Nr. 1) dar, welche seit 7 Jahren dauerte.

Operationsmethode: Extraktion der Linse nach demselben Schema wie in den beiden vorigen Fällen.

Sie wurde vorgenommen am 22. Oktober 1863, und bot folgende bemerkenswerthe Einzelnheit dar: Sobald die Linse nach Eröffnung ihrer Kapsel ausgetreten war, preßte die Kranke, trotz unseres Zuredens, das Auge dermaßen zusammen, daß plötzlich ein Einreißen der Membriana hyaloidea, und als Folge ein Austritt von mindestens der Hälfte des Glaskörpers eintrat. Das Auge wurde gleich mittelst Heftpflasterstreifen verklebt, und die Operirte in ihr, in einem total verdunkelten Zimmer befindliches Bett gebracht.

Laut einer spätern Mittheilung des Herrn Dr Schmit, traten in den ersten 4 Tagen, bis zur ersten Abnahme des Verbandes, gar keine Reactionserscheinungen ein; die Nachbehandlung war gerade dieselbe, wie in den beiden vorerwähnten Fällen, und nach Ablauf der zweiten Woche konnte die Operirte bereits des Abends das Zimmer verlassen.

Der Erfolg der Operation kann als ein befriedigender bezeichnet werden, indem die Operirte ganz gut allein herumgehen kann, was nach so einem bedeutenden Glaskörperverlust schwerlich mehr zu erwarten war.

Feinere Sachen soll sie nicht scharf erkennen können (woran vielleicht das Nichttragen einer Brille Schuld ist), indem die Hornhaut an den Durchschnittsstellen trübe geblieben sein soll.

II.

Totalstaphylom des linken Auges.

Operation. — Heilung.

Jakob Pirsch, Minettarbeiter aus Kayl, 45 Jahre alt, verletzte sich am 24. März dieses Jahres das linke Auge während der Arbeit, vermittelst eines Stückes Eisenerz.

Entzündung und sehr bedeutende Abnahme des Gesichtes sollen die ersten Folgen gewesen sein. Dieser Zustand soll bis zum 28. desselben Monates gedauert haben, an welchem Tage gänzlicher Verlust des verletzten Auges eingetreten sein soll.

Der Kranke will nun seit Ende Juni ein beständiges Wachsen des betreffenden Auges bemerkt haben, das schließlich die Bewegung desselben so bedeutend beeinträchtigte und ihm so heftige Schmerzen verursachte, daß Letzterer, da alle äußern und innern Mittel, die er bis Dato angewandt, ihm nichts geholfen, sich an mich wandte, um durch die Operation von seinen Leiden befreit zu werden.

Bei der Untersuchung fand ich den Bulbus des linken Auges in seinem vordern Umfange bedeutend vergrößert, so daß die Lider nur schwer, oft nur mit Hülfe der Finger geschlossen werden konnten. Die zwischen den Lidern erscheinende Geschwulst hatte ungefähr die Größe einer kleinen Haselnuß. Die hervorragende Hornhaut war viel gewölbter als die des gesunden Auges; dieselbe war total trübe, ihre Substanz von zahlreichen strotzenden Gefäßverzweigungen durchzogen; überhaupt erkannte man gleich, daß Strukturveränderung der Hornhaut in toto eingetreten, und das Sehen bis auf einen leichten Schimmer erloschen war.

Die gestellte Diagnose lautete:

Staphyloma totale corneæ oculi sinistri. An ein Wiedererlangen des Sehens ist bekanntlich in solchen Fällen nicht zu denken, das Einzige, was durch die Operation erzielt werden kann, ist 1) Verminderung der Geschwulst, folglich wieder Schlußfähigkeit der Augenlider, 2) folglich Aufhören der Schmerzen, die einerseits hervorgerufen

werden durch das beständige Ausgesetztsein des Auges dem Staube, Schweiß, Wind ꝛc., andererseits durch das Gezerrtsein der Contenta des Bulbus, in Folge der großen Ausdehnung des Letztern. Die einzelnen empfohlenen Operationsmethoden sind (nach Professor Arlt), folgende:

1) Die Compression.

2) Die wiederholte Punktion.

3) Das Einziehen eines Seidenfadens durch die Basis der Geschwulst mit oder ohne Abbindung.

4) Die Aetzung mit Höllenstein oder Spießglanzbutter.

5) Das Ausschneiden einer kleinen Partie an der größten Wölbung der Geschwulst.

6) Die gänzliche Abtragung der Geschwulst mit Messer und Scheere.

Nach dieser letzten, von Beer empfohlenen Methode, der einzigen die man noch heute anwendet, nahm auch ich am 26. August l. J., unter der Assistenz meines hochgeehrten Freundes, des Herrn Dr Niederkorn, die Operation vor. Nachdem das rechte Auge mit Heftpflasterstreifen verklebt war, wurde im Sitzen des Kranken und ohne Chloroformnarkose, nachdem der Assistent das obere linke Augenlid, und ich das untere fixirt hatte, ein mit der Schneide nach unten gekehrtes Staarmesser, in der Mitte des Staphyloms, an der Grenze der Hornhaut ein-, und an der entgegengesetzten Seite ausgestochen, so daß die Hälfte der Geschwulst durchschnitten wurde. Ich faßte hierauf diesen Lappen mit einer Pinzette und durchschnitt mit einem Schnitte den übrigen obern Theil der Geschwulst mit einer nach der Fläche gekrümmten Scheere.

Dann eröffnete ich mit einer Staarnadel die vordere Linsenkapsel und extrahirte die noch vorhandene Linse.

Das operirte Auge wurde mit Heftpflasterstreifen verbunden, das Zimmer etwas verdunkelt, dem Kranken anempfohlen, während den ersten 24 Stunden, beständig kalte Umschläge zu machen, und ein leichtes Laxans verordnet.

Nach 4 Tagen wurde der Verband entfernt: Innerhalb dieser Zeit hatte der Operirte nicht die mindesten Schmerzen verspürt, es war gar keine Reaction eingetreten, und die Hornhautwunde war zum größten Theile bereits geschlossen, indem sich, wie dies ja gewöhnlich geschieht, von den Hornhauträndern plastisches Exsudat abgesetzt, das sich durch seine Organisirung überhäutete.

Dem Patienten wurde anempfohlen, das operirte Auge noch während 8 Tagen verbunden zu tragen: Gegenwärtig (13 Tage nach der Operation) hat dasselbe ungefähr wieder die frühere normale Größe; die Bewegungen der Augenlider sind wieder nach allen Richtungen möglich, und der Operirte ist von seinen früher vorhanden gewesenen Schmerzen total befreit.

(Der geheilte Kranke wurde der Versammlung der Aerzte des Großherzogthums Luxemburg am 8. September 1864 vorgestellt.)

ACCOUCHEMENTS.

NOTE

sur un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorrhagies dans les cavités,

par le Dr BIVORT de Hollerich.

—

On se sert du tamponnement pour les hémorrhagies utérines, notamment dans celles qui surviennent dans le cas d'insertion du placenta au col de la matrice, dans les avortements et dans les hémorrhagies graves qui surviennent dans l'état de vacuité de la matrice ou après des opérations sur cet organe.

On se sert également du tamponnement dans les hémorrhagies graves des fosses nasales; dans celles de l'extrémité inférieure, du rectum, dans celles qui suivent quelquefois l'opération de la taille etc.

Les anciens tampons dont se servent encore la majorité des praticiens, consistent en boulettes de charpie, d'étoupes, de linge etc., trempées ou non dans des solutions astringentes et introduites dans le vagin à l'aide d'un spéculum, dans les fosses nasales à l'aide de la sonde de Belloc, dans l'incision de la taille, sous le nom de chemise de Dupuytren, etc.

I. Dans les *hémorrhagies utérines*, tous les praticiens ont pu observer les inconvénients graves inhérents à ces sortes de tampons. J'énumérerai les principaux:

1) Le tampon, s'il n'est pas très-exactement appliqué, se déplace quelquefois, et ce déplacement arrivant en l'absence de l'homme de l'art, cause souvent la mort;

2) Si le tampon bourre très-exactement la cavité, il est souvent insupportable, surtout lorsqu'il vient à s'imbiber de liquides fétides et plus tard à durcir. Dans ces cas on est souvent obligé de l'enlever à tout prix, pour ne pas provoquer des douleurs intolérables et même des convulsions;

3) Si le sang est très-aqueux, il filtre parfois à travers le tampon qui devient inefficace;

4) On est quelquefois obligé de perdre un temps précieux pour préparer les pièces nécessaires au tamponnement;

5) L'introduction du tampon nécessite des changements de position souvent dangereux et difficiles à effectuer chez des malades très-affaiblies.

Le tampon de Gariel qui consiste en une simple vessie de gutta-percha, munie d'un tube de même substance, ne présente pas à beaucoup près autant d'inconvénients que les anciens tampons. Ainsi, il est facile à introduire, sans changement de position; il exerce une compression douce sur les organes et est facilement supporté; le déplacement n'en est pas fort à craindre. Mais, nous donne-t-il un moyen parfaitement sûr de nous rendre maître d'une hémorrhagie grave pendant un temps suffisamment long?

Voici ce que m'a appris l'expérience: Le tampon étant introduit et insoufflé d'air ou injecté d'eau froide, ordinairement arrête d'abord l'hémorrhagie; mais, au bout d'un certain temps, celle-ci se reproduit souvent malgré la présence du tampon.

Comment expliquer le retour de l'hémorrhagie?

Voici l'explication qui me paraît la plus rationnelle: Le tampon est d'abord froid, par sa basse température il provoque la tonicité des vaisseaux utérins qui sont la source de l'hémorrhagie, leur contraction et la production de caillots protecteurs; en même temps il détermine la contraction des parois musculaires du vagin, de telle sorte que les parois vaginales s'appliquent exactement sur le tampon et qu'il ne reste aucune issue au fluide sanguin. Donc, contraction des vaisseaux, production d'un caillot obturateur, réveil de la tonicité de la fibre musculaire du vagin, obstacle mécanique, tels sont les effets immédiats de l'introduction du tampon et les causes directes de la cessation de l'hémorrhagie.

Si le tampon séjourne pendant un certain temps, ses parois et son contenu se mettent en équilibre de température avec les organes. Or, personne n'ignore que les organes qui sont le siége d'une hémorrhagie grave, sont de véritables foyers qui paraissent absorber, au détriment de l'organisme en général, tout le calorique que celui-ci est capable de produire. Le tampon ne tarde donc pas à s'échauffer considérablement. Il en résulte que les vaisseaux perdent de nouveau la tonicité que la température froide du tampon leur avait rendue, que les parois vaginales dont la contraction n'est plus provoquée énergiquement par la stimulation du froid, se relâchent; que le sang qui sort de nouveau des vaisseaux, filtre entre le tampon et les parois vaginales, et que l'hémorrhagie peut se reproduire avec une certaine gravité, malgré la présence du tampon. Si l'hémorrhagie ne se reproduit pas quelquefois dans ces circonstances, cela provient de ce qu'un caillot de sang assez considérable a déjà pu se produire et boucher les vaisseaux; mais c'est là une circonstance heureuse sur laquelle on ne peut jamais compter avec certitude, car le plus souvent le caillot sauveur n'aura pas pu se former convenablement avant la cessation de la tonicité provoquée par le froid, lequel a été la principale cause de la cessation de l'hémorrhagie.

Si l'hémorrhagie vient à se reproduire, malgré la présence prolongée du tampon, on n'a qu'une seule ressource, celle d'enlever le tampon et de le replacer, ou au moins de laisser s'échapper les fluides qu'il contient pour le remplir de nouveau d'eau froide. Or, pendant ce temps les caillots déjà formés se déplacent et un sang précieux s'écoule au moment où la femme a le besoin le plus urgent du peu qui lui reste.

En réfléchissant aux considérations qui précèdent, on est naturellement conduit à se dire qu'un tampon ne peut être parfait qu'à condition de réunir les qualités suivantes:

1) Il doit être léger, facile à introduire, sans déplacement de la malade;

2) Ne pas gêner par la compression qu'il exerce, de sorte qu'il puisse être laissé en place pendant le temps nécessaire;

3) Il doit ne pas se déplacer facilement;

4) Il doit provoquer, d'une manière permanente, la tonicité des vaisseaux, la contraction des parois vaginales;

5) Il doit pouvoir être laissé en place dans les cas de reproduction de l'hémorrhagie;

6) On doit pouvoir en laisser la surveillance à une sage-femme et même à une personne étrangère à l'art.

L'instrument suivant que par l'intermédiaire de M. François Heldenstein, je viens de faire construire à la fabrique de gutta-percha de Cassel, me semble remplir toutes ces conditions.

Il consiste essentiellement en une vessie légère de gutta-percha en forme de poire, semblable à celle de Gariel, mais pourvue à sa partie inférieure de deux tubes en gutta-percha, dont l'un, de plus fort calibre, s'avance jusque dans l'intérieur du tampon et peut être, par son autre extrémité, mis en communication avec un appareil à injection, et dont l'autre, plus étroit, peut être, par son extrémité libre, mis en communication avec un réservoir. Les deux tubes peuvent être fermés à volonté au moyen de robinets dont ils sont pourvus.

Mon tampon est facilement introduit, comme celui de Gariel, puis, après avoir fermé le tube étroit, on y pousse, par le tube le plus large, une injection d'eau froide, jusqu'à ce que le ballon remplisse toute la cavité vaginale. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrête; mais pour empêcher sa reproduction, il est nécessaire de maintenir l'eau du ballon continuellement froide. Dans ce but, on continue à pousser de temps en temps une injection d'eau froide, tout en ouvrant le tube étroit par lequel s'écoule l'eau tiédie du ballon, jusqu'à ce que l'eau qui sort, soit tout à fait refroidie. De cette manière il est très-facile de maintenir exactement le ballon au même volume et à la même température à la fois; sous l'influence continue du froid, la tonicité des vaisseaux et de la paroi musculaire du vagin est provoquée d'une manière permanente, un caillot protecteur se forme, et toute reproduction de l'hémorrhagie devient impossible.

Si l'hémorrhagie est définitivement arrêtée, on peut fermer les deux tubes et laisser le ballon en place. Si l'hémorrhagie venait ensuite à se reproduire, on n'aurait qu'à pousser de nouveau une injection d'eau froide, pour abaisser la température de l'appareil, sans le déplacer.

L'appareil à injection peut consister en un simple clysopompe, dont l'eau peut être renouvelée à volonté. Dans mon instrument,

il se compose d'un ballon en gutta-percha épais, pourvu de valvules et aboutissant à deux tubes de même matière. Cet instrument qui aspire les fluides par son élasticité, agit par la seule pression de la main et peut servir en même temps pour les injections vaginales et rectales, de sorte qu'il peut remplacer toute espèce de seringue, de clysopompe ou d'irrigateur. On a ainsi, en un seul appareil de petit volume et facilement transportable, tout ce qui est nécessaire pour arrêter toute espèce d'hémorrhagie.

II. Le même mode de tamponnement est applicable à d'autres hémorrhagies, notamment à celles des fosses nasales où le tamponnement par le procédé de Belloc est d'une application difficile et occasionne une gêne insupportable, sans qu'on ait la certitude de se rendre maître de l'hémorrhagie. Dans ces cas on a appliqué également un tampon de Gariel, modifié pour la circonstance. Ici encore ce moyen n'est pas parfaitement sûr et il ne le devient que lorsqu'on adaptè également à cet instrument un second tube étroit, de manière qu'on puisse maintenir la vessie continuellement à l'état de basse température. On peut de plus adapter à l'extrémité du petit tampon une pochette, pour en faciliter l'introduction dans les fosses nasales au moyen d'un stylet.

III. J'ai vu, après l'opération de la taille, survenir une hémorrhagie grave que la chemise de Dupuytren a été incapable d'arrêter. Dans ce cas, je pense que mon tampon à refroidissement continu, aurait pu être de la plus grande utilité.

Je terminerai, en disant que j'ai déjà eu l'occasion d'appliquer mon appareil dans plusieurs cas d'hémorrhagie grave par retention du placenta dans le col de la matrice au troisième ou quatrième mois de la grossesse et qu'il a fonctionné convenablement et avec succès, quoique j'ai dû, dans quelques cas, le laisser à la garde d'une sage-femme. Je pense qu'il sera particulièrement utiles dans les cas si graves d'insertion du placenta au col de la matrice.

Je me réserve de communiquer ultérieurement à la Société d'autres applications des vessies de gutta-percha à refroidissement continu, notamment pour remplacer les compresses froides et même l'irrigation continue dans les plaies de tête, les contusions graves et les fractures.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

Mémoires présentés par M. E. FISCHER, vétérinaire à Luxembourg.

1° Observation d'une maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un entozoaire,

Les maladies qui ont pour cause prochaine la présence des entozoaires, ont fait l'objet d'études particulières dans les derniers temps. Les intéressants travaux publiés par MM. de Siebold, Haubner, Küchenmeister, van Beneden, Leuckart, Davaine etc., ont jeté un nouveau jour sur la genèse de plusieurs entozoaires, et conséquemment sur quelques-unes des causes des maladies dues aux helminthes. Ces travaux ont procuré à la science naturelle et médicale une des plus belles découvertes des dernières années. La migration de plusieurs helminthes, d'une espèce animale à l'autre, est aujourd'hui clairement démontrée, et les partisans de la génération spontanée, pour expliquer des phénomènes jusqu'alors couverts d'un voile obscur, sont battus dans leurs derniers retranchements. C'est principalement par l'expérimentation directe sur les animaux que les savants précités sont parvenus à démontrer que des entozoaires dans une espèce animale, transportés dans une autre, se développent et constituent alors ce que, par erreur, on croyait jusque là une autre espèce, et qui n'est cependant que la même à un autre degré de perfection — de même comme la larve d'insecte, quand les conditions naturelles lui sont favorables, se métamorphose en chrysalide et ensuite en insecte parfait, sans que, dans ces trois états différents, l'animal cesse de constituer un individu d'une seule et même espèce.

Les parasites intérieurs, envisagés comme produits morbides accidentels, sont très-communs, et sont fréquemment observés

et combattus dans les deux médecines. Ils sont bien connus sous le rapport de l'anatomie pathologique, en médecine vétérinaire surtout, où le praticien est dans le cas d'avoir plus souvent recours à la nécroscopie que dans l'autre médecine.

Le cas qui fait le sujet de la présente notice, m'a cependant paru spécial, ce qui m'a engagé à le communiquer à l'honorable Société. Je vais d'abord en faire la description et je présenterai ensuite quelques considérations qui m'ont été suggérées par le peu de recherches bibliographiques que j'ai pu faire sur cette question.

Vers la fin du mois d'août 1859, mes soins furent réclamés pour traiter un poulain, âgé d'environ six mois. Ce poulain offrait, d'après ce que le propriétaire m'en dit, depuis environ un mois et demi, une diarrhée chronique et intermittente. Cette diarrhée, après avoir duré pendant quatre à six jours, était suivie d'évacuations alvines plus consistantes pendant autant de temps, pour reparaître ensuite. L'animal de race commune du pays, placé dans une écurie saine et aérée, où les animaux sont ordinairement entourés de soins convenables et bien nourris, surtout pendant le jeune âge, était maigre et faible. Depuis que la diarrhée s'était manifestée, l'appétit laissait de plus en plus à désirer.

Pendant plus de quinze jours, j'ai traité cet animal par les opiacés et les astringents végétaux à l'intérieur, sans obtenir de résultat favorable. J'ai alors eu recours à une médication substitutive, et j'ai fait administrer un purgatif pour substituer une purgation artificielle à la purgation morbide. J'avais pour cela uni l'aloès au calomel, dans l'intention d'agir en même temps comme vermifuge, pour éventuellement débarasser le tube intestinal des vers qu'on voit quelquefois dans le jeune âge, produire la diarrhée. Il y a eu purgation plus forte, mais sans qu'on ait aperçu des helminthes dans les excrémens. Le devoiement n'a pas duré plus de trois jours ; il a cessé peu à peu sous l'influence de toniques que je faisais administrer. Mes peines n'ont pas été couronnées de succès ; le malade est devenu de plus en plus faible et il a succombé pendant la nuit, dix jours après l'administration du purgatif, dans un état d'adynamie très-avancée.

Le jour suivant, j'ai fait l'autopsie d'une manière assez minutieuse pour pouvoir avancer qu'il n'y avait que les lésions pathologiques que je vais décrire. Outre l'aspect pâle plus décoloré qu'à l'état normal, de la plupart des tissus, j'ai trouvé tout l'intestin grêle, mais principalement la partie flottante, parsemée à l'intérieur de plaques cicatrisées et de petites tuberosités sans muqueuses. Jusque là rien d'extraordinaire, quoique des lésions de ce genre soient rares chez les animaux, à tel point que la dothinentherie chez eux a été niée par des auteurs vétérinaires. Mais quand j'ai examiné l'intérieur de ces tuberosités qui étaient en moyenne de la grosseur approximative d'une phaséole, j'ai trouvé que c'étaient de petits abcès qui contenaient, outre une petite quantité d'un pus blanc grisâtre, chacun un petit ver d'un blanc brunâtre. Dans tout le canal intestinal minutieusement ouvert, depuis et y compris l'estomac jusqu'à l'anus, je n'ai pas trouvé un seul ver intestinal; il n'y avait qu'une petite quantité de matière alimentaire mêlée de liquide secrêté qui faisait que le tout apparaissait sous forme semi-liquide.

Je joins à la présente quatre de ces petits entozoaires que j'ai conservés dans de l'alcool, ainsi qu'une partie de l'intestin parsemé de plaques et d'abcès sous muqueux tels que je viens de les décrire. J'ai fait quelques recherches pour spécifier l'helminthe en question, pour voir si déjà il a été observé et décrit, ou si ce ne serait peut-être pas une espèce nouvelle.

Le professeur Andral, dans son *précis d'anatomie pathologique* [1]), dit dans une note, avoir souvent trouvé dans l'épaisseur des parois de l'estomac du cheval, des tumeurs dures, de texture cellulo-fibreuse, creusées à leur intérieur de loges nombreuses dans lesquelles existaient de petits vers blancs, vivaces, longs de quelques lignes, cylindroïdes; plusieurs sortis de ces loges, qui semblaient être leur demeure habituelle, étaient repandus à la surface interne de l'estomac. M. Andral dit en outre, que les vétérinaires connaissent ces entozoaires sous le nom de *crinons*. Je n'ai pu trouver dans aucun des ouvrages vétérinaires que je possède, des éclaircissements sur ce que dit M. Andral des crinons. J'ai tout lieu de croire que ce patholo-

[1]) Voir édition de Bruxelles 1837, tome 1er, page 427.

giste a pris ces renseignements dans l'ouvrage de Chabert, intitulé: *Traité des maladies vermineuses dans les animaux*, dont une première édition a paru à Paris en 1782, et une seconde et dernière édition en 1787. Quoiqu'il en soit, il n'y a, dans ce qu'il en dit, qu'une analogie assez éloignée avec le cas que j'ai observé. C'est avec les crinons que Rudolphi a créé le genre *Strongylus*, et j'établirai plus bas que l'entozoaire que j'ai trouvé, doit évidemment être un strongylus.

Le professeur Gurlt de Berlin, dans son anatomie pathologique [1]) dit, que chez le cheval il n'est pas rare de trouver dans l'estomac des athérômes, espèces de kystes, entre la membrane muqueuse et la musculaire, offrant une petite ouverture du côté de la cavité de l'estomac, et contenant, outre un liquide jaunâtre, l'entozoaire désigné par Rudolphi, sous le nom de *Spiroptera megastoma*, souvent en grande quantité. Il me paraît évident qu'il y a ici une analogie complète avec l'état morbide dont parle Andral, et que le spiroptère megastome de Gurlt doit être le crinon d'Andral.

Dans le compte-rendu de la clinique de l'institut impérial vétérinaire de Vienne de l'année 1857—1858, [2]) il est rapporté d'une manière très-laconique qu'on a observé comme cas très-rare, le spiroptère megastome dans une tumeur kysteuse de l'intestin grêle. Le professeur Fuchs, aujourd'hui à l'université de Heidelberg, dit dans son anatomie pathologique [3]) que les deux espèces d'entozoaires nématodes, connues sous les noms de Strongylus (Sclerostomum) armatus et tetracanthus ont été observées dans la membrane muqueuse du gros intestin, dans le pancreas et dans la cavité intestinale chez le cheval.

Valenciennes, dans le compte-rendu de l'Acad. des Sciences, 1843, t. XVII, p. 71, dit qu'on rencontre chez le cheval des tumeurs vermineuses dans l'intestin colon; que les entozoaires

---

[1]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Haussäugethiere. Berlin 1831, 1ter Theil, Seite 155.

[2]) Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Veterinärkunde — XII, 2tes Heft, 1859, Seite 120.

[3]) Pathologische Anatomie der Haussäugethiere. Leipzig, 1859, Seite 347.

qu'elles renferment, y vivent solitaires, et qu'ils appartiennent au genre *Strongle.* [1])

J'ai examiné au microscope l'entozoaire que j'ai trouvé, et j'avais d'abord pensé que c'était le cavitaire nématode que Gurlt, dans son ouvrage précité, désigne d'après Rudolphi sous le nom de Spiroptera megastoma, et qu'il a indiqué comme se trouvant dans les kystes muqueux hyperthrophiés de la muqueuse stomacale de la partie droite chez le cheval. Cependant, un examen plus minutieux m'a démontré que j'avais à faire à une espèce du genre voisin, strongylus, et nommément à l'une des espèces, *strongylus armatus* ou *strongylus tetracanthus.* J'ai commis la faute de ne pas examiner immédiatement après l'autopsie les entozoaires au microscope, ce qui a fait que les caractères ne se sont pas offerts avec toute la clareté désirable. Du reste, je ne crois pas bien important de pousser cette spécification plus loin, attendu que pour Rudolphi ces deux espèces de strongle n'en constituent qu'une seule. Si l'un ou l'autre des honorables membres de la Société avait le goût et la volonté de se livrer à ce genre de recherches, il pourrait, au moyen des vers à retirer encore des quelques kystes qui se trouvent dans les portions intestinales que je soumets à la Société, parvenir à une spécification plus exacte que celle à laquelle j'ai pu arriver. Je crois superflu de faire une description minutieuse des quelques exemplaires d'helminthes que j'ai l'honneur de présenter à la Société. D'après les auteurs, on connaît deux variétés de ce strongle : une grande et une petite. J'ai pu distinguer que l'un des exemplaires est une femelle de la grande variété et un autre, un mâle de la petite variété.

A en juger d'après le silence de nos ouvrages classiques, j'avais d'abord cru avoir fait une découverte. Dans les quelques traités de pathologie humaine que j'ai pu consulter, je n'ai pas non plus trouvé la relation d'une maladie intestinale ayant quelqu'analogie avec celle que j'avais observée. Cependant, les recherches que je viens d'avoir eu l'honneur de vous communiquer, prouvent que le vieil adage qui dit qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, s'applique à mon observation. Il est vrai que les états morbides que relatent les autorités que je viens

---

[1]) Traité des entozoaires par Davaine, 1860, page 692.

de citer, n'ont qu'une analogie assez éloignée avec celui que j'ai eu l'honneur de décrire devant vous.

Je crois inutile de me livrer à des hypothèses pour chercher à expliquer comment et de quelle manière l'helminthe était arrivé sous la muqueuse intestinale, ni de discuter si j'ai convenablement traité mon malade. Je ferai seulement observer, ce dont vous pourrez aussi vous convaincre vous-mêmes, que je n'ai pas vu sur les petites tumeurs intestinales, les perforations dont parlent Andral et Gurlt. Les abcès qui s'étaient ouverts pendant la vie de l'animal et dont les cicatrises étaient encore apparentes, ont cependant dû repandre les strongles dans l'intérieur de l'intestin. Comme, à l'autopsie, je n'y ai pas découvert d'helminthe du tout, il faut croire qu'ils avaient été évacués, soit à cause de la diarrhée, soit comme effet de la médication à laquelle le malade avait été soumis.

Malgré l'absence d'originalité de mon observation, j'ai cependant cru devoir en faire le sujet d'un travail pour la Société. Mes recherches démontrent que cette maladie helminthique a été rarement observée, et je suis porté à croire, que d'autres encore que moi, n'en soupçonnaient même pas l'existence. En vétérinaire, il arrive encore assez souvent que des poulains ou des veaux succombent après des diarrhées chroniques, rebelles à toutes les médications. Je suis en droit de penser que si dans ces cas on voulait se donner la peine de s'éclairer par l'ouverture du cadavre, on trouverait souvent la vraie nature du mal dans la présence de l'entozoaire en question sous la membrane muqueuse intestinale, où il doit amener une profonde et incurable perturbation dans les fonctions de la digestion.

2° Extraction d'un calcul vésical chez le cheval.

—

En offrant à la Société un calcul extrait de la vessie d'un cheval hongre qui, ensuite, est guéri des suites de l'opération, je n'ai pas l'intention de faire la relation d'un cas bien rare en médecine vétérinaire. Cependant, la rareté des calculs vésicaux chez le cheval dans le Grand-Duché, du moins dans les parages où j'exerce, relativement à d'autres pays où cette maladie paraît plus fréquente, m'a souvent étonné. Depuis plus de vingt ans que je pratique, je n'ai observé que trois fois le calcul urinaire chez le cheval; deux fois dans l'urèthre et une fois dans la vessie.

Ce qui m'engage à vous présenter la description d'un cas d'uréthro-cystotomie, c'est que le procédé opératoire que j'ai suivi, a été beaucoup plus élémentaire, pour ne pas dire plus simple, que celui généralement recommandé par les auteurs, et que, malgré la grande dilacération à laquelle j'ai dû me livrer pour parvenir à l'enlèvement de la concrétion calculeuse, et malgré une faute grave que j'ai commise en opérant, l'animal a été guéri. Mon observation constitue une preuve de plus que dans les cas les plus désespérés, il ne faut pas se décourager, et que, dans les cas extrêmes, il ne faut pas toujours s'abstenir d'avoir recours aux grands moyens, surtout quand il s'agit du traitement de la brute.

En 1855, me trouvant dans le village de Frisange, un laboureur me présente un cheval hongre de trait, âgé de 7 à 8 ans, dans un état d'embompoint médiocre, atteint de coliques depuis plusieurs jours, se campant presque continuellement pour uriner, et ne parvenant qu'avec peine, et cela encore bien rarement, à expulser quelques gouttes d'une urine rougeâtre. L'animal offre des symptômes fébriles et il sue par plaques.

J'introduis la main dans le rectum pour m'instruire sur l'état de la vessie. Je trouve de suite vers le col un corps dur, de la grosseur d'un œuf, et pouvant, par la main, être glissé un peu

en avant et en arrière. Je voyais que j'avais à faire à un calcul vésical. J'en fais part au propriétaire de l'animal, en lui disant qu'il fallait essayer de guérir l'animal par l'extraction de la pierre, et que si on le laissait tel qu'il est, qu'il devait inévitablement succomber endéans peu de temps. Ce cultivateur me prie de risquer l'opération de suite, et séance tenante.

L'animal couché sur une bonne litière et convenablement maintenu, j'introduis une sonde dans l'urèthre et j'y fais une incision sur le contour ischiatique à environ deux pouces du sphincter de l'anus. J'introduis une sonde cannelée par l'incision, dans la vessie, jusque sur le calcul; je fais une incision dans la voûte du col de la vessie, au moyen d'un bistouri boutonné, et il me devient possible d'introduire une petite pince que j'avais sur moi, et de saisir le calcul par la pointe. Mais je ne parviens pas à le faire bouger, et à cause de son peu de consistance, la pointe se réduit en gravier et il me devient impossible de saisir une autre partie de la pierre. Je fais ensuite introduire par un aide la main dans le rectum, et je me fais maintenir le calcul en arrière, aussi rapproché que possible de l'incision près du contour ischiatique. Par l'introduction du doigt, je constate que la concrétion est enchatonnée, et que je ne puis pas l'enlever sans la dégager de la membrane qui l'enveloppe et à laquelle elle adhère assez intimement. J'agrandis alors considérablement l'ouverture, de manière à introduire la main, et pour cela j'ai dû me livrer à des dilacérations qui ont compris l'arthère bulbeuse. Je détache au moyen de la main, et non sans peines, le calcul de son enveloppe, tout en le faisant maintenir en arrière par l'aide, et je parviens à l'amener au dehors dans l'état tel que je vous le présente. Le procédé que la circonstance des choses m'a porté à mettre en exécution, est un procédé sous-pubien au périnéal qui a beaucoup d'analogie avec le procédé opératoire de la taille qu en médecine humaine on désignait sous la dénomination de *lythotomie par le petit appareil*, à cause du petit nombre d'instruments qu'il réclamait, ou méthode de Celse; seulement, au lieu d'une petite incision, j'en ai fait relativement une grande.

L'hémorrhagie a été considérable, en même temps que l'urine s'écoulait par un jet abondant. J'appose un tampon au moyen de quelques points de suture, et le sang continue à s'écouler

par l'urèthre. Je fais appliquer continuellement pendant trente-six heures de l'eau froide sur la partie opérée. L'hémorrhagie s'arrête, l'animal urine convenablement, l'appétit et la gaîté renaissent. Le quatrième jour j'enlève le tampon. Il s'établit une fistule urinaire, qui guérit d'elle-même au bout de vingt-quatre jours.

Ce cas prouve que l'incision de l'artère bulbeuse n'est pas une faute aussi grave qu'on le croit généralement, et que l'infiltration urinaire n'est pas beaucoup à craindre malgré les grandes dilacérations qu'on peut être dans le cas de devoir faire.

Le lithotriteur est encore aujourd'hui un instrument inconnu dans la chirurgie vétérinaire; du moins, je ne connais qu'un seul cas de lithotritie opéré sur le cheval à l'école d'Alfort, par M. H. Bouley, professeur de clinique, assisté pour pratiquer cette opération par M. le docteur Guillau, inventeur d'un instrument lithotriteur. [1]) Je me suis demandé si un calcul enchatonné dans une membrane à laquelle il adhère — fausse membrane ou muqueuse épaissie de la vessie elle-même — si ce calcul aurait pu être broyé sans danger, en supposant que j'aie eu un lithotriteur s'adaptant à son volume.

3° Note relative à la fécondité des femelles issues d'une naissance jumelle.

Les naissances jumelles dans l'espèce bovine sont rares, et il paraît qu'autrefois elles étaient plus rares encore. Depuis les perfectionnements que les nouveaux modes d'élevage ont introduits dans les races, en faisant un peu plier la nature aux exigences d'une agriculture plus productive, les naissances jumelles chez les espèces unipares sont devenues plus fréquentes. C'est parmi les races bovines perfectionnées et précoces du Nord, principalement en Angleterre et en Hollande que les naissances jumelles sont le plus fréquemment observées.

[1]) Voir Recueil de médecine vétérinaire de 1863, page 81.

Depuis une trentaine d'années il est admis dans les pays que de je viens citer, que dans les naissances jumelles dont les individus sont *d'un sexe différent*, la femelle reste frappée de stérilité. En France, cette circonstance n'était pour ainsi dire pas connue, et ce n'est que depuis peu qu'un jeune vétérinaire du Grand-Duché, M. A. Neyen, l'y a fait connaître, par la publication d'une bonne analyse des travaux auxquels cette question physiologique a donné lieu. [1]) Cette stérilité s'explique, en ce que, chez les jumeaux, dont l'un est mâle et l'autre femelle, il y a toujours des défectuosités dans l'appareil génital chez la femelle, de manière que cet appareil n'est pas apte à la reproduction. Ces anomalies dans l'appareil reproducteur ont été maintes fois constatées et elles sont variables. Je trouve inutile de les décrire dans la présente note. Je ferai seulement observer en passant, que cette circonstance pourrait donner lieu à une observation de physiologie comparée. Il me semble qu'il pourrait être intéressant de savoir, si dans l'espèce humaine, il en est de même?

Je viens de poser la règle générale par rapport à la stérilité des génisses provenant d'une gestion double quand l'autre veau a été un mâle. Ce fait ne constitue cependant pas une loi physiologique comme on a voulu le dire, parce qu'il comporte des exceptions. Aux exceptions qui ont été rapportées par le savant Numann, directeur de l'école vétérinaire d'Utrecht, j'en ajouterai une que j'ai observée récemment, pour démontrer que dans l'espèce on ne peut se prononcer qu'avec probabilité et non avec certitude.

L'année dernière j'ai acheté chez M. L..... à R....., plusieurs génisses de demi-sang ayrshire, dont l'une, la plus belle, était née jumelle et avait un mâle pour jumeau. Cette génisse, placée dans l'étable de M. E.... à H....., pour qui je l'avais achetée, entre en chaleur et est plusieurs fois saillie sans concevoir; je craignais même qu'elle ne devienne taurellière. J'avais informé M. E.... que cette génisse ne porterait pas veau, tout en lui en expliquant la cause. La suite m'a donné un démenti, la génisse en question est devenue pleine et au mois de février dernier, elle a mis un beau veau au monde.

---

[1]) Voir Recueil du médecine vétérinaire de 1863.

4° Empoisonnement des chevaux d'une écurie par la paille rouillée.

—

Je crois que jamais encore, on n'a vu la rouille sévir dans le Grand-Duché, d'une manière aussi intense et aussi générale sur les froments comme en 1863. Il faut croire que dans d'autres pays, et même déjà pendant l'antiquité, la production parasite qui constitue la rouille, a occasionné de grands ravages, attendu que, chez les anciens romains, on avait une divinité préservatrice de la rouille.

La rouille, ainsi que j'ai eu l'occasion de le noter dans une publication indigène, [1]) est une maladie propre aux plantes de la famille des graminées, particulièrement aux froments. Elle consiste en une production cryptogamique, qui a beaucoup d'analogies avec celle qui constitue le charbon chez les végétaux. Le champignon microscopique qui la constitue, appartient à la famille des uredinées et les botanistes l'ont spécifié sous le nom de *uredo rubigo vera.* Elle attaque les chaumes et surtout les feuilles des céréales avant la maturité. Abondante comme elle l'a été pendant l'été dernier, la rouille a fait pâlir les feuilles de beaucoup de champs de froment et leur a donné un aspect jaune particulier. Elle était tellement abondante, que quand on traversait un champ de froment infecté, on en sortait, les souliers et le bas du pantalon couverts de poussière rouge. En 1863, l'infection cryptogamique constituant la rouille, s'est produite dans nos champs de froment, au moment où les plantes étaient dans leur plus forte végétation, après que l'atmosphère avait été imprégnée pendant quelque temps d'un excès d'humidité.

Les animaux qui ne sont pas trop affamés, ne mangent qu'avec répugnance les pailles rouillées. On dit en général que ces pailles sont malsaines, et des expériences peu connues, tentées à l'école vétérinaire de Lyon, il y a bien longtemps, paraissent

---

[1]) Publication de la Société des sciences naturelles du Grand-Duché de Luxembourg — II, 1854, page 187.

prouver que l'usage prolongé de cette paille occasionne des affections charbonneuses et putrides. J'ai lieu de croire que nulle part, dans les annales de la science médicale vétérinaire, il ne se trouve consigné une observation qui attribue un empoisonnement direct à la rouille.

Pendant l'automne dernier, chez le sieur D....., propriétaire-cultivateur à D., sept chevaux de trait placés dans une écurie, sont atteints d'une entérite diarrhéique que je n'ai pu attribuer qu'à une intoxication. Les chevaux, bien nourris pendant les travaux nécessités par les semailles d'automne, sont tout d'un coup relégués dans l'écurie, après la cessation de ces travaux. Comme alors ces animaux ne travaillaient plus, et par mesure d'économie, on ne les nourrissait plus que de paille de froment et de déchets du battage en grange. Au bout de dix jours de ce régime, l'un des chevaux gagne de légères coliques accompagnées de diarrhée, d'inappétance et de tristesse. Ces symptômes de colique durent jusqu'au lendemain où l'on remarque les mêmes symptômes chez deux autres chevaux. C'est alors qu'on vient me consulter. Je prescris une potion dans laquelle je fais entrer l'opium et le sel de nitre comme principes actifs, et en outre, la diète et le barbottage à la farine d'orge. Le lendemain on trouve de l'amélioration dans l'état des chevaux pour lesquels j'avais été consulté, mais on constate aussi que les quatre autres chevaux de la même écurie sont atteints de la même maladie. De ces quatre nouveaux malades, deux juments pleines ne sont atteintes qu'à un degré à peine appréciable. La crainte inspirée par l'extension de la maladie engage le propriétaire à m'appeler. Arrivé sur les lieux, je trouve outre les symptômes ci-dessus énoncés, de l'abattement, le pouls accéléré, la teinte des conjonctives jaunâtre. Mais ce qui me rassurait, c'est que les premiers malades étaient en pleine convalescence. Je dirai de suite que le même traitement appliqué aux autres malades, les a remis en état de santé parfaite au bout de quelques jours.

Dans les recherches que j'ai faites pour découvrir la cause de cette singulière maladie, j'ai de suite été porté à penser qu'elle ne pouvait être qu'une espèce d'empoisonnement, qu'elle ne pouvait être due qu'à l'ingestion d'une substance délétère avec les aliments. Deux jeunes chevaux appartenant au même

propriétaire, placés dans une écurie à part, ne différant cependant pas de l'écurie principale sous le rapport hygiénique, n'ont pas présenté le moindre symptôme maladif. Ces deux derniers ont jusque là été nourris au foin et à l'avoine, tandis que ceux qui se trouvaient dans l'écurie principale n'avaient reçu pour toute nourriture que de la paille et des menues-pailles. En examinant ces pailles de froment, j'ai constaté qu'elles avaient été fortement rouillés. Les personnes chargées de soigner ces chevaux m'ont assuré que depuis la fin des semailles, ceux qui étaient malades, n'avaient vraiment été nourris qu'avec de la paille fortement rouillée, tandis que les deux animaux qui n'ont pas présenté de symptômes morbides, n'avaient pas mangé de cette paille. Il serait donc bien difficile d'attribuer la maladie en question à une autre cause qu'à l'ingestion des cryptogames malfaisants qui constituent la rouille de la paille du froment.

J'avais craint que les juments pleines n'avortassent, d'autant plus qu'on me disait que tous ces animaux affectés buvaient de très-fortes quantités d'eau. Le changement de nourriture, joint au traitement susdit, a remis l'écurie en question sur un bon pied.

Des observations constatant les qualités délétères de la paille moisie sur l'homme, ont été faites dans les derniers temps, [1]) et consignées dans les journaux de médecine.

---

[1]) Voir Annales vétérinaires belges — 1864, page 49.

PHARMACIE.

Ueber Bieranalyſen,

von

Herrn Apotheker **Franz ROTHERMEL**, von Eſch a. d. Alzette.

Liebig ſagte vor einigen Jahren in einem ſeiner Vorträge über geiſtige Gährung: Das Bier, dieſes malzreiche Getränk, iſt nicht zum Berauſchen erfunden worden, ſondern nur, um den Durſt zu ſtillen, deßhalb ſoll es Zweck des Bierbrauers ſein nur ein ſchwaches Bier zu brauen. Die Kunſt des Bierbrauers beſteht alſo darin, ein ſchwaches, haltbares Bier fabriziren zu können!

Nach Dr. Fuchs beſteht das Bier aus vier beſonderen Stoffen, nämlich:

1° Kohlensäure.
2° Wasser.
3° Extract.
4° Alkohol.

Die Kohlensäure, wenn ſie nicht künſtlich zugeſetzt worden iſt und demnach nicht zu bedeutend iſt, gibt dem Biere das Durſtlöſchende. Je mehr Alkohol im Biere iſt, deſto ſtärker natürlich iſt das Bier und nach Liebig dann zu verwerfen, wenn es zu viel Alkohol enthält! Je mehr Extract im Biere iſt, deſto mehr fremde Stoffe ſind zugegen, welche vielleicht nicht darin enthalten ſein ſollten, denn der Hopfen, welcher dem Biere zugeſetzt wird, um es haltbar zu machen, kann auch durch jeden andern bittern Stoff erſetzt werden, hinterläßt dann aber jedes Mal mehr Extract wie der Hopfen, welcher zuweilen ſehr theuer iſt und dann durch den Bierbrauer durch andere, zuweilen ſchädliche Stoffe erſetzt wird, wie z. B. Opium, Quassia, Absynthium, Coriander, Gentian, Strychnin, Terra japonica, Kockelskörner. Dieſe Stoffe ſind nun in der Analyſe ſchwer auf chemiſchem Wege nachzuweiſen, nur, wie geſagt, laſſen dieſelben einen größeren

Extractbestand zurück, wie Hopfen allein, und sind deßhalb auch keine gesunden Biere zu nennen. Die Medicinalpolizei müßte deßhalb den Bierbrauer im Auge halten, damit derselbe nicht in den Fall käme, solche giftige, somit schädliche Stoffe dem Biere anstatt Hopfen zuzusetzen!

Was das Wasser angeht, so weiß jeder Mensch, daß der größte Bestandtheil des Bieres Wasser ist!

Jetzt zur hallymetrischen Bierprobe selbst:

Sie beruht im Wesentlichen auf der Eigenschaft des Kochsalzes, sich bei jeder Temperatur zwischen 0° und 100° C. in einer gleich großen Menge Wassers aufzulösen. 100 Theile Wasser nehmen nämlich 36 Theile Kochsalz auf. Beim Auflösen des Kochsalzes im Biere wirkt nur das Wasser auflösend, die Kohlensäure entweicht und wird durch den Verlust bestimmt; das aufgelöste Kochsalz zeigt den Wassergehalt an, und zieht man diesen nebst der Kohlensäure von der in Arbeit genommenen Biermenge ab, so bleiben Extract und Alkohol übrig. Um das Gewicht des Extract's zu erfahren, kocht man eine neue Quantität Bier zur Verjagung des Alkohol's und der Kohlensäure, und bestimmt in dem Rückstande die Wassermenge mittelst Kochsalz. Zieht man nun die Extractmenge von dem Gesammtgewicht des Extract's und Alkohol's ab, so bekommt man die Menge des Alkohol's, aber wie direkte Versuche gelehrt haben, nicht als wasserfreien, sondern als Weingeist von 45 Gewichtsprocenten. Man hat also noch aus diesem Weingeist den absoluten Alkohol zu berechnen, und seinen Wassergehalt der bereits gefundenen Wassermenge hinzu zu addiren. Das zur Prüfung dienende Kochsalz muß chemisch rein, gut ausgetrocknet und fein gepulvert sein. Man nimmt immer mehr Kochsalz als sich muthmaßlich auflösen würde, bestimmt die Menge des nicht gelösten durch Messen, und erfährt durch Abziehen derselben von der des angewandten Salzes, wie viel sich aufgelöst hat. Zum Messen des nicht gelösten Salzes dient der Hallymeter, ein $1\frac{1}{3}$ Zoll weiter und (incl. der Verengerung) $4\frac{1}{2}$ Zoll langer Glascylinder, der sich nach unten kegelförmig zuspitzt und hier in eine enge, 3 Zoll lange, unten geschlossene und in eine Anzahl von Graden getheilte Röhre ausläuft. Jeder Grad dieser engen Röhre wird von 1 Gran gepulvertem und von gesättigter Kochsalzlösung durchdrungenem Kochsalze ausgefüllt.

Die mir zur Normalanalyse dienende Analyse habe ich in München, unter Leitung meines Lehrers, Herrn Prof. D^{r} Wittstein, ausgeführt

und wurde ein gewöhnliches Münchener Bier dazu angewandt; es bestanden darnach 1000 Gran des untersuchten Bieres aus:

Kohlensäure	=	1 . 80
Wasser	=	910 . 30
Extract	=	54 . 50
Alkohol	=	33 . 40
		1000 . 00

Ehe ich jedoch das Resultat meiner Analysen mitheile, sehe ich mich noch zu ein paar nothwendigen Bemerkungen gezwungen, die ich der guten Verständlichkeit wegen vorausschicken muß.

Ich habe für diese Analysen nur Märzbier angewandt und habe die Proben alle an diesjährigen Bieren gemacht, so daß vielleicht bei der nächsten Märzbiersaison ein ganz anderes Resultat herauskäme, wenn die Biere wieder untersucht würden; auch habe ich vorzüglich darauf gehalten, Biere zu bekommen, die in und um Luxemburg getrunken werden, nur von einem nicht luxemburgischen Bierbrauer habe ich Bier untersucht, da ich dasselbe nahe an der Hand hatte, so konnte ich mir auch leicht desselben verschaffen.

Nach dem allgemeinen Ueberblick dieser Analysen ist die Kohlensäure bei allen Bieren zu bedeutend, und meiner Ansicht nach unterliegt es keinem Zweifel, daß alle unsere Bierbrauer ihren Bieren doppelt kohlensaures Natron zusetzen; die Herren wissen, welchen Einfluß dieses Salz bei häufigem Genuß auf den gesunden Organismus ausübt.

Wenn die Herren das Resultat meiner Analysen gehört haben werden, so können dieselben selbst über das beste luxemburgische Bier urtheilen und es dann anwenden, wo es ihnen am Besten dünkt, ich bin jeder Zeit bereit, der Gesellschaft Aufschluß über alle hier im Lande fabrizirten Biere zu geben, resp. dieselben zu untersuchen!

N° 1. Mathias Funck im Grund.	Kohlensäure.	=	17 . 00	= 1000
	Wasser.	=	899 , 92	
	Extract.	=	52 . 08	
	Alkohol.	=	31 , 00	

N° 2. Gansen-Fisch in Eich.	Kohlensäure.	=	10 . 00	= 1000
	Wasser.	=	898 . 70	
	Extract.	=	52 . 80	
	Alkohol.	=	38 . 50	
N° 3. Brasserie Mansfeld in Clausen.	Kohlensäure.	=	10 . 00	= 1000
	Wasser.	=	919 . 20	
	Extract.	=	41 . 40	
	Alkohol.	=	29 . 40	
N° 4. Witwe Mousel in Clausen.	Kohlensäure.	=	5 . 00	= 1000
	Wasser.	=	918 . 59	
	Extract.	=	60 . 00	
	Alkohol.	=	16 . 41	
N° 5. Buchholtz-Wawer in Hollerich.	Kohlensäure.	=	7 . 00	= 1000
	Wasser.	=	908 . 30	
	Extract.	=	47 . 00	
	Alkohol.	=	37 . 40	
N° 6. Printz. im Pfaffenthal.	Kohlensäure.	=	6 . 00	= 1000
	Wasser.	=	896 . 98	
	Extract.	=	52 . 80	
	Alkohol.	=	44 . 22	

N° 7. Funck-Erdmer.	Kohlensäure. Wasser. Extract. Alkohol.	= = = =	10 . 00 915 . 83 43 . 05 31 . 12	= 1000
N° 8. Hochmuth in Differdingen brasserie Dumoulin.	Kohlensäure. Wasser. Extract. Alkohol.	= = = =	10 . 00 894 . 03 55 . 45 40 . 52	= 1000

RAPPORTS

FAITS

SUR PLUSIEURS

DES

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

Rapport sur les observations de M. le Dr NIEDERKORN, lues en Séance générale le 3 septembre 1863,

par M. le Dr BIWORT, de Hollerich.

I. La première observation de M. Niederkorn a pour titre: « Névralgie du nerf maxillaire supérieur guéri par une incision gingivale. » C'est l'observation d'un jeune homme qui souffrait depuis cinq jours de douleurs fortes sous-orbitaires dans la rangée dentaire de l'os maxillaire supérieur gauche. L'inspection avait prouvé que les douleurs étaient sous la dépendance de l'éruption de la dent de sagesse. M. Niederkorn fît à la gencive tuméfiée une incision cruciale et la douleur qui avait résisté à des révulsifs et à un liniment calmant, céda comme par enchantement.

Je demanderai la permission de critiquer le titre de l'observation. En effet, on est convenu d'appeler névralgie, une douleur siégeant sur le trajet d'un nerf, sans qu'il soit possible de lui assigner une cause matérielle. Or, ici la cause matérielle était bien évidente et le malade, selon moi, n'était pas atteint d'une véritable névralgie, mais de douleurs simulant peut-être une névralgie; je dis peut-être, parce qu'on n'a pas mentionné dans l'observation si, réellement, il existait quelques points douloureux caractéristiques à l'émergence des filets sous-cutanés du

nerf trifacial, et si la douleur présentait les caractères des douleurs névralgiques, à savoir, la combinaison de deux sortes de douleurs: l'une fixe, contusive, l'autre vive et lancinante. A mon avis, il faudrait donc changer le titre de l'observation et dire: Efficacité d'une incision gingivale cruciale dans un cas de douleurs vives provoquées par l'éruption de la dent de sagesse. Le cas n'en reste pas moins intéressant, et je serais heureux si M. Niederkorn et mes autres confrères fesaient part à la société, de leur expérience relativement aux incisions gingivales dans les cas d'accidents provoqués par une dentition difficile chez les enfants, car les auteurs ne sont pas parfaitement d'accord sur leur efficacité, et à cet égard, mon opinion personnelle n'est pas encore complétement fixée.

II. La seconde observation de M. Niederkorn est relative à des hydatides évacuées par les urines. Cette observation est très-intéressante, car les hydatides des reins sont assez rares chez l'homme. M. Grisolle dit qu'elles sont beaucoup plus fréquentes chez le mouton; MM. les vétérinaires pourraient peut-être nou séclairer sur ce point. Les acéphalocystes ou hydatides des reins ont généralement une durée fort longue et comme elles n'occupent habituellement qu'un seul rein, leur gravité d'ordinaire n'est pas plus grande que dans l'observation de M. Niederkorn. Les hydatides dont il a fait don à la société, renferment évidemment le ver nommé échinocoque, parce que M. Niederkorn en a observé les crochets sous le microscope.

Jusque dans ces derniers temps, on a voulu nier les mouvements de ce ver, mais grâce à l'ophthalmoscope, le Dr Liebreich a pu en découvrir un dans l'intérieur de l'œil sur le vivant, et en suivre les mouvements de sorte qu'il ne reste plus le moindre doute sur la vie indépendante de ces petits êtres.

Il paraît que les échinocoques sont comme les cysticerques, le scolex ou embryon de certain ténias. De Siebold et Van Beneden ont fait à ce sujet des expériences curieuses qui prouvent que des échinocoques provenant du porc et avalés par des chiens, s'y développent et forment une espèce de ténia qu'on appelle tænia nana. Si l'individu qui fait le sujet de l'observation se représentait, il serait curieux de faire avaler par quelque

jeune chien, les hydatides fraîchement expulsés pour savoir, s'ils ne donneraient pas également naissance à des ténias.

Quant au traitement institué, je ne peux que l'approuver de tous points. Je ferai observer à ce sujet que dans des cas pareils, l'administration des préparations d'iôde dont la présence est si facile à constater dans l'urine, serait peut-être très-utile par l'action toxique qu'elles exerceraient sur les vers.

III. M. Niederkorn nous a encore présenté une observation intéressante sur la grande efficacité du kousso ou brayera anthelminthica contre le ténia. Qu'il me suffise de dire ici que M. Niederkorn a réussi à expulser un ténia entier en une heure de temps après l'ingestion en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle d'une décoction de ℥Vi de fl. brayer. anthelmint. dans eau q. s. pour une colature de ℥Viii.

Le brayera anthelm. usité en Abyssine depuis un temps immémorial, paraît être réellement d'une efficacité hors ligne contre le ténia. Malheureusement on l'accuse d'être fort cher et par conséquent d'être parfois falsifié par des substances toxiques (v. Bouchardat, formulaire 1858).

Suivant Bouchardat, le kousso serait précisément avec l'écorce de grenadier, le meilleur remède contre le ténia solium, contre lequel la fougère mâle échouerait souvent.

Heureusement que la Société posséde l'exemplaire donné par M. Niederkorn, et que nous pourrons nous convaincre de sa nature.

RAPPORT

sur la communication de M. le Dr SCHMIT, d'Ettelbruck, relativement au traitement du ténia par la racine de fougère mâle,

par M. le Dr BIVORT, de Hollerich.

—

M. le Dr Schmit, d'Ettelbruck, nous a communiqué le fruit de sa longue expérience dans l'administration de la racine de fougère mâle contre le ténia. Il a réussi plus de cinquante fois à provoquer l'expulsion du ténia à l'aide de l'administration de 4 à 6 gros de poudre de racine de fougère mâle, précédée et suivie de celle d'une à deux onces d'huile de ricin. M. Schmit insiste particulièrement sur la nécessité d'administrer la racine fraîche et pulvérisée.

Il est en effet remarquable que la plupart des traités de pathologie interne et de thérapeutique, n'insistent nullement sur ces deux conditions indispensables de la bonne administration de la fougère mâle.

Cependant on trouve dans le formulaire de M. Bouchardat, édition de 1858, des indications très-précises à ce sujet. Il est dès à présent parfaitement démontré que la fougère, pour être efficace, doit être administrée sous forme de poudre de racine fraîche ou d'extrait éthéré, récemment préparé au moyen de la racine fraîche, car le principe actif de la fougère mâle est évidemment une oléo-résine, en partie volatile qui s'altère et disparaît même entièrement avec le temps. Si, en effet, on observe des rhizomes frais de fougère mâle et qu'on les compare à ces mêmes rhizomes, conservés dans les pharmacies pendant une année seulement, on trouve la trame des rhizomes frais remplie d'une matière verdâtre qui disparaît entièrement dans les rhizomes anciens, lesquels prennent une couleur brunâtre, perdent leur odeur et une partie notable de leur poids et paraissent complétement inertes. La poudre qui d'abord est verdâtre, prend avec le temps une couleur cannelle et doit être rejetée.

Aussi, même les recommandations du codex prussien qui fait

loi chez nous, quoiquelles indiquent le fait, ne me paraissent-elles pas complétement suffisantes. Le codex dit :

« Rhizoma filicis maris ne ultra annum servetur, » or, l'expérience démontre que bien avant cette limite, les rhizomes sont déjà notablement altérés.

Quant à la poudre, le codex recommande ce qui suit :

« Ad pulverem parandum rhizoma e petiolorum residuis squammisque et radicibus liberatum una cum reliquis petiolorum degluptis, caute siccetur et pulvis viridis in vasis bene obturatis servetur, pulvis cinnamomei coloris rejiciatur. »

Il est clair que la poudre, pour être parfaitement efficace, doit être administrée avant d'avoir subi aucune espèce d'altération et qu'il n'y a qu'un moyen de se mettre complétement à l'abri de cet inconvénient, c'est de l'administrer entièrement fraîche. Sous ce rapport, je donne mon entier assentiment à la recommandation de M. Schmit, de faire râper cette racine fraîche au lieu de la soumettre à la dessication, car quelles que soient les précautions qu'on observe dans cette dessication, une partie de l'huile essentielle doit nécessairement être perdue.

Il résulte des considérations précédentes, que beaucoup d'auteurs ont eu tort de conseiller la décoction de fougère mâle, car évidemment elle ne peut contenir qu'une faible proportion du principe actif.

MM. Bouchardat et Schmit diffèrent sur la dose qu'il faut administrer; ainsi M. Bouchardat recommande l'administration d'une onze à deux onces de poudre en un jour, tandis que M. Schmit ne donne que le tiers de cette dose et réussit bien. C'est un fait à noter, car pourquoi fatiguer inutilement les voies digestives par de trop fortes doses?

Il y a dans le mémoire de M. Schmit une lacune importante. On sait qu'il y a plusieurs espèces de ténias qui habitent le canal digestif de l'homme. Les deux principales sont le ténia solium et le bothriocéphalus latus. Or ce dernier, au dire des auteurs, notamment de MM. Gervais et Van Beneden, dans leur excellente zoologie médicale, est pour ainsi dire exclusif à certaines contrées qui sont : la Russie, la Pologne et la Suisse. Les autres parties de l'Europe présenteraient d'ordinaire le ténia solium. M. Schmit qui a réussi à expulser au moins une cinquantaine de ces parasites, doit pouvoir nous renseigner sur

l'espèce de ténia propre à notre pays. On sait que le bothriocéphale et le ténia solium diffèrent surtout par les caractères suivants : la tête du bothriocéphale ne présente pas de crochets, la tête du ténia solium est pourvue de crochets à l'aide desquels il se fixe aux parois intestinales.

Les articles ou cucurbitains du bothriocéphale sont en général plus larges que longs ; le contraire a lieu pour le ténia : ce caractère est cependant plus ou moins relatif. Un caractère essentiel qui distingue les deux genres, c'est que chez le bothriocéphale, les organes génitaux s'ouvrent en dessous, tandis que chez le ténia ils s'ouvrent sur le côté. Enfin, le bothriocéphale n'ayant pas de crochets, est plus facile à expulser en entier.

D'après M. Bouchardat, la racine de fougère mâle serait d'une efficacité incontestable contre le bothriocéphale et échouerait le plus souvent contre le ténia armé. On serait donc porté à croire d'après l'observation de ce savant, que les vers solitaires expulsés par M. Schmit étaient des bothriocéphales, et aux pays énumérés plus haut comme étant plus particulièrement infestés de cet animal, il faudrait ajouter notre petit Luxembourg ; ou bien que le principe posé par M. Bouchardat est inexact et que la racine de fougère mâle est tout aussi efficace contre le redoutable ténia solium qu'elle l'est contre le bothriocéphale.

Une autre étude intéressante, sous le rapport de l'hygiène préventive, eût été celle de savoir comment les malades ont pu gagner le ver solitaire. Il est aujourd'hui généralement admis que le ténia solium n'est qu'un développement ultérieur du cysticerque du porc et se produit à la suite de l'ingestion de la viande de cet animal. Quant au bothriocéphale, on le rencontre même chez les herbivores, et l'on ne sait pas encore positivement par quelles métamorphoses il passe. Peut-être que le scolex se trouve à l'état libre dans certaines eaux ou sur des végétaux mangés crus. On voit quel intérêt scientifique et hygiénique s'attacherait à des recherches positives sur la nature du ver solitaire, propre à nos contrées.

Je terminerai, en exprimant ma reconnaissance à M. Schmit pour son intéressante communication qui m'a mis à même de fixer, une fois pour toutes, mon opinion sur la valeur de la fougère mâle comme téniafuge.

Rapport sur le Mémoire de M. le Dr BIVORT, intitulé : **Plaie de l'artère radiale, etc.,** *par M. le Dr FELTGEN, de Mersch.*

—

Dans ce Mémoire, M. le Dr Bivort nous fait l'histoire de la guérison d'un anévrysme traumatique de l'artère radiale au niveau du poignet, guérison amenée par la seule ligature de l'artère radiale au lieu d'élection, après que la compression de l'artère humérale au moyen du tourniquet ne fut pas supportée, que la compression digitale de l'artère humérale continuée pendant trois jours et trois nuits consécutifs, n'avait eu aucun résultat et que l'auteur avait vainement tenté de lier l'artère radiale dans la circonscription de l'inflammation qui entourait la plaie.

Pour arrêter les hémorrhagies graves de la paume de la main et du poignet, ainsi que pour amener la guérison des anévrysmes, ayant leur siége dans cette région, on a conseillé différents procédés, et pour chacun de ces procédés, on a enregistré des cas de succès.

Pour ce qui regarde l'hémorrhagie dans le cas rapporté par M. Bivort, l'application de moyens topiques (solution de perchlorure de fer) a suffi pour l'arrêter et il fut inutile pour elle de recourir au moyen extrême, la ligature centrale. Cette question cependant se présente pour combattre l'anévrysme qui se forma consécutivement à la lésion de l'artère radiale, après que d'autres moyens institués à cet effet, furent restés sans succès. L'auteur eut la chance de réussir par la ligature la plus simple, celle de l'artère radiale au lieu d'élection, ce qui le conduit à la conseiller dans des cas pareils au sien.

En parcourant la casuistique des opérations de ligature nécessitées par les hémorrhagies et les anévrysmes dont il s'agit, on arrive à ce résultat que dans la plus grande majorité des cas, ce fut la ligature simultanée de l'artère radiale et de l'artère cubitale qui amena la guérison, que dans un nombre de cas assez considérable encore, cette double ligature fut insuffisante et qu'il a fallu faire la ligature de l'artère humérale,

enfin qu'ils sont très-rares, les cas où la ligature de l'artère radiale seule ou de l'artère cubitale seule ait suffi, soit pour arrêter une hémorrhagie soit pour guérir un anévrysme de la paume de la main ou du poignet.

L'auteur croit voir une cause auxiliaire du succès qu'il a eu, dans la circonstance que la compression digitale ayant été exercée auparavant, il en serait résulté une suppression du cours du sang dans les branches anastomotiques, reliant les artères radiale et cubitale. Je suis d'accord avec l'auteur d'admettre la possibilité du fait, mais je suis de l'avis que dans la grande majorité des cas où la ligature d'une seule artère réussit, l'on a à faire à une disposition anatomique particulière, et qui consiste en ce que les branches anastomotiques sont moins nombreuses et de moindre calibre qu'elles ne le sont ordinairement. Cette même circonstance décidera également, vu le calibre de l'artère interosseuse, entre la ligature simultanée des deux artères de l'avant-bras et la ligature de l'artère humérale.

Je ne veux pas dire cependant que d'autres circonstances favorables ne puissent quelque fois s'ajouter à celle que je viens d'énoncer, ou même agir seules, telle que celle invoquée par l'auteur, telle encore que l'occlusion d'artérioles par suite d'inflammation etc., mais comme toutes ces circonstances favorables ne se rencontrent que dans les cas exceptionnels et qu'on ne peut guère les prévoir, il reste toujours prudent de se tenir dans les cas pathologiques en question (et cela, notamment pour les hémorrhagies) à la règle pratique telle qu'elle découle de l'expérience, c'est-à-dire à la ligature des deux artères de l'avant-bras, sauf à avoir recours à la ligature de l'artère humérale, si la chose devenait nécessaire.

Les auteurs de tous les temps sont d'accord à voir dans la ligature centrale le moyen le plus efficace à opposer aux hémorrhagies et anévrysmes artériels. Beaucoup d'autres moyens ont encore été mis en usage et ont parfois amené un bon résultat; tels sont: 1° la compression exercée par un bandage, enveloppant tout le membre et comprimant spécialement à l'aide de pelottes ou coussins, soit le sac anévrysmal, soit l'artère entre celui-ci et le cœur, et 2° la compression exercée à l'aide du tourniquet. Ces deux sortes de compression forment un m.

moins sûr, agissant plus lentement et étant moins généralement applicable que la ligature.

Un moyen plus moderne est la compression digitale, très ventée par les médecins français. La pression ainsi exercée est certes la moins douloureuse, elle permet d'épargner les nerfs, les veines et la peau, mais elle a l'inconvénient de se faire difficilement et surtout d'être dificilement continuée pendant le temps nécessaire, outre qu'elle serait capable de provoquer la gangrène, ce qui a engendré le conseil de la part de quelques auteurs, de l'exercer d'une manière intermittente. La plus grave objection qu'on puisse lui faire, c'est le doute fondé qu'on doit avoir de son efficacité. Le moyen a tout à fait échoué dans le cas de l'auteur ; un commencement de gangrène s'est présenté ; l'intermittence dans la compression aurait peut-être évité ce facheux incident, mais la guérison de l'anévrysme aurait été douteuse en ne se servant que de la compression.

Comme d'autres moyens quelquefois employés contre les anévrysmes artériels, je citerai l'électro-puncture, l'injection de substances coagulantes telles que le perchlorure de fer et la galvano-caustique. Ces trois méthodes ont pour but principal d'amener l'occlusion du sac anévrysmal par la coagulation successive de son contenu. Si parfois, il y a réussite, ce sont cependant des moyens infidèles, mais auxquels on a quelquefois recours quand d'autres moyens sont impraticables, p. ex. l'électro-poncture dans les cas d'anévrysme des gros troncs artériels, où la ligature centrale ne peut pas se faire.

Le Dr Hart, anglais, vient d'employer une méthode nouvelle pour guérir les anévrysmes : elle consiste dans la flexion forcée des membres continuée pendant un certain temps et interrompue seulement quand la position devient douloureuse. Le cours du sang est sinon interrompu du moins considérablement ralenti par la flexion de l'artère et la compression qu'elle éprouve de la part des masses musculaires contractées. Sur douze cas (anévrysme du creux poplité et du pli du coude), neuf ont été guéris radicalement au bout de quelques semaines.

L'histoire du malade de M. Bivort soulève encore une question importante, celle de la ligature des artères dans les tissus enflammés. M. le professeur Nélaton a enseigné récemment,

contrairement au précepte de M. Dupuytren, que la chose était non-seulement possible, mais même applicable sans hésitation et sans crainte d'accident ou de non-réussite, à M. Bivort, il a été impossible de lier l'artère dans l'étendue de l'inflammation, elle était confondue avec les tissus au point de ne plus pouvoir être reconnue, et l'aurait-elle été, M. Bivort est d'avis que le fil de la ligature l'aurait coupée immédiatement.

Il s'agit surtout ici de savoir si M. Bivort s'est donné la peine nécessaire pour rechercher l'artère? Un suintement du sang en nappe, quand le tourniquet fut relâché, pouvait très-bien provenir du sac anévrysmal que M. Bivort dit avoir déchiré; ensuite il est difficile d'admettre que le tissu d'une artère se transforme tellement par l'inflammation qu'il se confonde avec les tissus ambiants, s'y dissolve pour ainsi dire. Les exemples sur lesquels M. Nélaton base son opinion, parlent tout à fait contre une telle éventualité.

Je suis de l'avis que, par suite de l'inflammation, le tissu cellulaire très-laxe, qui relie l'artère à sa gaîne et celle-ci aux tissus ambiants subit une tuméfaction qui, empêchant le libre glissement de la gaîne et de l'artère, aura pour effet de rendre plus difficile la recherche et l'isolement de l'artère, mais ceci une fois fait, la ligature agira comme à l'ordinaire, c'est-à-dire déchirera les deux membranes internes en laissant intacte l'adventitia dont les parois seront rapprochées de manière à exclure le lumen de l'artère.

RAPPORT

sur un Mémoire présenté dans la dernière Assemblée générale de la Société des Sciences médicales, par M. le Dr BIVORT, de Hollerich, et s'intitulant:

Note sur un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorrhagies dans les cavités,

par M. le Dr FELTGEN, de Mersch.

Le nouveau mode de tamponnement, préconisé par l'auteur, consiste en une modification du tampon de Gariel, permettant de maintenir *constamment* à une basse température, le contenu liquide du ballon, *sans qu'on ait besoin de déplacer l'appareil.*

L'auteur considère le tamponnement, suivant Gariel, dans les hémorrhagies utérines, comme supérieur aux autres modes de tamponnement, en ce que ce tampon, tout préparé qu'il est, s'applique promptement et facilement, sans nécessité de déplacer la personne souvent affaiblie, et exactement sans occasionner de gêne par une pression trop forte ou inégale, ce qui arrive aux autres tampons, après qu'ils se sont imprégnés de liquides fétides qui viennent à durcir, et sans permettre comme ceux-ci à un sang aqueux de filtrer à travers.

Le tampon de Gariel, comme du reste les autres tampons, forme un obstacle mécanique à l'hémorrhagie, mais son effet hémostatique principal est dû à la basse température de l'eau y contenue; cette basse température produit la contraction des vaisseaux, la formation de caillots obturateurs, le réveil de la tonicité de la fibre musculaire du vagin, etc. Cependant l'eau s'échauffant rapidement, l'effet hémostatique principal se perd et l'hémorrhagie peut recommencer et souvent recommence. Enlever alors le tampon ou le laisser s'affaisser par l'évacuation du contenu, pour le remplir de nouveau d'eau froide, peut, en favorisant le déplacement des caillots, occasionner une forte hémorrhagie dans un moment critique. C'est à ce grave danger que la modification apportée par l'auteur à l'appareil de Gariel, cherche à remédier. En effet, cette modification permet de faire une injection froide dans le ballon ouvert au dehors par un

second tube à extrémité extérieure, presque capillaire, et par laquelle s'écoule le liquide échauffé.

On maintient ainsi facilement le ballon au même volume et à la même température, sans le déplacer, et le double effet hémostatique est devenu permanent.

Je suis parfaitement d'accord avec l'auteur de voir inhérents aux tampons, autres que celui de Gariel, les inconvénients signalés par lui et de leur préférer ce dernier pour tous les cas d'hémorrhagie utérine où le tamponnement est indiqué. Je suis également d'avis qu'il est rationnel d'admettre que la modification apportée par l'auteur à l'appareil de Gariel, constitue une invention utile et heureuse, et que l'expérience sanctionnera. Le tampon de Gariel, déjà supérieur en lui même aux autres espèces de tampons, serait ainsi devenu un instrument très-utile et très-pratique. Cette dernière qualité est, sans doute, rehaussée encore par le petit volume de l'appareil ainsi que par l'appareil à injection qui le complète et qui dispense de se munir d'un appareil spécialement destiné à cet effet.

L'auteur nous rapporte un cas où son instrument lui a rendu le service qu'il en attendait, c'était celui d'une hémorrhagie grave par suite de retention du placenta dans le col de la matrice, dans un cas d'avortement au troisième mois.

A l'égard de cette observation, j'ai une remarque à faire: que l'auteur ait réussi à arrêter l'hémorrhagie, je l'admets, et pourtant je ne puis voir dans ce cas une indication pour le tampon; n'était-il pas plus rationnel d'enlever le placenta (qui a dû l'être), tant comme corps étranger que comme cause de l'hémorrhagie; retenu dans le col, le placenta était facile à atteindre et à extraire, malgré le spasme qui n'était pas assez fort pour empêcher l'hémorrhagie de se produire au dehors? En général, les cas d'hémorrhagies utérines graves ne sont pas rares où le tamponnement n'est pas seulement inutile, mais même absolument contre-indiqué.

Je ne crois pas que l'instrument de M. Bivort soit d'une grande utilité dans les hémorrhagies nasales; le principe qui constitue la modification aurait certainement sa valeur ici comme partout ailleurs, mais le ballon sera difficile à introduire, il ne s'adaptera pas aux parois, si unfractueuses des fosses nasales, ne

bouchera guère les arrières-narines, ce qui cependant s'obtient par le tamponnement ordinaire.

Pour ce qui regarde les hémorrhagies par le rectum, je crois que la méthode de M. Bivort conserve la même supériorité sur les autres modes de tamponnement que dans les cas d'hémorrhagies utérines. Le ballon s'introduira facilement à l'aide du spéculum.

Je conclus que l'instrument de M. Bivort a un mérite incontestable, celui de permettre le refroidissement continuel, sans déplacement de l'instrument, circonstance qui est du plus grand poids surtout dans les cas d'hémorrhagies utérines graves.

Rapport sur le Mémoire présenté par M. Eug. FISCHER, intitulé :

Maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un entozoaire,

par M. Ch. FABER, Directeur de l'école agricole à Echternach.

Dans votre séance du 3 septembre dernier, votre section vétérinaire m'a chargé de vous rendre compte d'une notice présentée par M. Eugène Fischer, sur une maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un entozoaire.

Je vais avoir l'honneur de vous faire connaître mon opinion sur ce travail, remarquable sous plus d'un rapport.

Avant de relater l'observation formant le sujet de sa notice, M. E. Fischer rappelle succintement les découvertes faites durant ces derniers temps, dans la voie de l'étiologie des maladies dues à la présence des entozoaires. Il cite les auteurs dont les travaux ont démontré la migration de plusieurs helminthes d'une espèce animale à l'autre. Il pense avec raison que ces travaux battent dans leurs derniers retranchements, les partisans de la génération spontanée.

M. E. Fischer énonce ensuite les signes pathognomoniques de l'affection particulière par lui observée sur un poulain; puis il énumère les recherches biographiques auxquelles il s'est livré pour parvenir à spécifier l'entozoaire en question, ainsi que les recherches microscopiques faites à ce sujet; il l'attribue au genre Strongylus, espèce soit armatus soit tetracanthus.

Vous avez pu constater comme moi Messieurs, par la pièce pathologique ainsi que par les petits entozoaires présentés par l'auteur, que ces faits sont émis avec une lucidité que je me plais à vous signaler.

Enfin, l'auteur conclut modestement à l'absence d'originalité de son observation, tout en exprimant l'opinion, qu'en vétérinaire, l'ouverture plus fréquente du cadavre démontrerait que les poulains ou les veaux qui succombent à des diarrhées chroniques, rebelles à toutes les médications, ont souvent pour vraie cause la présence de l'entozoaire en question sous la membrane muqueuse intestinale.

Telle est, Messieurs, en substance, l'observation faite par M. E. Fischer; elle présente, selon moi, un grand intérêt pratique pour la médecine vétérinaire et, j'oserai presque dire, pour les sciences en général, car à mon avis, le fait le plus saillant, le plus méritant qui en ressort, c'est de contribuer à faire vibrer une corde toute nouvelle de la biologie.

M. Fischer a examiné au microscope l'entozoaire par lui trouvé; or, vous le savez Messieurs, de nos jours, le mouvement des sciences biologiques se traduit surtout par une tendance à l'examen des détails de l'organisme à l'aide du microscope, cet admirable engin de Zacharie Jans, puis de Malpighi. La science moderne apprend, avec le secours du microscope, que des espèces invisibles d'animaux soumis à des transformations diverses, en remplissent d'autres; elle démontre que la perfection ne se mesure ni à la taille, ni au volume, et que les animaux les plus minimes revèlent souvent dans leur texture un art plus merveilleux que les espèces qui semblent plus parfaites.

M. E. Fischer parle des récents travaux qui démontrent la migration de plusieurs helminthes d'une espèce animale à l'autre, et battent, dans leurs derniers retranchements, les partisans de la génération spontanée. M. Fischer aurait peut-être pu compléter sa pensée en parlant aussi des transformations suc-

cessives subies par les entozoaires, transformations qui souvent ont contribué à faire distinguer une seule et même espèce, voire même une seule et même variété, en plusieurs.

Vous ne l'ignorez pas Messieurs, depuis plusieurs années, deux découvertes importantes ont préoccupé et préoccupent encore les zoologistes qui se livrent plus spécialement à l'étude du développement des animaux: la génération alternante et la parthénogénie. Il y a des animaux qui peuvent devenir féconds sans le rapprochement des sexes; tel est le fait fondamental qui constitue la parthénogénie. M. de Siebold en a rapporté des exemples observés sur les abeilles, les vers à soie etc.

La génération alternante paraît être générale chez les animaux inférieurs. Elle consiste dans une succession de métamorphoses qu'on peut d'après le Dr Erneste Faivre, [1]) formuler ainsi: «Un »individu sexué donne naissance à des produits dépourvus de »sexes, souvent très-dissemblables à leurs parents et susceptibles »de se reproduire par des bourgeons; on les appelle des nour»rices. Chaque nourrice, après une ou plusieurs métamorphoses, »donne de nouveau naissance à un individu sexué. C'est ainsi »qu'alternent les générations. Les petits-fils sexués ressemblent »à leur aïeul: les fils dépourvus de sexe, ne ressemblent pas »à leur père.»

Vous me pardonnerez, Messieurs, de vous parler ici de ces phénomènes de reproduction; j'ai cru devoir les signaler pour corroborer l'opinion émise par M. E. Fischer sur la génération spontannée.

Vous savez, Messieurs, que les transformations curieuses dont il s'agit, ont été, durant ces derniers temps, l'objet de bien des recherches. Je vous demanderai donc la permission de vous en citer quelques-unes; je les ai puisées, en partie au moins, dans les ouvrages que mon honorable ami, le Dr Becker d'Echternach, membre de votre association, a bien voulu mettre à ma disposition.

Vous connaissez tous, les éminents travaux du professeur Leukart de Giessen; il a étudié, après beaucoup d'autres obervateurs, la transformation des vers intestinaux; [2]) il a vérifié

---

[1]) Du progrès des sciences naturelles, Paris, février 1858, — d'après la *Revue des Deux-Mondes.*

[2]) Les cystotoenias et leur développement, Giessen 1856.

les faits presque incroyables sur les phases suc cessives de leur développement.

Le Ténia, avant d'arriver à sa forme dernière, est déjà passé par trois états successifs. De l'œuf est sortie un embryon armé de six crochets et dépourvu de vésicules: c'est le premier état; l'embryon s'est développé, sa tête s'est modifiée, une vésicule pleine de liquide s'est formée à l'extrémité de son corps. Dans cette seconde forme, longtemps considérée comme une espèce à part (le cysticerque), la larve du ténia manque d'appareil reproducteur; mais elle émet des bourgeons, et chaque bourgeon devient à son tour une larve nouvelle. Le cysticerque ne reste pas toujours sous sa forme première: sa vésicule se détruit, son corps s'allonge, et le ténia pourvu de sexe, est formé: c'est la troisième phase du développement, mais ce n'est pas la dernière.

Küchenmeister [1]) a également démontré que le cysticercus cellulosae se change dans l'interieur du canal alimentaire en Taenia solium. Cependant Küchenmeister indique encore des caractères différentiels bien tranchés entre Taenia solium et Taenia midiocanellata dans *Grœvell's Notizen für praktische Aerzte*, publiées par le Dr Helfet. [2])

Molin de Padoue [3]) dit également que tous les ténias, à l'exception du Dibothrium latum, parcourent quatre phases différentes avant d'atteindre leur développement. Dans la première phase, il dénomme l'animal: Proto-scolex; dans la seconde: cysticercus et dans la troisième: strobilus.

Le Dr Siebold [3]) en parlant de la fréquence des helminthes chez les populations africaines, rapporte qu'il n'est pas rare de trouver le canal digestif des indigènes peuplé par une quantité incroyable d'helminthes; tel cadavre lui a parfois présenté des centaines d'exemplaires de Strongylus, puis des ténia solium, plus des individus d'autres espèces; il n'est pas impossible d'admettre que ces diverses espèces ne sont que des phases différentes de développement d'individus en train de se transformer.

---

[1]) Wiener mediciniſche Wochenſchrift, 1855.

[2]) Nouvelle série, Vme volume, ou XIVme volume de toute la série. Berlin 1862, page 48.

[3]) Oeſterreichiſche Zeitſchrift für praktiſche Heilkunde.

[3]) Vierteljahrſchrift für die praktiſche Heilkunde, 37. Band. — Anal-Akten, Seite 51.

Je pourrais citer encore ici les remarquables travaux de Virchow, [1]) de Turner, de Welker, mais je craindrais d'abuser de vos moments; en me permettant de faire les citations qui précèdent, j'ai simplement eu en vue de démontrer que l'observation de mon estimable collègue M. Fischer, pouvait être considérée, ainsi que je l'ai dit, comme offrant un grand intérêt scientifique; elle apporte un épi de plus aux beaux travaux, épars sur la matière et concourt à mettre en relief que, dans l'état actuel de la science pathologique, il y a de plus en plus lieu d'admettre en vétérinaire, non plus seulement des symptômes vermineux, mais bien des maladies vermineuses essentielles, proprement dites, c'est-à-dire des maladies qui sont le résultat exclusif de la présence de vers dans le canal alimentaire.

J'ai dit enfin, Messieurs, que l'observation de M. E. Fischer présentait aussi un grand intérêt pour la médecine vétérinaire pratique. En effet Messieurs, de ce que M. E. Fischer n'a pas trouvé de traces de ténia à l'autopsie, il n'en résulte pas qu'il y ait eu contre-indication des vermifuges, au contraire, les faits relatés par M. E. Fischer permettent de tirer cette conséquence pratique, à savoir que: dans la plupart des cas de diarrhées opiniâtres chez les jeunes poulains et veaux, l'administration des anthelmintiques et des vermicides est peut-être indiquée de préférence aux médications opiacée, astringente, substitutive et tonique, jusqu'ici généralement en usage.

Cette appréciation hypothétique et toute individuelle, je la soumets à celle de mes collègues; j'ai la conviction que leur pratique intelligente dira dans un avenir plus ou moins rapproché, si elle tombe à vrai ou si elle est érronée.

Telles sont, Messieurs, les considérations que m'a suggéré l'examen de la notice de M. E. Fischer. Je me fais un devoir de vous signaler cette notice comme un travail consciencieux, utile, indiquant un esprit observateur, susceptible de rendre de bons services à la science, et pour le cas où l'association serait bientôt mise à même de faire paraître un bulletin des sciences médicales, j'ai l'honneur de vous proposer de vouloir bien en ordonner l'impression.

---

[1]) Virchow's Archiv, XVIII — 5, 6.

Rapport sur le Mémoire présenté par M. Eug. FISCHER, intitulé :

Extraction d'un calcul vésical chez le cheval,

par M. P. WIRTGEN, vétérinaire à Luxembourg.

—

Le travail de M. E. Fischer, qui m'a été remis à fin de rapport, constitue le narré succint d'une opération chirurgicale grave, qui se pratique bien rarement dans le Grand-Duché.

M. E. Fischer nous raconte comment il s'y est pris pour extraire de la vessie d'un cheval hongre, un calcul de la grosseur d'un petit œuf de poule. Outre la rareté, cette opération offre cela d'intéressant, qu'elle a été faite avec l'aide d'un appareil instrumental bien restreint, et surtout, qu'elle a été couronnée de succès. En effet, une sonde et un bistouri ont suffi à pratiquer une incision assez large pour introduire la main dans la vessie. Il est vrai que l'opérateur a incisé des vaisseaux d'un certain calibre, ce qu'il aurait peut-être pu éviter, s'il avait eu des instruments convenables, soit pour saisir, soit pour triturer la concrétion. Mais l'incision même de ces vaisseaux n'ayant pas été suivie d'hémorrhagie mortelle, donne d'autant plus d'intérêt à l'observation.

Des auteurs ont conseillé de dissoudre les concrétions calculeuses de la vessie du cheval, au moyen d'injections acidulées; mais dans le cas qui fait le sujet du Mémoire de M. E. Fischer, il n'y avait pas d'espoir de réussir par un autre moyen que par la lithotomie.

Quoique le procédé suivi ait été très-élémentaire, comme le dit l'auteur lui-même, je suis d'avis qu'il aurait pu l'être davantage encore, si, pour faire l'incision dans l'urèthre sur la courbure ischiale, il avait employé, au lieu de l'introduction du cathéter uréthral, l'injection d'eau en quantité suffisante pour faire gonfler le canal de l'urèthre. La ponction dans ce cas, et l'introduction d'une sonde dans la direction du col de la vessie pour prolonger l'incision, auraient été tout aussi faciles.

Je me permettrai encore de faire observer, que l'extraction de

la pierre, l'animal étant couché, outre que cet abattage offre dans l'état de plénitude de la vessie, plus au moins de danger, offrait pour la manipulation opératoire plus de difficultés, que si elle avait pu se faire, l'animal étant debout.

L'opérateur parvient quelquefois à vider la vessie, en déplaçant la masse calculeuse par l'introduction de la main par l'anus; mais dans le cas décrit par M. E. Fischer, le calcul paraît avoir été enchatonné près du col de la vessie. Il est évident que les injections acidulées, autrefois recommandées, n'auraient dans le présent cas, pas pu être appliquées d'une manière convenable pour entourer, imprégner et dissoudre la pierre.

Ces observations que je présente à l'occasion du Mémoire de M. E. Fischer, doivent plutôt tendre à compléter ce travail qu'à le critiquer, et je suis d'avis qu'il y a lieu de le livrer à la publicité. Il contribuera à démontrer aux jeunes praticiens, que dans les cas les plus désespérés, dût-on même pêcher à l'égard des principes chirurgicaux, il ne faut jamais se décourager.

TABLE DES MATIÈRES.

Page.

Prologue III

Statuts organiques de la *Société des Sciences médicales* du Grand-Duché de Luxembourg 7

Règlement de la *Société des Sciences médicales* 10

Liste des membres de la Société . 15

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

I) Médecine interne :

MM.

Dr **Niederkorn**, *de Luxembourg :*

1) Douleur vive provoquée par l'éruption de la dent de sagesse et simulant une névralgie, guérie par une incision gingivale cruciale 17

2) Hydatides logées dans les reins et expulsées avec l'urine 18

3) Flores Brayerae anthelminticae contre le Taenia solium 19

Dr **Schmit**, *médecin de l'hospice central d'Ettelbrück :*

La racine de fougère mâle considérée comme Taeniafuge. 20

Dr **Feltgen**, *de Mersch :*

Ueber einige ſeltenere Verlaufsformen des Ileotyphus und die Wichtigkeit des Ileocoecalgeräuſches als diagnoſtiſches Zeichen bei dieſer Krankheit . . . 22

II) Chirurgie :

Dr J.-B.-A. **Bivort**, *de Hollerich :*

Plaie de l'artère radiale. — Inflammation et anévrysme traumatique consécutifs. — Insuccès de la compression digitale. — Tentative inutile de la ligature d'une artère dans une plaie enflammée. — Ligature de l'artère radiale au lieu d'élection. — Guérison . . . . . .

MM. Page.

Dr **Schmit**, *médecin de l'hospice central d'Ettelbrück :*

1) L'amputation offre-t-elle encore quelque chance de succès dans les tumeurs blanches en voie de suppuration et de désorganisation, alors que le malade présente en apparence les principaux symptômes de la phtysie pulmonaire ? . . . 37

2) Amputation partielle du pied pour cause traumatique, suivie de grangène, de phlébite et de pyémie grave. — Guérison 40

3) Lésions graves et nombreuses. — Guérison remarquable. 42

Dr **de Wacquant**, *de Fœtz :*

Description d'un appareil fort simple destiné à maintenir la réduction du pied bot chez les enfants en bas âge 46

III) Ophthalmologie :

Dr G. **Fonck**, *de Luxembourg :*

1) Operation des grauen Staares an drei Erblindeten . 48

2) Totalstaphylom des linken Auges. — Operation. — Heilung 54

IV) Accouchements :

Dr J.-B.-A. **Bivort**, *de Hollerich :*

Note sur un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorrhagies dans les cavités . . 57

V) Médecine vétérinaire :

Eugène **Fischer**, *vétérinaire à Luxembourg :*

1) Observation d'une maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un Entozoaire. 62

2) Extraction d'un calcul vésical chez le cheval . . 68

3) Note relative à la fécondité des femelles issues d'une naissance jumelle 70

4) Empoisonnement des chevaux d'une écurie par la paille rouillée 72

VI) Pharmacie :

Fr. **Rothermel**, *pharmacien à Esch-sur-l'Alzette :*

Ueber Bieranalysen. 75

VII) Rapports faits sur plusieurs des Mémoires présentés :

MM. Page.

Dr J.-B.-A. **Bivort,** *de Hollerich* :

1) Rapport sur le Mémoire de M. le Dr *Niederkorn*. 80

2) Rapport sur le Mémoire de M. le Dr *Schmit*, d'Ettelbrück, intitulé : La racine de fougère mâle considérée comme Taeniafuge. 83

Dr **Feltgen,** *de Mersch* :

1) Rapport sur le Mémoire de M. le Dr *Bivort*, intitulé : Plaie de l'artère radiale, etc. . . . 86

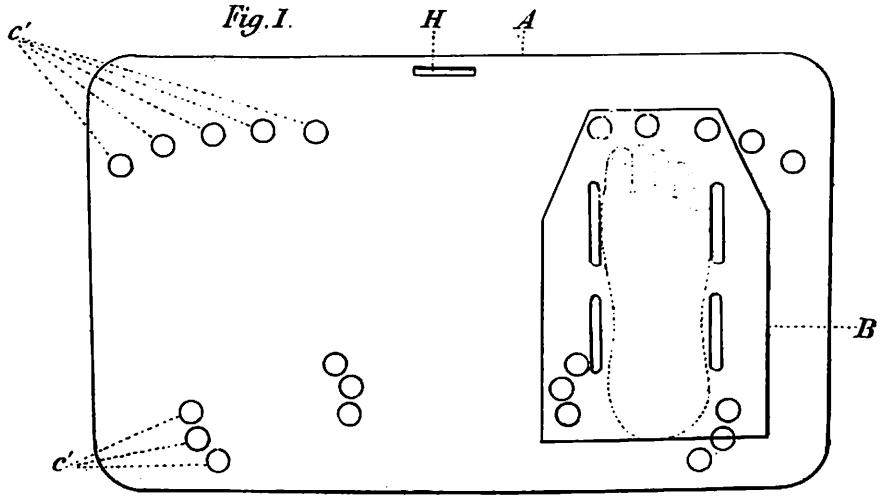
2) Rapport sur le Mémoire de M. le Dr *Bivort*, intitulé : Note sur un nouveau mode de tamponnement pour arrêter les hémorrhagies dans les cavités 90

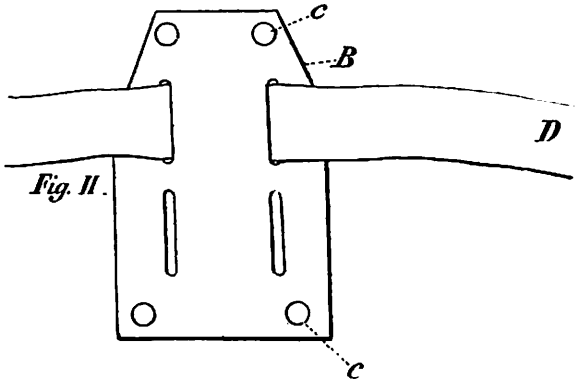
Charles **Faber,** *directeur de l'école agricole d'Echternach* :

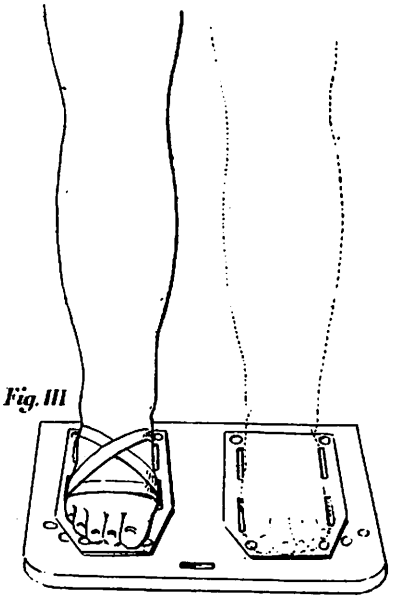
Rapport sur le Mémoire de M. Eug. *Fischer*, vétérinaire, intitulé : Observation d'une maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un entozoaire 92

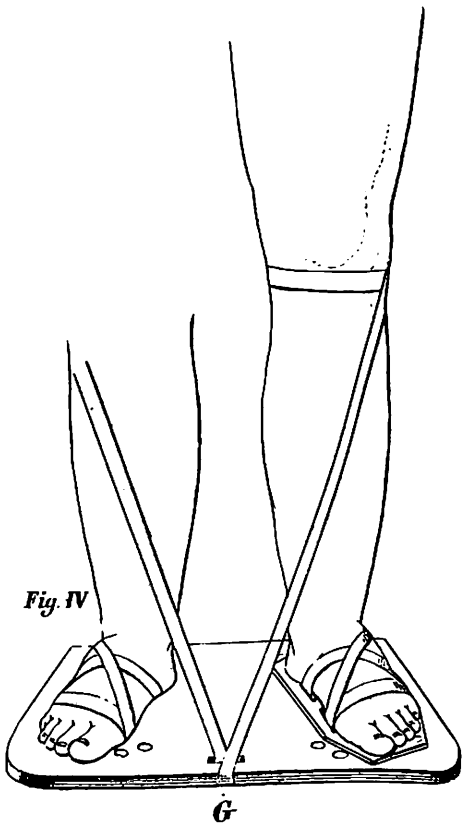
P. **Wirtgen,** *vétérinaire à Luxembourg* :

Rapport sur le Mémoire de M. Eug. *Fischer*, vétérinaire, intitulé : Extraction d'un calcul vésical chez le cheval. 97









Imp. C. Rosbach à Luxembourg

Prologue par le Dr J.-B. A. Bivort

Réflexions et commentaires

Raymond SCHAUS
30, bd d'Avranches, L-1160 Luxembourg

On a beaucoup usé et abusé du mot d'Edouard Herriot, d'après lequel la culture serait *«ce qui reste quand on a tout oublié.»* La boutade a eu du succès et la consécration du Petit Robert, bien que l'ancien président du Conseil et maire de Lyon ait manifestement fait la part trop belle à l'amnésie. Or, la culture se nourrit aussi de mémoire, et la mémoire fuit inexorablement, à moins de coaguler dans la parole écrite ou l'image. (Le pastiche de Gustave Thibon est moins élimé, mais tout aussi approximatif: *«La culture, c'est ce qui manque quand on a tout appris.»*)

L'évaluation du présent et la construction de l'avenir gagnent à être épaulées par la compréhension des temps révolus. Selon Wilhelm von Humboldt, plus lapidaire, *«seul a un avenir celui qui connaît le passé»*.

En resurgissant ici, les trois pages inaugurales de la première livraison du Bulletin de la Société des Sciences Médicales attisent la braise du souvenir. Dans le microcosme des médecins luxembourgeois, elles revêtent une importance historique considérable. Nonobstant la poussière du temps, la prose du Dr Bivort sonne étonnamment juste, aujourd'hui encore. Le *«soin des intérêts professionnels»* qu'il englobe dans son propos, allait cependant bientôt suivre une trajectoire séparée, mettant fin au mélange des genres. L'expérience et la science amassées au siècle dernier ont rejoint en partie le musée imaginaire de la médecine, parfois même sa section folklorique, prêtant à sourire. Comme on sourira sans doute de nos conceptions actuelles concernant par exemple le cancer et son traitement, dans un avenir que malades et médecins espèrent proche.

La question a été posée maintes fois: était-il absolument indispensable de mettre une revue médicale luxembourgeoise sur orbite et de l'y maintenir? La réponse est évidemment deux fois non. Heureusement, il s'est toujours trouvé assez «d'hommes de l'art» pour n'en tenir aucun compte, et pour assumer les relèves. Il y eut bien quelques éclipses – l'occupation allemande en causa une – mais toutes furent passagères. *Fluctuat nec mergitur.*

«De Bulletin», prononcé à la luxembourgeoise avec l'accent sur la première syllabe, est devenu une institution, une parcelle de notre spécificité culturelle, de notre individualité, pour parler comme tout le monde. . . Ainsi que le prévoyaient ses promoteurs, il continue à jouer son double rôle: être une tribune à portée de main, aisément accessible, pour nos auteurs; ajouter une saveur locale à la nourriture scientifique du lecteur.

Produit du terroir, *made in Luxembourg* par la fraction médicale (au sens large) d'une nation naine, notre publication fera forcément toujours figure d'embarcation frêle sur l'océan de la presse scientifique. Les paquebots naviguent sous d'autres pavillons. Mais les modèles réduits ne sont dénués ni de charmes, ni de vertus, à leur propre échelle.

(Collection Georges Kayser)

Les médecins luxembourgeois au service des malades et des blessés dans la forteresse de Metz assiégée au cours de la guerre franco-allemande de 1870. Le 4e personnage (à partir de la gauche) de la 2e rangée est le Dr J.-B. Niederkorn.

Une certaine retenue reste donc de rigueur. Elle fait néanmoins bon ménage avec la satisfaction qui découle de la persévérance et de la fidélité aux principes énoncés avec clairvoyance par le Dr Bivort en 1864. Les revues médicales douées d'une telle longévité ne sont pas légion.

Oui, «*l'estime de leurs devanciers*» est vive parmi les médecins luxembourgeois de la génération actuelle. Ils ont accepté l'héritage. «*Pour être vivante, la mémoire doit pouvoir se décliner au présent.*» (Jean-Marie Colombani, directeur du «Monde», à propos des cinquante ans du quotidien en 1994).

Médecine interne

Mémoires présentés par M. le Dr Niederkorn, de Luxembourg

Georges KAYSER
30, route d'Arlon, Strassen

1. DOULEUR VIVE PROVOQUÉE PAR L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE ET SIMULANT UNE NÉVRALGIE, GUÉRIE PAR UNE INCISION GINGIVALE CRUCIALE.

Ce qui frappe d'abord en lisant la communication du Dr Niederkorn de Luxembourg, c'est que cette observation d'une pathologie typiquement de médecine dentaire était rangée dans la rubrique des maladies de «Médecine Interne».

On déduit de ce qui précède que la médecine dentaire n'existait pas en 1863 au Luxembourg comme spécialité autonome de la médecine. Ce qui est curieux également, c'est qu'une publication sur un sujet de pathologie bucco-dentaire figure en tête de liste de la première séance de communication de la Société des Sciences Médicales.

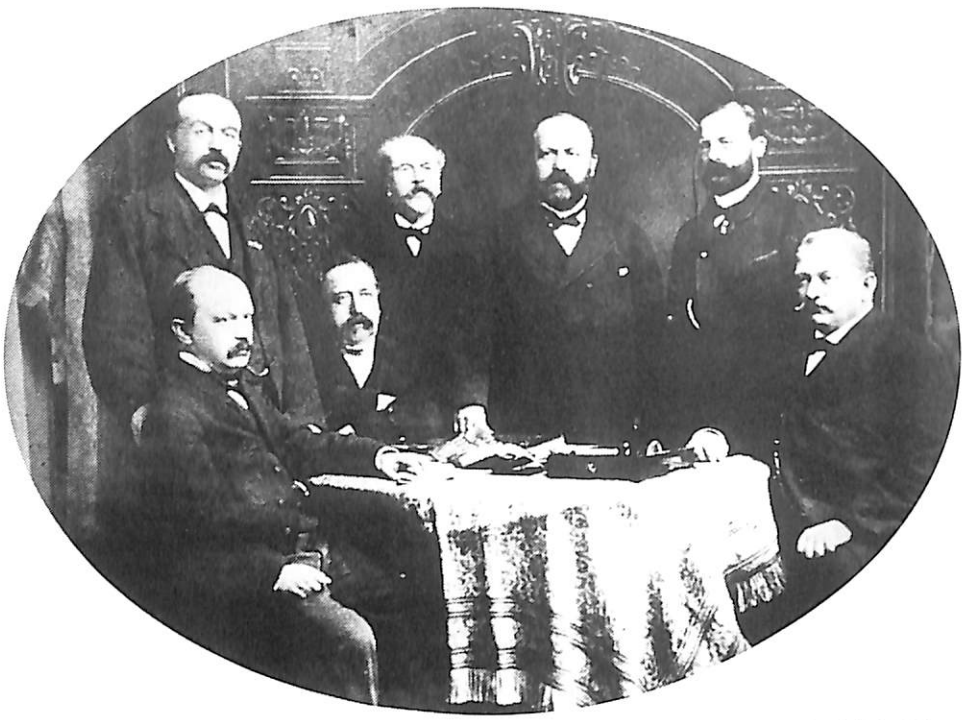
Les soins dentaires proprement dits n'étaient pas pris en charge par un corps de praticiens spécialement formés à cette besogne; la pathologie bucco-dentaire fut traitée généralement par les médecins généralistes et les chirurgiens. Sans doute les consultations de ces médecins étaient-elles peuplées tous les jours de malades souffrant de maladies bucco-dentaires. Le cas décrit en l'occurrence était une péricoronarite de 28, en phase aiguë vraisemblablement, avec une suppuration en train de se collecter. C'est l'incision rapide après une anesthésie de surface qui a soulagé le malade de sa douleur.

Le traitement reste en gros le même aujourd'hui, «ubi pus, ibi evacua citissime», même si les antibiotiques, les anti-inflammatoires et surtout l'anesthésie loco-régionale permettent de raccourcir sensiblement le temps de souffrances. On ne se contenterait pourtant pas de l'incision mais on ferait suivre celle-ci, pour éviter une récidive, de l'extraction de la dent causale.

Ce qui est curieux, c'est que cette pathologie de médecine dentaire fut confondue avec une névralgie essentielle du trijumeau. Niederkorn parle d'une névralgie du nerf trifacial. C'est à juste titre que le Dr Bivort relève le cas dans la discussion générale et rend attentif au fait qu'il ne faut pas confondre névralgie du trijumeau et rage de dents.

Encore de nos jours il faut se méfier de telles confusions. Combien de fois ne découvre-t-on pas une pulpite totale ou partielle sous une obturation radiologiquement impeccable chez un malade qui est traité pour névralgie du trijumeau? Il faut éliminer scrupuleusement les causes dentaires possibles avant de poser le diagnostic de névralgie du trijumeau.

Autre curiosité, c'est que Niederkorn insiste sur «l'incision cruciale», c'est-à-dire une incision en forme de croix, comme si pour ses cas antérieurement traités, une incision simple n'avait pas donné satisfaction.



(Collection Georges Kayser)

Les membres du Collège Médical vers 1882. De gauche à droite, assis: Dr Michel Bourggraff, Dr Jean-Pierre Glaesener, Gust. Schommer, pharmacien. De gauche à droite, debout: Dr F. Clasen, Fr. Heldenstein, pharmacien, Dr Jean-Baptiste Niederkorn, président, et Dr Gustave Fonck.

Or combien souvent ne voyons-nous pas une incision d'une suppuration collectée se refermer spontanément endéans les 24 heures et la collection se reformer après quelques jours malgré un drainage censé garder la plaie ouverte. L'incision cruciforme fut rapide et remplaça probablement notre actuelle excision du capuchon muqueux. Le sulfate de quinine fut prescrit pour ses qualités antiseptiques et analgésiques. Nous disposons aujourd'hui d'un arsenal autrement efficace.

Mémoires présentés par le Dr Niederkorn

2. «Hydatides logés dans les reins et expulsés avec l'urine»,

3. «Flores Brayerae anthelminticae contre le Taenia solium»

et le Dr Schmit

«La racine de fougère mâle considérée comme taenifuge»

ainsi que les rapports afférents du Dr Bivort.

Marc BRUCK
Centre Hospitalier de Luxembourg

En 1863, quand les mémoires des docteurs Niederkorn et Schmit furent présentés en séance générale de la Société des Sciences Médicales, le développement de la parasitologie humaine, fortement tributaire par ailleurs de la parasitologie vétérinaire et des premiers travaux zoologiques publiés dans le domaine, n'en était qu'à ses débuts.

Ce fait peut paraître d'autant plus étonnant que les parasites humains, et surtout les parasites intestinaux helminthiques, étaient fortement répandus dans nos contrées, tout comme dans l'Europe entière, de manière à affecter, selon des estimations prudentes, au moins quarante pour-cent de la population.

Vers la fin du dix-neuvième siècle, l'hygiène publique restait plus que déficiente, même si – le commentaire du docteur Bivort sur les mémoires présentés le prouve de façon convaincante – la conscience du problème commence a émerger. *«Une autre étude intéressante, sous le rapport de l'hygiène préventive, eût été de savoir comment les malades ont pu gagner le ver solitaire. Il est aujourd'hui généralement admis que le ténia solium n'est qu'un développement ultérieur du cysticerque du porc et se produit à la suite de l'ingestion de la viande de cet animal. . . . On voit quel intérêt scientifique et hygiénique s'attacherait à des recherches positives sur la nature du ver solitaire, propre à nos contrées.»*

* * *

Dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales de 1984, Fox et Schneider, dans une contribution sur la prévalence des parasites eucaryotes intestinaux, estiment, de façon quelque peu trop optimiste, que, suite aux progrès obtenus en thérapeutique vermifuge, et en accord avec leurs travaux de dépistage de la maladie parasitaire qui montrent une remarquable décroissance de l'incidence parasitaire intestinale humaine au Luxembourg, l'éradication des trois espèces d'helminthes intestinaux humains est à portée de main.

Tel n'a pas été le cas, ni pour le Luxembourg, ni pour les autres pays européens d'ailleurs; et malgré les très importants progrès thérapeutiques enregistrés par l'apparition d'une foule de médicaments efficaces contre les parasites intestinaux helminthiques, force est de constater que sur le plan mondial la prévalence des maladies parasitaires ne fait que croître et les estimations portent à croire que plus de deux milliards d'êtres humains sont affectés (ascaridose, filariose, onchocercose et bilharziose, pour ne citer que les plus importantes).

S'il est bien vrai que les formes entérales sont faciles à traiter avec les médications actuelles, il convient cependant de noter que les principes actifs efficaces contre les formes systémiques sont encore peu nombreux, que les conditions d'hygiène dans de nombreux

pays restent toujours déficientes et que l'accès aux thérapies modernes reste difficile sinon impossible dans de nombreux pays.

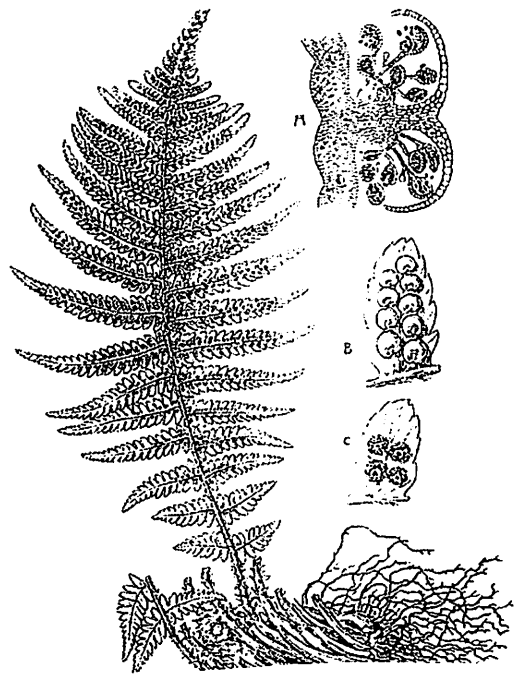
* * *

Vers la fin du dix-neuvième siècle, et ce jusqu'à l'introduction de la pipérazine par le pharmacien rouennais Boismare (publiée par Fayard en 1949), la thérapie anthelmintique n'avait guère fait de progrès vis-à-vis des remèdes ancestraux. Les textes publiés dans le Bulletin de 1864 le démontrent de façon involontaire mais néanmoins suffisamment claire.

Afin d'expulser les hydatides de l'échinocoque, le docteur Niederkorn recommande à son patient *«l'usage de l'eau de selters un demi cruchon par jour et l'ingestion d'une assez forte quantité d'eau de source»*. Dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales de 1869, le docteur Schmit va évoquer un usage comparable de l'eau de source de Mondorf quand il recommande sous le chapitre «Helminthiasis»: *«Dans cette affection les eaux de Mondorff sont très utiles pour favoriser l'expulsion des entozoaires, et par leurs propriétés altérante et reconstituante, elles remédient au trouble et à l'atonie des fonctions digestives ainsi qu'à la diathèse vermineuse»*.

La littérature de l'époque recommande dans des cas analogues l'usage de la térébenthine (en fait de l'essence de thérébenthine officinale) dont la seule utilité en usage peroral paraît être le fait qu'une hyperémisation prononcée favorise la diurèse et que son élimination par les voies urinaires est accompagnée d'une odeur très caractéristique (de violette). L'on estime donc que s'il y a présence dans les urines, il doit y avoir activité. La même remarque vaudra pour la recommandation du docteur Bivort d'essayer l'utilisation de l'iode qui non plus ne possède, à des doses thérapeutiques, une action toxique documentée sur les hydatides.

Les observations du docteur Niederkorn relatives à l'usage des fleurs de cousso (kousso, Flores koso (coso), Flores Brayerae anthelminticae), utilisées, comme le commente très correctement le docteur Bivort, depuis des temps ancestraux en Abyssinie, sont quant à



Dryopteris filix-mas (d'après Schenck)

elles nettement plus intéressantes et valent bien une petite excursion pharmacognostique dans le domaine des remèdes herbalistes vermifuges.

Les fleurs de cousso, il s'agit en l'occurrence des fleurs femelles de la rosacée diécique Hagenia abyssinica Gmel. (syn. Brayera anthelmintica Kunth), contiennent plusieurs dérivés phlorogluciniques qui sont des toxines musculaires très efficaces envers les helminthes, les limaces et les batraciens. Cependant l'action de ce groupe de substances s'étend également, à des doses plus élevées, aux animaux homéothermes, et les effets secondaires ainsi que les intoxications chez l'homme sont relativement fréquents. Le même type de toxine est responsable de l'action anthelmintique du Kamala (Glandulae Rottlerae, de Mallotus philippinensis, une Euphorbiacée) et des racines de fougère mâle (Rhizoma filicis, de Dryopteris filix mas, une Polypodiacée).

Les trois drogues sont particulièrement efficaces contre les ténias et les douves, ce qui justifiait leur usage jusque dans les années cinquante de notre siècle, et ce malgré leur indéniable toxicité qui se voit parfaitement illustrée par de nombreux décès suite à l'application de doses excessives surtout de racines de fougère mâle.

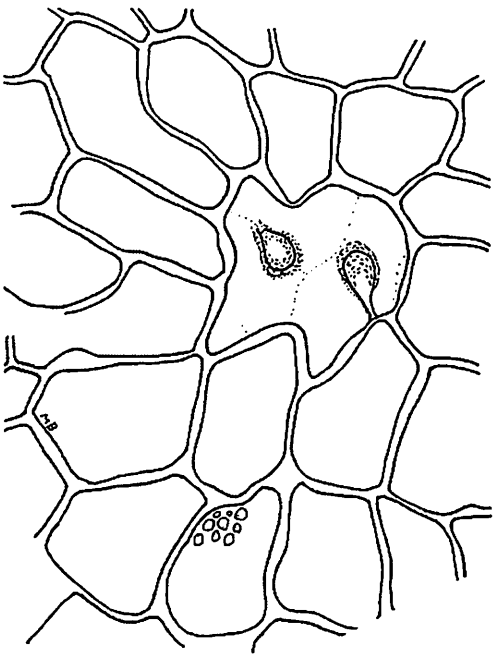
* * *

L'observation du docteur Schmit, que la poudre de racine de fougère fraîchement préparée ou l'utilisation de la racine fraîche elle-même donne le meilleur résultat, s'avère très pertinente, mais la communication de ce fait n'est pas nouvelle, comme le remarque Bivort. Les substances actives se dégradent rapidement au contact de l'air. Ceci surtout si la poudre de racine n'est pas parfaitement sèche, et ainsi la perte en activité est considérable. Cette observation vaut pareillement pour les trois drogues à la seule différence près que le Kousso et le Kamala, drogues rares et chères, n'étaient que rarement disponibles de production récente et avaient forcément subi une forte perte d'activité, ce qui explique leur relative sécurité à l'emploi vis-à-vis de la racine de fougère mâle.

C'est justement la difficulté de ne pas savoir standardiser l'activité des dérivés phlorogluciniques, extrêmement puissante dans la racine fraîche et diminuant de moitié après dessiccation et pulvérisation puis au cinquième après conservation au-delà d'un an, qui rend l'application de cette drogue tellement difficile et qui en définitive à causé l'abandon de cette thérapeutique. La recommandation de l'emploi d'un laxatif salin ou d'huile de ricin une à trois heures après ingestion de la drogue vermifuge s'explique facilement par le fait qu'ainsi des effets prolongés ainsi qu'une résorption des substances actives par les intestins de l'hôte sont évités et que les parasites se voient aisément expulsés.

Des substances actives synthétiques pures et faciles à doser sont venues remplacer les principes actifs phlorogluciniques. Ces nouveaux principes ont en général été découverts suite à un criblage systématique plus ou moins orienté des nouvelles molécules produites par les firmes pharmaceutiques. Néanmoins celles-ci se sont d'abord heurtées à la difficulté de trouver des modèles de criblage, considérant que de nombreux parasites helminthiques ont besoin de leur hôte pour survivre et sont autrement spécifiques à celui-ci, une technique in vitro étant de ce fait pratiquement exclue. Après une première phase de criblage, des modifications chimiques orientées et l'établissement de relations structure et activité permettent de perfectionner la molécule dans un souci d'efficacité et de sécurité, deux conditions déterminantes de tout «drug design» d'origine chimique.

Ainsi, nous nous sommes très progressivement éloignés des substances naturelles et de la tradition ancestrale du savoir sur leurs potentialités (un savoir qui souvent acceptait une toxicité plus ou moins évidente comme indissociable de l'activité) pour nous tourner très brièvement vers les finalités que ces substances actives peuvent avoir pour les plantes elles-mêmes.



Dryopteris filix-mas, Tissu parenchymateux avec glandes intercellulaires sécrétant la filicine (auto-fluorescente, UV365) et granules d'amidon

La majorité, sinon toutes les substances actives naturelles sont issues du métabolisme secondaire des systèmes biologiques qui les produisent. Les plantes, qui ne savent pas se dérober à l'activité destructrice des parasites qui les infestent, en ont fait une partie de leur système de défense qui a évolué ensemble avec le perfectionnement des parasites qu'il s'agissait de maîtriser.

La fougère mâle produit des dérivés phlorogluciniques sécrétés par des glandes spécifiques dans les lacunes intercellulaires du parenchyme qui constitue la majeure partie du rhizome par ailleurs riche en amidon dont raffolent, entre autres, les limaces. Le rhizome (la «racine») de cette fougère qui se plaît sur des terres gorgées d'eau ne dispose que d'une protection externe faible afin de permettre une meilleure résorption de l'eau nécessaire à son métabolisme. D'autres plantes, plus évoluées, se protègent en intégrant dans leur écorce des substances tannantes ou toxiques peu appréciées par les parasites.

Ainsi, les principes actifs anthelmintiques que la nature a su produire sont nombreux: tannins et alcaloïdes de l'écorce de grenadier, arécoline des noix d'arec (Areca catechu), l'huile de chénopode (Chenopodium ambrosioides var. anthelminticum) qui contient de l'ascaridol, les semences de courge (Cucurbita maxima et C. pepo) qui contiennent de la cucurbitacine, un acide aminé à activité vermifuge . . . tous sont aujourd'hui obsolètes, sauf auprès des peuples indigènes qui ne disposent que de ces moyens ancestraux.

Certains peuvent encore aujourd'hui servir de modèle à de nouvelles substances synthétiques qui sauront créer de nouveaux progrès dans le domaine de la pharmacologie antiparasitaire. Ainsi les armoises comme Artemisia cina (qui contient de la santonine, isolée en 1830 par le pharmacien allemand Kahler), Artemisia absinthium (l'absinthe, qui a comme principe actif majeur la thujone), ou Artemisia afra et plus récemment encore Artemisia annua produisant l'artemisine, ont connu un regain d'intérêt comme précurseurs à de nouvelles substances à activité antiparasitique particulièrement dans le traitement du paludisme. Artemisia abrotanum *(«Monnerecher Kreitchen»)* jouit d'une popularité restreinte comme roborant et vermifuge dans quelques parties du Grand-Duché de Luxembourg.

En 1864 toutes ces considérations étaient bien évidemment lointaines.

Le kamala venait tout récemment d'être introduit dans la thérapeutique et le kousso ainsi que la racine de fougère mâle d'être redécouverts et sont utiles aux médecins de l'époque, mais les remèdes comme l'absinthe et l'ail fréquemment utilisés en médecine populaire ne retiennent même plus l'intérêt de nos auteurs.

Ainsi les trois contributions des docteurs Niederkorn et Schmit, tout comme les commentaires du docteur Bivort, qui sont souvent mieux documentés et plus fouillés que les contributions originales, sont les bienvenus auprès des membres de la Société des Sciences Médicales afin de faire le point sur les actualités en thérapie vermifuge.

RÉFÉRENCES:

1. Reutter de Rosemont L., Histoire de la pharmacie à travers les âges. Paris, 1932
2. Steinegger E., Hänsel R., Lehrbuch der Pharmakognosie und Phytopharmazie, 4. Aufl., Berlin, 1988
3. Gaignault J.-C. et al., La recherche des principes actifs.
   In: Recherche et développement pharmaceutique, Paris, 1989
4. Hager's Handbuch der pharmazeutischen Praxis, 5. Aufl., Berlin, 1990

Chirurgie

Mémoire présenté par le Dr J.-B. A. Bivort de Hollerich

Plaie de l'artère radiale-inflammation et anévrysme traumatique consécutifs...- ligature de l'artère radiale au lieu d'élection-guérison.

Georges THEVES
Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg.

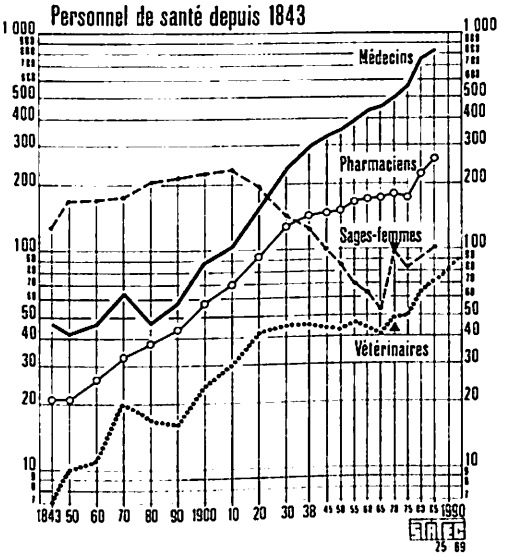
Ein junger Mann aus Berchem verletzte sich ernstlich am Handgelenk. An einer zerbrochenen Fensterscheibe hatte er sich die Pulsader aufgeschnitten. Doch nicht der Arzt, sondern der Dorfheilkundige wurde zu Rate gezogen. Dieser war in wenigen Minuten zur Stelle und legte dem Verletzten einen Verband mit Pferdekot auf die klaffende Wunde. So konnte er fürs erste die Blutung stillen. Sein Wissen bezog der Dorf-Äskulap meist aus wenigen *«Dokteschbicher»*, die von Generation zu Generation weitervererbt und wie wertvolle Schätze in den Familien gehütet wurden. Professor Joseph Hess weiß in seinen *«Alt-luxemburger Denkwürdigkeiten»* aus dem Jahre 1960 über etliche dieser Bücher zu berichten[3].

Das Eingreifen des Empirikers scheint Batty Bivort kaum verärgert zu haben. Sicherlich war ihm klar, daß er, falls er gerufen worden wäre, nicht so schnell zur Stelle hätte sein können, ja vielleicht sogar zu spät in Berchem eingetroffen wäre. Außerdem waren die therapeutischen Möglichkeiten der Ärzte noch zu Beginn der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht viel besser als die des Empirikers.

Trotz vehementer Proteste der etablierten Ärzte und trotz eifriger Bemühungen der «Commission Médicale», von 1818 bis 1841, danach des «Collège Médical»[2], war das Problem der Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte während des 19. Jahrhunderts keineswegs vollständig in den Griff zu bekommen. Anfang der sechziger Jahre des 19. Jahrhunderts standen einer Bevölkerung von etwa 200 000 Seelen 46 diplomierte Ärzte zur Verfügung. 130 Jahre später sind es mehr als 900 Mediziner für 400 000 Einwohner[6]. Die sogenannten «Dorf-Äsculape», ob Bauer, Schmied, Abdecker, heilkundige Frau oder Pfarrer, waren damals einfach unentbehrlich, um erste medizinische Versorgung zu gewährleisten. Die ortsansässigen Laienheiler, von unterschiedlichem Bildungsstand, gehörten seit Jahrhunderten zum Angebot des „Gesundheitsmarktes". Sie wurden vorwiegend von einer armen Bauernbevölkerung in Anspruch genommen, aber auch Bürger waren unter ihren Patienten zu finden. Es bedurfte erst umfangreicher Medizinalreformen, bis der Pluralismus in der Heilkunde allmählich vom Monopolanspruch der Ärzte verdrängt werden konnte.

Das erste Telephonnetz wurde auf dem Gebiet der Stadt Luxemburg und seiner Vorstädte im Jahre 1885 eingerichtet. Das erste Automobil fuhr 10 Jahre später durch die Straßen der Hauptstadt. Zu Anfang des 20. Jahrhunderts waren die Kommunikations- und Transportmöglichkeiten so weit verbessert, daß der Arzt, dessen therapeutisches Arsenal in der Folge bedeutender Entdeckungen auf dem Gebiet der Bakteriologie, Serologie und Che-

Statistiques Historiques 1839-1989, Statec Luxembourg, Luxembourg, 1990



mie breit gefächert war und überaus wirkungsvoll wurde, nun auch schnell dem Kranken und Verletzten zur Hilfe eilen konnte.

Dr. Bivort, der kritische Redakteur des *«Bulletin»* der jungen Medizin-Gesellschaft des Großherzogtums Luxemburg, hätte ohne Zweifel die «Dreckapotheke» des Heilkundigen aus Berchem anders eingeschätzt, wenn ihm bewußt gewesen wäre, daß der Pferdekot Sporen des gefährlichen Starrkrampfes dem Verletzten hätte einimpfen können. Doch die genaue Ursache des Tetanus wurde erst 20 Jahre später erforscht. Es waren Emil von Behring (1854-1917) und der Japaner S. Kitasato (1856-1931), die 1894 dann eine wirksame Impfung gegen Starrkrampf entdeckten[5].

Glücklicherweise war Starrkrampf in der Gegend von Berchem selten. An der Mosel und im Trierer Raum wäre die Behandlung mit Pferdedreck durchaus gefährlicher gewesen. Dort herrschte die erdgebundene Krankheit seit Jahrhunderten. Bevor die Ätiologie des Tetanus geklärt werden konnte, wurde diese Krankheit nach allgemeiner Auffassung auf Kälte, Verletzungen oder Lebensmittelvergiftungen zurückgeführt[5].

Die Ursprünge der Dreckapotheke lassen sich bis ins Altertum zurückverfolgen. Kot, Urin, Schleim und Menstrualblut sollten böse Geister abschrecken und aus dem Körper des Kranken oder Verletzten vertreiben[1]. Eine *«heilsame Dreck-Apotheke»*, welche im Jahre 1714 in Frankfurt am Main erschienen ist, weiß zu berichten *«Schweinskot. . . in blutige Wunden gestreut, oder warm über solche hergelegt, stillt das Blut also fort»*. Falls die Schweine Eicheln, in denen reichlich Gerbstoffe vorhanden sind, gefressen hätten, sollte nach Meinung einiger damaliger Autoren die blutstillende Wirkung des Kotes noch erhöht werden[4].

*

Beachtenswert ist die Tatsache, daß Bivort sich in seiner praktischen Arbeit nicht nur von der Meinung geachteter Professoren und deren bekannten Lehrsätzen leiten ließ. Er stützte sich auf eigene Erfahrung, die er kritisch bewertete, auch wenn sie der Lehrmeinung eines so bekannten Chirurgen wie Auguste Nélaton (1807-1873) widersprach. Nélaton war derjenige französische Chirurg, welcher die Technik der Abbindung der Arterienenden bei Blutungen entwickelte. Populär wurde Auguste Nélaton durch das Auffinden einer Kugel im Fuß des italienischen Freiheitskämpfers Giuseppe Garibaldi (1807-1882). Mit Hilfe einer

Sonde mit Porzellankopf konnte er das Geschoß lokalisieren, das dann von seinen Kollegen herausoperiert wurde[1].

Bivort zögerte auch keineswegs, ein Risiko einzugehen, auch auf die Gefahr hin, später einen Rückzieher machen zu müssen und gezwungen zu sein, eine andere Methode anzuwenden. Sein starkes Selbstbewußtsein und seine große Erfahrung erlaubten ihm ohne weiteres, die Arbeit seiner Kollegen kritisch zu beurteilen und sie auf falsche Einschätzungen aufmerksam zu machen, was er dann bei jeder guten Gelegenheit auch tat.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Die Illustrierte Geschichte der Medizin, herausgegeben von Richard Toellner, Band 1 und Band 6, Erlangen und Vaduz, 1992.
2. Duhr, Emile: La situation médicale et sanitaire au XIX^{e} siècle, In: Memorial 1989, Les Publications Mosellanes, Luxembourg, 1989.
3. Hess, Joseph: Altluxemburger Denkwürdigkeiten. Beiträge zur Luxemburger Kultur- und Volkskunde, Luxemburg, 1960.
4. Neu-vermehrte, heylsame Dreck-Apotheke, wie nemlich mit vielen verachteten Dingen fast alle, ja auch die schwerste, gifftigste Krankheiten und bezauberte Schäden vom Haupt bis zun Füssen, inn- und äusserlich, glücklich curiret worden, Frankfurt am Mayn, 1714, Reprint by Govi-Verlag, Pharmazeutischer Verlag Frankfurt am Main, 1986.
5. Nocard, Edmond / Leclainche, Emmanuel: Les maladies microbiennes des animaux, 2^{e} édition, Paris, 1898.
6. Statistiques Historiques 1839-1989, Statec Luxembourg, Luxembourg, 1990

Mémoires présentés par le Dr Schmit, d'Ettelbruck, médecin à l'hospice central et membre de plusieurs Sociétés savantes:

«3^{0} Lésions graves et nombreuses - Guérison remarquable»

Marc BRUCK

Centre Hospitalier de Luxembourg

Dans son mémoire le docteur Schmit relate l'infortune d'un ouvrier de tranchée, qui, après une chute en profondeur, présente de multiples blessures, auxquelles, selon les premières réflexions du médecin, il va fort probablement succomber.

La guérison remarquable et inespérée dont il fait part à ses confrères de la Société des Sciences Médicales est intéressante par plus d'un aspect:

Les moyens qui savaient être mis en oeuvre à cette époque étaient encore tout à fait rudimentaires si l'on considère que l'Hospice Central d'Ettelbruck, qui a acueilli le patient pen-

dant les longs mois de sa reconvalescence, n'était nullement comparable par ses moyens et par son équipement à un hôpital ou une clinique tels qui'ls nous sont actuellement familiers.

L'Hospice Central d'Ettelbruck (fondé en 1855) avait pour vocation, tout comme l'Hospice Civil de Luxembourg d'ailleurs, de secourir les plus malheureux entre les indigents; les soins des bourgeois aisés étant réalisés à domicile ou au cabinet médical du médecin traitant.

Aubertin Sébastien, l'infortunée victime de l'accident qui lui laissera des séquelles importantes l'empêchant de reprendre son travail, constitue un exemple classique de la population hébergée dans ces hospices – ce sont les «misérables» que la maladie fait irrémédiablement sombrer dans la pauvreté sinon la déchéance.

La sécurité sociale n'existe pas en cette deuxième moitié du dix-neuvième siècle et les hospices, des établissements de charité qui ont été créés en France à la suite de la Révolution, sont les premiers dans ce genre à être soutenus par l'Etat. Le Mémorial 71, 1846 nous renseigne quant aux conceptions de l'époque: *«L'exemple des pays voisins et la science économique enseignent que les grands établissements de charité et de travail ne peuvent constituer le remède normal pour soulager l'indigence et la prévenir; c'est dans les communes, dans leurs domiciles, au sein de leurs familles, que les pauvres doivent être secourus; les établissements publics ne peuvent être considérés que comme des moyens exceptionnels de secours et de réforme.»* Le philosophe français Michel Foucault explique ces conceptions: *«Le malade, sans doute, n'est pas capable de travailler, mais s'il est placé à l'hôpital, il devient pour la société une charge double: l'assistance dont il bénéficie ne porte que sur lui, et sa famille, laissée à l'abandon se trouve exposée à son tour à la misère et à la maladie. . . L'assistance qu'on lui prêtera à domicile compensera la pauvreté qu'elle provoque: les soins assurés spontanément par l'entourage ne coûteront rien à personne et la subvention accordée au malade profitera à la famille.»*

* * *

La «chirurgie moderne» que pratique le docteur Schmit, réduction des fractures, bandages et cataplasmes, sans avoir recours à l'amputation, fréquente en présence de lésions tellement importantes des membres, épargne les pires mutilations au patient, mais ne lui permettra pas de récupérer les fonctions complètes du bras et de la main gauche.

Le fait de qualifier cette façon «conservatrice» de traiter un patient à traumatismes multiples comme étant moderne peut paraître exagéré si l'on part de nos connaissances actuelles, mais, vers le milieu du dix-neuvième siècle, ce concept de traitement était réellement novateur si l'on se rend à l'évidence que les premiers bandages permettant d'immobiliser un tel patient en appliquant des plâtres n'ont été utilisés qu'à partir de 1814 environ et que les progrès dans le traitement des fractures des membres n'ont été réalisés qu'autour des années 1830 quand Seutin, un médecin belge, professeur à Bruxelles, a décrit les premiers bandages amidonnés.

Les lésions crâniennes sont importantes, mais *«l'intelligence ne laisse rien à désirer»* parler de guérison est donc très relatif; mais, au moins, le patient n'a pas succombé. . . le médecin ne nous renseigne pas sur son sort. *«Aubertin a 31 ans; il est Français de naissance»*.

* * *

La médication employée dans le traitement d'Aubertin Sébastien comprend des compresses d'eau de Goulard, des cataplasmes de farine de lin arômatisée et du perchlorure de fer par voie orale (pour pallier aux saignements importants); l'auteur ne fait qu'énumérer les soins prodigués, il ne les commente pas, l'essentiel de la guérison étant attribué à la bonne constitution du patient et aux soins chirurgicaux .

Schmit refère également de l'emploi d'une potion d'arnica aethérée - bien que les commentaires sur ce remède et son application ne vont pas au delà du simple fait de son utilisation le jour de l'admission à l'hospice.

L'arnica (Arnica montana L.), qui en 1864 était communément appelé en allemand «Fallkraut» (dénomination qui préfigure de façon évidente son utilisation), se réjouit encore aujourd'hui d'une certaine popularité dans le traitement local des hématomes et des contusions, ainsi que comme anti-inflammatoire des muqueuses buccales, alors que l'usage péroral est devenu totalement obsolète.

Le médecin autrichien, d'origine luxembourgeoise, Henri J. Collin (1731-1784), à la recherche d'un remède pouvant remplacer le quinquina, un fébrifuge cher et en temps de guerre difficile à approvisionner, à découvert l'activité antiseptique, fébrifuge et anti-inflammatoire de l'arnica. Sous l'impulsion de van Swieten, puis de Störck, Henri Collin, ensemble avec son frère Matthäus ainsi qu'un certain nombre d'autres collègues viennois, est devenu un des fondateurs de la pharmacologie expérimentale.

En utilisant l'arnica sur le sujet sain (souvent des expériences effectuées sur sa propre personne), sur l'animal, puis en clinique, il a su montrer que l'arnica en usage systémique possède une efficacité fébrifuge et anti-inflammatoire. Bien plus tard (et surtout dans les années quatre-vingt de notre siècle) ces observations ont pu être objectivées en isolant les principes actifs – l'hélénaline et d'autres sesquiterpènes lactoniques. Les propriétés anti-inflammatoires ont su être confirmées – les effets secondaires (action analeptique, effets cardiaques, réactions allergiques) restent cependant tellement importants qu'un usage systémique est à proscrire.

BIBLIOGRAPHIE:

- Bruck M., Pflegen, Helfen, Heilen. . ., dans le livre jubilaire 135 Joër Sang a Klang Pafendall, Luxembourg, 1992.
- Bruck M., Arzneimittellehre und klinische Arzneimittelforschung im Wien des 18. Jahrhunderts, Bull. Soc. Sci. Méd. N° 1, 1994.
- Foucault M., Naissance de la Clinique. Paris, 1963.
- Haeser H., Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten. Jena, 1881.
- Schaus R., Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, de ses origines à nos jours (1864 -1989), Numéro jubilaire, Bull. Soc. Sci. Méd. , 1989.

Ophthalmologie

I. Drei am grauen Staare Erblindete, mit Erfolg operirt, von Dr. G. Fonck , aus Luxemburg.

II. Totalstaphylom des linken Auges Operation - Heilung

Marc BRUCK
Centre Hospitalier de Luxembourg

Georges THEVES
Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg

Au cours de la deuxième moitié du XVIII[e] siècle, l'ophtalmologie, qui n'avait guère fait de progrès pendant les siècles précédents, eut enfin voix au chapitre. Elle fit l'objet de cours spéciaux aux écoles de chirurgie de Paris, de Montpellier, aux Universités de Vienne en Autriche et de Leyde aux Pays-Bas. L'étude de l'anatomie de l'oeil fit de notables progrès au cours de cette même période.

* * *

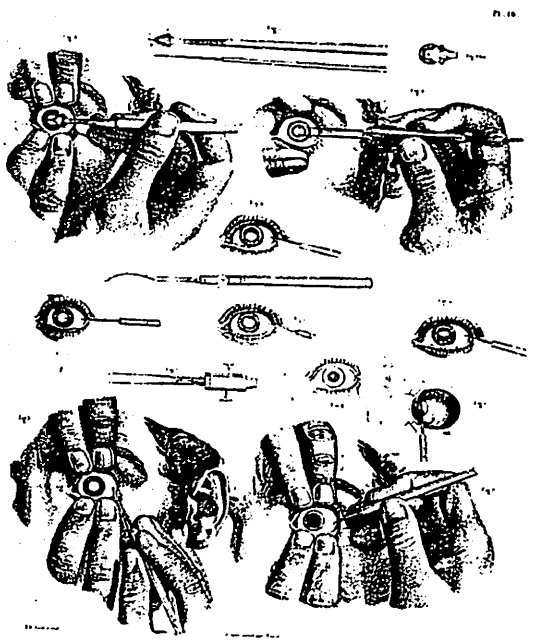
En France, ce fut surtout Jacques Daviel (1696-1762) qui fit avancer la chirurgie de l'oeil. Daviel, le chirurgien-oculiste du Roi Louis XV, inventa une méthode efficace d'opération de la cataracte par extraction complète du cristallin altéré. Tout au long des siècles passés l'opacification du cristallin fut traitée en détachant cet organe pour le faire basculer vers le bas de la chambre postérieure ou corps vitré de l'oeil. Cette opération, non sans risques, consistait donc à déplacer le cristallin en dehors de l'axe de l'oeil.

Elle fut du répertoire de tout chirurgien, depuis Celse (1[er] siècle de notre ère) à Antonio Scarpa (1752-1832) en passant par Ambroise Paré (vers 1510-1590), et était connue sous le nom de «Starstich». Malgré les travaux pionniers de Daviel, beaucoup de médecins, dont le grand chirurgien français Guillaume Dupuytren (1777-1835), continuaient à opérer la cataracte par abaissement du cristallin. L'école allemande avec Graefe, Schmidt et Himly allait donner à cette spécialité nouvelle qu'allait être la médecine oculaire les premiers fondements scientifiques; Beer et Rosas, tous deux professeurs à Vienne, publiaient les premiers traités de chirurgie oculaire qui allaient connaître une vaste distribution de par l'Europe entière.

Friedrich Jaeger, un excellent chirurgien qui a élaboré la méthode selon laquelle Fonck allait procédér, et qui était révolutionnaire à l'époque, n'a laissé que peu d'écrits scientifiques; c'est à son fils Eduard Jaeger que nous devons l'oeuvre à laquelle se réfère très probablement Fonck. *«Ueber Staar und Staar-Operationen, nebst anderen Beobachtungen aus seines Vaters Fr. Jaeger und aus der eigenen ophtalmologischen Praxis. Wien 1854».*

En dépit de tous les progrès réalisés, la chirurgie de l'oeil était encore bien souvent vers la fin du dix-huitième siècle, et surtout dans nos contrées, le domaine du «barbier - chirurgien» , des oculistes itinérants, d'une corporation bien particulière, les «Starstecher».

Rien d'étonnant donc que le docteur Fonck et ses deux collègues Mayrisch et Niederkorn pratiquent eux-mêmes ce type d'intervention.



Opération de la cataracte par extraction du cristallin (en haut) et par abaissement du cristallin (en bas) «Starstich» (Cl. Bernard / J.-B. Bourgery: Traité complet de l'anatomie de l'homme, 2e édition, Paris 1866-1871).

Au mois de mai 1868, une clinique ophtalmologique dirigée par Hartmann de Bonn fut inaugurée au cloître situé au Marché-aux-Poissons. Le même bâtiment abrita la clinique St-François à partir de janvier 1869.

* * *

L'intervention de Fonck et de ses assistants étant suffisamment bien décrite, nous allons laisser au lecteur le soin de lire le détail, pour attirer l'attention sur quatre particularités qui valent bien quelques commentaires supplémentaires:

L'usage du sulfate d'atropine comme agent permettant de provoquer la dilatation de la pupille datait du début du dix-neuvième siècle – bien que ce remède ancestral fut déjà connu, usé (et abusé) depuis des centenaires.

L'atropine est un des alcaloïdes produits (comme l-hyoscyamine) par la Solanacée Atropa bella-donna L., la belladonne; d'après la tradition, cette plante reçut son nom latin de l'usage qu'en firent les femmes romaines (soit en appliquant la sève colorée du fruit sur les lèvres, soit en l'utilisant comme collyre) pour donner à leurs yeux un reflet brillant. Grâce à l'atropine, qui provoque une dilatation de la pupille, l'examen clinique des parties internes de l'oeil fut largement facilité.

Le physicien et physiologiste allemand Ferdinand von Helmholtz (1821-1894) inventa le miroir oculaire qui porte son nom. Albrecht von Graefe (1828 - 1870) développa maintes techniques chirurgicales en utilisant ce nouvel outil qui, combiné à l'instillation d'atropine, permettait enfin une exploration exacte du fond de l'oeil.

Au cours des décennies le miroir de Helmholtz fut perfectionné et les premières photographies de la rétine furent réalisées à New-York en 1862. La tonométrie, facilitant une détermination chiffrée de la pression de l'oeil, fut introduite en 1872. Et à partir de 1896, les «nouveaux rayons» de Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) permirent de localiser avec une grande facilité des corps étrangers dans l'oeil traumatisé.

Fonck ne nous renseigne pas s'il a utilisé le miroir oculaire - nous devons estimer qu'il n'en avait pas à sa disposition.

* * *

Etant donné que l'opérateur avait besoin de la collaboration du patient, l'intervention avait lieu sans anesthésie au chloroforme, les effets anesthésiques du sulfate d'atropine étant localement suffisants pour atténuer la douleur. En plus Fonck savait que la phase d'excitation qui suit une narcose au chloroforme risquait d'être nuisible à l'effet de l'opération, étant donné que le patient pourrait facilement enlever le pansement qui devait protéger l'oeil.

Les textes de Fonck mettent clairement en évidence l'identité et la situation sociale de ses patients, un fait qui, en notre temps, serait inconcevable et contraire à la dignité humaine.

Redonner la vue à un aveugle ou malvoyant semble avoir été à l'époque un événement digne d'être «médiatisé». Les opérés ne se sont certainement pas opposés à la publication de leurs noms; d'ailleurs tous les guéris accompagnèrent leur docteur à l'Assemblée générale de la Société des Sciences Médicales pour être confrontés aux jugements critiques des médecins luxembourgeois. Nous ne savons pas si quelques chopines de bière ou de vin offertes aux patients n'ont pas hâté leur décision de s'exposer en public.

D'un autre côté cependant il y a des maladies dont on préfère garder le secret. Lorsque Mathias Grechen (1857-1919) publia quelques décennies plus tard ses observations sur une maladie vénérienne, cause de stérilité chez la femme, il cita à l'appui de ses arguments un certain nombre de ses clientes de la bonne société luxembourgeoise par leurs initiales en . . . ajoutant la profession de leurs conjoints. Huit jours après la ville de Luxembourg tout entière avait identifié les malheureux couples. Il s'ensuivit un procès retentissant . . ..

BIBLIOGRAPHIE:

- Duhr, Emile: La situation médicale et sanitaire au XIX^{e} siècle, pp. 587-608, In: Mémorial 1989, Les Publications Mosellanes, Luxembourg, 1989.
- Haeser, Heinrich: Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten, Jena, 1881.
- Illustrierte Geschichte der Medizin, herausgegeben von Richard Toellner, Band 3 und 6, Erlangen und Vaduz, 1992.
- Sournia, Jean-Charles: Histoire de la Médecine et des Médecins, Paris, 1991.

Accouchements

Note sur un mode de tamponnement pour arrêter les hémorragies dans les cavités par le Dr Bivort de Hollerich

Romain STEIN
3, rue Lamartine, L-1914 Luxembourg.

Les hémorragies utérines, un fléau mortel pour les femmes au XIX^e^ siècle: quelques réflexions sur l'article du Dr Bivort traitant d'une nouvelle approche thérapeutique.

Evolution historique de l'obstétrique

L'obstétrique s'est constituée comme discipline propre au XVIII^e^ siècle en se dissociant de la chirurgie. Ce furent surtout des chirurgiens qui commencèrent à s'intéresser au processus normal de la naissance afin d'arriver à comprendre ses mécanismes.

Ce fut d'abord l'aristocratie, puis des couches plus larges de la société, qui demandaient la présence d'un obstétricien professionnel lors des accouchements pour en augmenter la sécurité. Ce fut le temps du passage de la manipulation secrète à l'utilisation officielle du forceps et de l'amélioration de sa forme, surtout par le chirurgien André Levret (1703-1780) à Paris.

Nicolas Puzos (1686-1753) s'intéressait aux hémorragies utérines en cas de décollement précoce du placenta. Il expérimenta d'abord avec des saignées (!?) avant d'opter pour le déchirement des enveloppes foetales, connu encore de nos jours comme «manoeuvre de Puzos» pour déclencher la naissance.

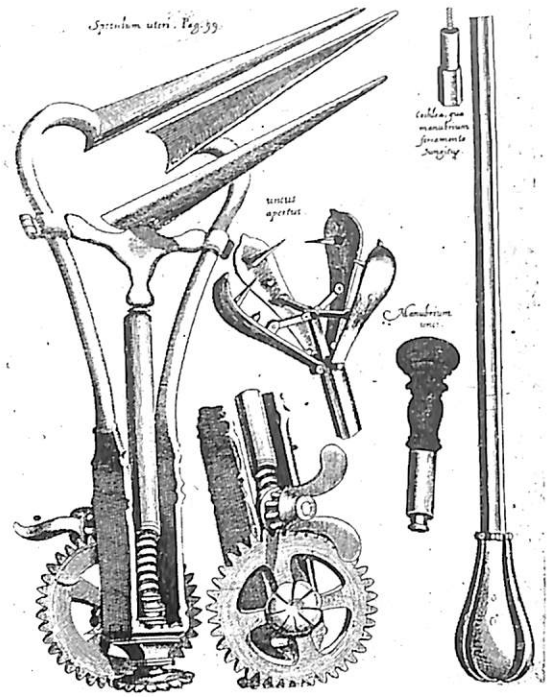
En 1777, Sigault pratiqua la première symphysiotomie pour aider une femme, dont le bassin était trop étroit et qui avait été délivrée de quatre enfants mort-nés, à mettre enfin un enfant bien vivant au monde.

En Angleterre, Charles White (1728-1813) fut un des pionniers de l'asepsie, bien avant Lister. Il recommanda le nettoyage des salles d'accouchement et des chambres. Il isola les femmes souffrant d'infections et ordonna aux accouchées de quitter le lit le plus rapidement possible.

Pendant la première moitié du XIX^e^ siècle apparurent des techniques de déclenchement basées sur l'introduction d'une éponge dans le vagin. Le nombre d'obstétriciens augmenta progressivement. Ils ne se recrutèrent plus exclusivement parmi les chirurgiens. Les sages-femmes aussi s'occupaient de naissances difficiles et n'hésitaient pas à manier le forceps.

En 1816, Laënnec (1781-1826) découvrit le stéthoscope. Son confrère et ami, Alexandre Lejumeau de Kergaradec (1788-1877) annonça le 26 décembre 1821 la découverte de l'auscultation du coeur foetal à l'Académie de Médecine. Il fut donc pour la première fois possible de surveiller l'état de santé de l'enfant.

En Angleterre, Sir J.V. Simpson (1811-1870) inventa la première ventouse qu'il appela «air-tractor» et en 1847, il utilisa le chloroforme pour narcotiser les femmes en gésine. En 1853, il employa cette technique lors du 7^e^ accouchement de la Reine Victoria. La «narcose à la reine» connut une grande renommée.



Spéculum utérin et instrument à crochets mobiles (pour l'extraction de calculs vésicaux ou de foetus momifiés?), In: Fabrice d'Acquapendente (1533-1619): Opera chirurgica, Padoue, 1647, planche publiée In: Les siècles d'or de la médecine, Padoue XV-XVIII[e], Milano, 1989.

La deuxième moitié du XIX[e] siècle fut marquée par la bataille contre la fièvre puerpérale. Mais il fallut le martyre d'un Semmelweis (1818-1865) pour accepter progressivement l'idée que la contagiosité pourrait y être pour quelque chose.

La césarienne entraîna à l'époque presque toujours la mort des patientes. La mortalité si importante était due à des infections à gram négatifs entraînant des putréfactions et des péritonites, ainsi que des hémorragies massives. Une statistique du grand obstétricien français Adolphe Pinard (1844-1934) indiqua en 1879 une mortalité de 44,5% suite à la césarienne. Confronté à ces résultats décevants, on était sur le point d'abandonner la césarienne, quand Saenger (1853-1903) de Leipzig proposa la suture de l'utérus, inconnue auparavant. Depuis ce temps, la césarienne conservatrice prit la place de l'opération mutilante de Porro (1842-1902) qui consistait à enlever toute la matrice. La mortalité commença à baisser, les vrais progrès durables ne furent cependant réalisés qu'au début de notre siècle.

Au début de la seconde moitié du XIX[e] siècle, Champetier de Ribes développa un ballon pour arrêter les hémorragies en cas de placenta praevia et en 1862, Tarnier proposa un ballon gonflable pour dilater les voies génitales.

Le travail du Dr Bivort

Ce travail nous montre que son approche thérapeutique des hémorragies utérines s'insérait dans les traitements proposés à ce moment et qu'il connaissait parfaitement la littérature concernant les techniques modernes de l'époque.

Les progrès de l'industrie chimique permettaient pour la première fois la production de ballons en caoutchouc gonflables. Il était donc logique de les essayer pour tamponner un organe creux. L'enjeu était énorme. Il suffit de se rappeler la mortalité catastrophique chez les femmes ayant subi la césarienne.

Dans la première partie de son article, le Dr Bivort décrit les avantages du ballon gonflable vis-à-vis des inconvénients qu'ont dû présenter les tampons en «boulette de charpie (filaments de linge usé) et étoupes». Puis il décrit très bien une complication majeure: après un certain temps de succès, l'hémorragie redémarre de plus belle. Son explication du phénomène se base sur l'observation que le liquide refroidi gonflant le ballon, provoque d'abord une contraction des vaisseaux sanguins facilitant l'hémostase. Une fois le tampon réchauffé par la température du corps, les vaisseaux se dilatent de nouveau et l'hémorragie reprend. Il semble donc logique de créer un refroidissement continu par un apport permanent d'eau froide à l'aide d'un circuit.

Cette technique fut reprise en urologie pour tamponner la plaie après résection totale de la prostate par laparotomie. Elle consistait dans la mise en place d'un ballon gonflable dans la loge prostatique vidée par l'opération. Ce ballon était relié à un tubage passant à travers la paroi abdominale. Ces tubes formaient un circuit fermé dans lequel une pompe maintenait un flux refroidissant constant. J'ai encore assisté moi-même à une telle opération; ce fut au début des années 1980 à Vienne. Cette technique était très contestée à l'époque et l'opération s'est d'ailleurs soldée par un échec: le patient a dû être réopéré le soir même de l'intervention à cause d'une . . . hémorragie post-opératoire.

Quand au Dr Bivort, il ne pouvait pas encore savoir que l'organisme humain développe un mécanisme qui freine la coagulation pour empêcher son débordement: il s'agit de la fibrinolyse. Il ne pouvait donc pas savoir non plus que c'est surtout l'utérus qui est très riche en activateurs de la fibrinolyse. Ce concept hématologique ne fut développé qu'en 1936 par Dieckmann lorsqu'il observa une hémorragie rétroplacentaire . . .

BIBLIOGRAPHIE:

- Hartemann, Jean: Geschichte der Geburtshilfe vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, In: Illustrierte Geschichte der Medizin herausgegeben von Richard Toellner, Band 3, pp. 1325-1393, Vaduz und Erlangen, 1992.

Médecine Vétérinaire

Mémoires présentés par M. E. Fischer, vétérinaire à Luxembourg

Georges THEVES

Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg

1. Observation d'une maladie intestinale particulière chez le cheval, occasionnée par la présence d'un entozoaire.

Les auteurs de l'Antiquité connaissaient déjà certains entozoaires ou vers intestinaux de l'homme et des animaux. Hippocrate et plus tard Aristote distinguèrent chez l'homme les nématodes ou vers ronds et les cestodes ou vers plats. Galien avait remarqué les échinocoques du foie sans toutefois en reconnaître leur nature animale[6].

Tous ces auteurs croyaient à l'abiogenèse de ces parasites. Les uns faisaient naître les vers des productions pathologiques des tissus, d'autres accusaient les mauvaises conditions d'élevage et une nourriture déficiente chez les animaux domestiques comme facteurs prédisposants à la génération spontanée des vers. Certains attribuaient aux vers une fonction curative par stimulation de la digestion et consommation des sécrétions intestinales excessives. Puis d'autres y voyaient la cause de toute une série de maladies graves: la variole, la peste et même la rage étaient mises sur le compte des helminthes[6]. La transmission héréditaire comme origine des vers au niveau des séreuses fut également propagée par les médecins et les hippiatres du Moyen Âge. On avait bien sûr remarqué depuis longtemps les kystes hydatiques chez certains animaux domestiques, le porc ou le lapin par exemple, et on connaissait les vers rubanés, les taenias, chez l'homme et le chien. Mais les deux formes de vie étaient considérées comme absolument indépendantes l'une de l'autre.

Ce ne fut que vers la fin du XVIII[e] siècle que des savants s'occupèrent sérieusement de l'étude des helminthes. Des précurseurs, comme Jan Swammerdam (1637-1680), médecin et naturaliste hollandais, et Francesco Redi (1626-1697), médecin et philosophe italien, avaient préparé la voie [7/8/10]. Leurs études sur le mode de génération et la métamorphose des insectes ont permis plus tard d'importantes découvertes sur l'origine et le développement des vers. En attendant, les connaissances en matière de vers intestinaux n'étaient guère plus avancées qu'aux siècles précédents. Citons à titre d'exemple le «*Traité de la génération des vers dans le corps de l'homme*» du médecin lyonnais Nicolas Andry (1668-1741), connu surtout pour ses travaux en orthopédie. Andry, appelé par ses contemporains «homo vermiculosis», mélange l'imaginaire et la réalité aussi bien dans sa description des différentes catégories de vers dont certaines ne seraient que des concrétions organiques ou des caillots sanguins, que dans sa thérapeutique dont certains médicaments relevaient de la pure fantaisie[7].

Un des premiers ouvrages d'helminthologie vétérinaire fut publié par Philibert Chabert (1737-1814), inspecteur des écoles vétérinaires françaises, en 1782. Dans son «*Traité sur*

les maladies vermineuses dans les animaux», dont une traduction en allemand parut en 1789, Chabert faisait une étude détaillée des parasites de l'intestin[7]. Il distingua les oestres (Larven von Bremsen), les strongles (Spulwürmer), les ascarides (Madenwürmer), les crinons ou dragonneaux (Fadenwürmer), les douves (Egelwürmer) et les taenias (Bandwürmer). Son principal traitement contre les vers consistait dans l'administration de l'huile empyreumatique préparée par distillation de la boîte cornée du pied de cheval, de la corne de boeuf ou de bois de cerf[4]. Cette huile, connue également sous le nom d'huile de Chabert, était encore en vogue au cours de la seconde moitié du XIX[e] siècle.

* * *

Le médecin suédois Karl Asmund Rudolphi (1771-1832), professeur et directeur de l'éphémère institut vétérinaire (1806-1810) de l'Université de Greifswald, avait réalisé d'importants travaux sur la morphologie des vers intestinaux que reflètent les deux volumes de son ouvrage *«Entozoorum sive vermium intestinalium historia naturalis» (1808 et 1810)*[1]. Et pourtant ce savant accorda encore du crédit aux anciennes doctrines sur la genèse des parasites. L'idée de la *«generatio aequivoca s. originaria»* des vers à partir d'une substance primitive riche en protéines, la *«substantia verminationis»*, avait encore longue vie. Nous la retrouvons régulièrement dans la littérature médicale et vétérinaire de la première moitié du XIX[e] siècle.

* * *

La période scientifique de l'étude des vers intestinaux commença définitivement avec les premiers travaux du zoologiste belge Pierre-Joseph Van Beneden (1809-1894). Dès 1847, le savant belge, professeur à Louvain, se mit à étudier la transformation de cysticerques du foie de poissons osseux en vers rubanés dans l'intestin de poissons cartilagineux (qui faisaient de ces poissons osseux un repas régulier). En 1849, Van Beneden proclama que les *«vésiculaires ou cystiques sont des ténioïdes incomplets»*[2].

Vers la même époque le médecin Friedrich Küchenmeister (1821-1890) de Dresde démontra que le cysticerque du lapin se transforme en taenia chez le chien. Il confirma les recherches de Van Beneden dont les idées furent adoptées par un autre savant allemand, le médecin et professeur d'anatomie comparée à Erlangen, Breslau et Munich, Karl Theodor Ernst von Siebold (1804-1885) [2/7]. Entre 1855 et 1861, Küchenmeister, en collaboration avec Gottlieb Karl Haubner (1806-1882), professeur à l'école de médecine vétérinaire de Dresde à partir de 1853[5], prouva par des expériences sur animaux, mais également sur deux condamnés à mort, que le cysticerque du porc (Cysticercus cellulosae) est la forme larvaire du ver solitaire (Taenia solium) de l'homme[1/2/8].

* * *

L'étiologie d'une autre maladie parasitaire grave, transmissible à l'homme, la trichinose, fut élucidée au cours du XIX[e] siècle. Des chercheurs anglais et américains avaient trouvé des formations blanchâtres dans les muscles d'hommes ayant souffert de rhumatismes et dans les jambons de porc. Bientôt il apparut clairement qu'il s'agissait de parasites enkystés qui reçurent le nom de «Trichina spiralis». En 1860, le médecin Friedrich Albert von Zenker (1825-1898), professeur d'anatomie pathologique à Dresde et à Erlangen, présenta dans les «Archives de Virchow» un mémoire *«Die Trichinenkrankheit»*. Il fut le premier à avoir révélé la vraie nature de la trichinose dont on avait longtemps considéré les kystes musculaires comme anodins et trouvailles d'autopsie[1]. Il appartient cependant à Rudolf Leuckart (1822-1898), professeur de zoologie et d'anatomie comparée à Giessen et à Leipzig[7], d'avoir éclairci le mode de vie et les voies d'infection des trichines ainsi que le rôle important des rats dans la transmission de la maladie. D'une tout aussi grande importance pour la médecine vétérinaire furent ses travaux sur le cycle évolutif des douves hépatiques(1880), provoquant une induration progressive des canaux biliaires du foie surtout chez les bovins et les moutons. La connaissance de l'histoire naturelle des distomes, dont certains stades larvaires passent obligatoirement par des gastéropodes, a permis depuis

L'administration d'absinthe, de racine de fougère ou de mercure contre les vers du cheval au XVIII^e siècle

(gravure de J. E. Ridinger)

un contrôle efficace de cette maladie animale par des mesures hygiéniques et médicamenteuses[8].

Notre compatriote, le docteur Félix Schaan (1837-1885), né à Vianden et établi à Chicago de 1868 à 1870, puis à Sedan à partir de 1871, présenta en 1872 devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse de doctorat intitulée: «*Etude sur la trichine*». Il avait observé sous le microscope dans les muscles de l'homme et du porc la formation d'un kyste dans la cellule musculaire suite aux phénomènes inflammatoires provoqués par le ver. Il proposa en cas de suspicion de faire le diagnostic chez l'homme par une biopsie au niveau du muscle deltoïde à l'aide d'un petit trocart muni d'un crochet près de sa pointe. Félix Schaan recommanda un moyen de prophylaxie efficace: «*ne jamais manger du porc cru, s'il n'a été analysé par un homme compétent*»[12].

* * *

L'élucidation du cycle de vie des vers intestinaux et principalement des cestodes et des trichines a eu deux conséquences d'envergure.

Cette découverte porta un coup décisif au dogme de la génération spontanée, du moins pour le monde des pluricellulaires. Il a fallu le génie d'un Louis Pasteur (1822-1895) pour transposer ces idées nouvelles également à l'infiniment petit.

Les résultats de ces recherches ont donné naissance à un contrôle hygiénique des viandes basé sur des considérations scientifiques. La recherche systématique des cysticerques dans les muscles masticateurs des bovins et diaphragmatiques des porcs dans les abattoirs nouvellement créés à travers l'Europe à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle a permis d'éliminer progressivement la taeniose chez les amateurs de viande crue ou insuffisamment cuite. A l'aide du microscope, transformé bientôt en trichinoscope, les vétérinaires inspecteurs des viandes ont pu efficacement prévenir maintes épidémies de trichinose.

* * *

Les travaux dans le domaine de la parasitologie vétérinaire furent continués tout au long des XIX^e et XX^e siècles. Citons à titre d'exemple pour le XIX^e siècle Andreas Christian Gerlach (1811-1877), directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire à Hanovre, qui s'occupa des gales et des dermatophytes ainsi que de la trichinose[5]; Ernst Friedrich Gurlt (1794-1882), professeur à l'école de Berlin, qui étudia également les gales des animaux domestiques[13]; Gian Battista baron Ercolani (1817-1883), professeur aux écoles vétérinaires de Turin et de Bologne, qui publia un important traité de parasitologie[5]; Casimir-Joseph Davaine (1812-1882), médecin français, qui réussit à éclaircir le cycle évolutif de certains cestodes; Gabriel-Constant Colin (1825-1896), physiologiste et professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et Casimir-Célestin Baillet (1820-1900), professeur et directeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, qui ont produit d'éminents travaux d'helminthologie[3]. En Belgique, à l'Ecole de Cureghem, Louis-Marie Gedoelst (1861-1927) fit des études approfondies sur les champignons parasites de l'homme et des animaux[9].

Le début du XX^{e} siècle fut dominé par deux personnalités françaises: Louis-Joseph-Alcide Railliet (1852-1930), professeur à Alfort, helminthologiste de réputation mondiale, intéressé non seulement à la morphologie des parasites, mais aussi à la pathologie, à la thérapeutique et à la prophylaxie des maladies parasitaires[3]. Le professeur de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, Louis-Georges Neumann (1846-1930), était un grand spécialiste des ixodidés; il publia divers ouvrages sur les maladies parasitaires[3]. En Allemagne, Robert von Ostertag (1864-1940), le père de l'inspection des viandes et professeur de parasitologie à Berlin de 1892 à 1907, s'intéressa particulièrement aux maladies parasitaires transmissibles des animaux à l'homme [13].

* * *

Les maladies parasitaires chez les animaux domestiques et particulièrement celles dues aux vers intestinaux, hépatiques et pulmonaires ont eu à toutes les époques de l'histoire une incidence économique importante. Les pertes dues aux parasites étaient toujours plus ou moins graves, mais jusqu'au XX^{e} siècle le traitement était avant tout individuel à base d'absinthe, de racine de fougère et de mercure. Le parasitologue moderne s'adresse à la chimie de synthèse et même à l'immunologie (vaccin contre la verminose pulmonaire) pour combattre les parasitoses à l'échelle du troupeau, sans négliger les facteurs d'environnement.

BIBLIOGRAPHIE:

1/ NEUE DEUTSCHE BIOGRAPHIE, Berlin, 1953-1994 (Bibliothèque Nationale de Luxembourg).

2/ BIBLIOGRAPHIE NATIONALE DE BELGIQUE, Bruxelles, 1866-1985/86 (Bibliothèque Nationale de Luxembourg).

3/ BRESSOU, C.: Deuxième Centenaire 1765-1967. Quelques Souvenirs. Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, Paris, 1967.

4/ CHABERT, Philibert: Abhandlung von den Wurm-Krankheiten der europäischen Hausthiere, aus dem Französischen übersetzt und herausgegeben von F. A. A. Meyer, Göttingen, 1789.

5/ EICHBAUM, Fr.: Grundriß der Geschichte der Thierheilkunde, Verlag Paul Parey, Berlin, 1885.

6/ HURTREL D'ARBOVAL: Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie et d'Hygiène Vétérinaires, tome II, édition entièrement refondue par A. Zundel, Paris, 1875.

7/ ILLUSTRIERTE GESCHICHTE DER MEDIZIN, herausgegeben von Richard Toellner, Band 5 und 6, Vaduz und Erlangen, 1992.

8/ KARASSZON, D: A concise history of veterinary medecine, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988.

9/ MAMMERICKX, M.: Histoire de la Médecine vétérinaire belge suivie d'un répertoire bio-bibliographique des médecins vétérinaires belges et de leurs écrits, Mémoire de l'Académie royale de médecine de Belgique, II^{e} série, tome V, numéro 4, pp. 261-708, Bruxelles, Académie royale de médecine de Belgique, 1967.

10/ MICHAUD: Biographie Universelle ancienne et moderne, Paris, 1854 (Bibliothèque Nationale de Luxembourg).

11/ NEUMANN, L.-G.: Traité des Maladies Parasitaires non Microbiennes des Animaux Domestiques, Paris, 1892.

12/ SCHAAN, Félix: Etude sur la trichine, Paris, 1872 (Bibliothèque Nationale de Luxembourg)

13/ Von der königlichen Tierarzneischule zur veterinärmedizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, 1790-1990, München, 1990.

2. Extraction d'un calcul vésical chez le cheval.

Les débuts de la chirurgie vétérinaire suivirent de très près la domestication des animaux. Ce n'est pas par hasard que la première opération chirurgicale connue chez les bovins, les moutons, les chèvres et les porcs fut la castration. Ce fut de tout temps une mesure importante pour empêcher des accouplements indésirables chez les espèces domestiques.

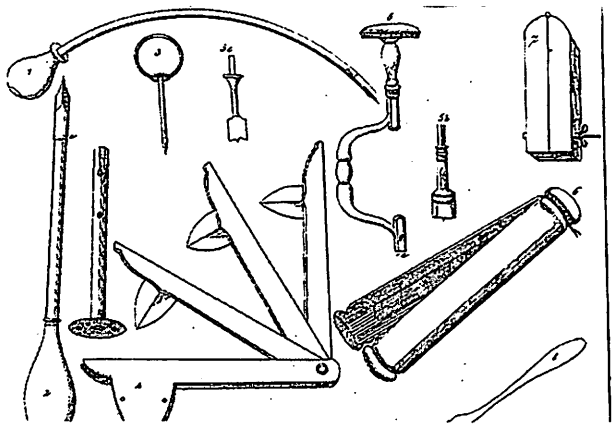
De nombreux précurseurs, les hippiatres gréco-romains, les maréchaux du Moyen Âge et les écuyers des XVII[e] et XVIII[e] siècles, contribuèrent à l'évolution de la chirurgie des animaux, lorsqu'en 1762 la première école de médecine vétérinaire fut créée à Lyon par Claude Bourgelat (1712-1779). Par la suite de nombreux établissements pour l'étude scientifique de la médecine des animaux virent le jour à travers l'Europe. La chirurgie y était pratiquée d'abord en association étroite avec la maréchalerie. Plus tard elle devint une branche indépendante de l'enseignement vétérinaire.

A la fin du XVIII[e] et au début du XIX[e] siècle, le chirurgien vétérinaire fut appelé en premier lieu pour soigner les maladies du sabot du cheval. En outre il s'occupa à saigner, à panser des blessures, à suturer des plaies, à enlever des chéloïdes, à extirper des tumeurs, à châtrer des mâles et des femelles et à trépaner des sinus. «*Thiere gebrauchen ihre natürlichen Waffen gegen den Operateur und seine Gehülfen und machen dadurch die Operation schwierig, unsicher oder gar unausführbar*», écrivait Eduard Hering (1799-1883), professeur à l'Ecole vétérinaire de Stuttgart, dans son manuel d'opérations vétérinaires en 1857[5]. La contention des animaux avant toute intervention chirurgicale était primordiale tant pour la sécurité de l'animal que pour celle de l'opérateur. L'abattage était d'ordinaire réalisé à l'aide de cordes et d'entravons. Dans la pratique courante l'abattage se faisait sur le fumier ou sur le gazon recouverts d'un lit de paille.[1/6/7]

Parmi les pionniers de la chirurgie vétérinaire de cette époque, il faut citer Johann Gottlieb Wolstein (1738-1820), médecin et chirurgien, directeur du «k. k. Thierspital» créé en 1776 à Vienne[2]. Joh. Fr. Chr. Dieterichs (1792-1858), d'abord maréchal-ferrant puis, après des études appropriées, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Berlin, publia en 1822 un excellent traité de chirurgie vétérinaire[2]. En France ce fut Jean-Baptiste Gohier (1776-1819), professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, qui dans ses «*Mémoires et Observations sur la médecine et la chirurgie vétérinaire*» (1813/16) relata ses premières expériences en matière de césarienne chez le mouton et la vache. Terminons cette énumération par André Brogniez (1802-1851). Professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Cureghem/Bruxelles à partir de 1832, Brogniez, fils de maréchal-ferrant, fut l'inventeur et même le constructeur de plus d'une vingtaine d'instruments de chirurgie différents, dont certains, destinés aux soins dentaires, aux dimensions et poids impressionnants. A cette époque, qui ne connaissait pas encore l'anesthésie, il était courant d'avoir pour chaque opération un instrument bien spécifique. Cela n'a rien d'étonnant, il suffit de se rappeler qu'il fallait opérer en ces temps-là par des gestes rapides et précis: *cito, tuto et iucunde.*

* * *

A partir de 1846, une ère nouvelle pointe à l'horizon de la médecine permettant d'élever progressivement la «*chirurgia brutalis*» à un niveau scientifique et humain. Le dentiste anglais William Th. G. Morton (1819-1868) de Boston aux Etats-Unis réalisa le 16 octobre 1846 la première anesthésie à l'éther[2]. L'année suivante, un étudiant en médecine vétérinaire, plus tard professeur à Cureghem, François Joseph Defays (1819-1871), imagina un appareillage adapté aux chevaux et aux chiens, connu sous le nom *d'Appareil à Ethérisation de M. F. Defays*[5]. L'effet anesthésiant du chloroforme fut décrit également en 1847. Mais il n'était pas nécessaire d'avoir à sa disposition un appareil coûteux et souvent fragile. Eduard Hering, tout comme Henri Bouley (1814-1885) à Paris et Théodore-Auguste Thiernesse (1812-1883) à Bruxelles, avait réalisé quelques semaines après la publication des premiers résultats chez l'homme, des anesthésies par inhalation chez les animaux. Hering recommanda: «*Man tränkt, um ein Pferd zu narkotisiren, einen Schwamm mit dem Aether*



Instruments vétérinaires: (de gauche à droite) pour la ponction du rumen, pour la saignée, pour la trépanation des sinus et pour la castration (J. J. Rychner: Hippiatrik oder systematisches Handbuch der äußerlichen und innerlichen Krankheiten des Pferdes und ihrer Heilung. Erster Band: Der chirurgische Theil, Bern, 1842).

und steckt denselben in das eine Nasenloch, während man das andere frei lässt und nur etwa beim Einathmen mit der Hand etwas verengert oder zudrückt» [5].

Pourtant le prix assez élevé des produits et les accidents fréquents chez les grands animaux, dont la viande devenait inconsommable après l'application d'éther ou de chloroforme, empêchèrent l'emploi de cette méthode d'anesthésie dans la pratique courante[2/8].

L'hydrate de chloral, introduit en médecine humaine comme hypnotique en 1869, fut utilisé pour l'anesthésie des chevaux à partir de 1875. Les chirurgiens vétérinaires hésitèrent longtemps entre l'application intraveineuse, orale ou rectale. Finalement ce fut l'infusion intraveineuse de l'hydrate de chloral qui entra en pratique[2/8].

L'anesthésie locale à la solution de cocaïne à 5% facilitait grandement de nombreuses interventions chez toutes les espèces, notamment les bovins, à partir de 1891[8].

Aujourd'hui une panoplie impressionnante de produits anesthésiants est à la disposition du médecin vétérinaire pour toutes les espèces, domestiques ou exotiques, qui peuvent requérir ses soins chirurgicaux.

* * *

Un autre pas important en avant, permettant d'améliorer le triste sort des opérés, fut l'introduction de l'antisepsie des plaies opératoires par le chirurgien anglais Joseph Lister (1827-1912) en 1867[2]. Vingt ans plus tôt, le médecin hongrois Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) avait exigé de ses confrères à la sortie de la salle d'autopsie de se laver les mains à l'aide d'une solution de chlore avant d'examiner des femmes en cours d'accouchement. Cependant rares étaient ceux qui lui faisaient confiance. Les *«miasmes»* volatils et les *«virus»* solides ou liquides n'étaient pas encore reconnus partout comme étant des microbes pouvant causer des inflammations graves ou des gangrènes fatales. La solution phéniquée employée par Lister n'était pas sans inconvénient, elle irritait les muqueuses et fut abandonnée fin des années 80[2].

L'asepsie des instruments et du champ opératoire propagée en médecine humaine dès la fin du XIX[e] siècle était naturellement beaucoup plus difficile à réaliser en pratique chirurgicale des grands animaux. Elle se heurta aux conditions hygiéniques des écuries, étables ou porcheries, les «salles d'opération» de fortune du vétérinaire de campagne par mauvais temps ou de nuit.

Grâce à la chimiothérapie antimicrobienne qui débuta vers 1935 avec la découverte des sulfamides par Gerhard Domagk (1895-1964), le pronostic de certaines interventions au ni-

veau de l'abdomen chez la vache (extraction de corps étrangers du rumen) s'améliora considérablement. Mais ce ne fut qu'après la Seconde Guerre mondiale que les sulfamides et conjointement les antibiotiques connurent une large diffusion en médecine vétérinaire.

La découverte des rayons X par Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) en 1895 mit à la disposition de la médecine opératoire un moyen de diagnostic de première importance. La mise en évidence des os de la main nécessita à l'époque une exposition de plus de . . . vingt minutes[8].

Déjà l'année suivante la médecine vétérinaire commença à s'intéresser à la radiographie. En Angleterre et en Allemagne des essais furent réalisés sur des chiens et chats vivants, sur des chevaux morts et sur un âne anesthésié au chloroforme[4]. Le jeune vétérinaire Richard Eberlein (1869-1921), professeur à la Faculté de Médecine Vétérinaire de l'Université de Berlin à partir de 1900, fut, entre autres, un des grands promoteurs de la radiographie en médecine vétérinaire. En 1897, il écrivait: *«(wir müssen) nach unseren Versuchen die Durchleuchtungsmethode mittels der X-Strahlen als ein brauchbares und werthvolles diagnostisches Hilfsmittel für die Thierheilkunde erachten»*[4]. Il faudra cependant attendre les années cinquante de notre siècle pour voir apparaître les premiers appareils de radioscopie et de radiographie dans les cabinets vétérinaires. Leur emploi fut facilité par les tranquillisants modernes qui assurent une parfaite immobilisation des animaux. Aujourd'hui on ne peut plus guère imaginer la pratique des animaux de compagnie et des chevaux de sport sans radiographie.

* * *

Vers les années cinquante la chirurgie des animaux de compagnie a connu un essor prodigieux. L'ostéosynthèse, pratiquée d'abord expérimentalement par des chirurgiens de l'homme chez le chien, la dentisterie et la chirurgie de l'oeil furent bientôt adoptées par les médecins des animaux. Aujourd'hui les interventions chez les petits animaux et même chez le cheval de luxe se font en clinique vétérinaire dont les installations ressemblent de plus en plus aux salles d'opérations de médecine humaine.

Tout au long des deux derniers siècles, la chirurgie vétérinaire a su avantageusement profiter des acquis en chirurgie humaine tout en développant des techniques propres, adaptées aux exigences spécifiques de certaines espèces animales. La chirurgie de l'homme, de son côté, a pu expérimenter sur des animaux et mettre au point des méthodes opératoires améliorant le pronostic de mainte affection grave chez l'homme.

BIBLIOGRAPHIE:

1/ DEGIVE, Alphonse: Précis de Médecine opératoire vétérinaire, Bruxelles et Paris, 1908.

2/ DRIESCH (von den), Angela: Geschichte der Tiermedizin. 5000 Jahre Tierheilkunde, München, 1989.

3/ EICHBAUM, Friedrich: Grundriss der Geschichte der Thierheilkunde, Berlin, 1885.

4/ ELLENBERGER / SCHÜTZ / BAUM: Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinär-Medicin, Jahr 1896 / Jahr 1897, Berlin, 1897/98.

5/ HERING, Ed.: Handbuch der thierärztlichen Operationslehre, Stuttgart, 1857.

6/ HERTWIG, C. H.: Praktisches Handbuch der Chirurgie für Thierärzte, Berlin, 1859.

7/ MÖLLER'S Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie für Tierärzte, bearbeitet von H. Frick, vierte Auflage, Stuttgart, 1920.

8/ SCHÄFFER, Johann: Vom Hufschmied zum Fachtierarzt für Chirurgie. Einführung in die neuere Geschichte der Tierchirurgie, In: Schebitz / Brass / Wintzer: Allgemeine Chirurgie für Tierärzte und Studierende, Berlin und Hamburg, 1993.

3. Note relative à la fécondité des femelles issues d'une naissance jumelle.

Le phénomène biologique dont il est question dans la note d'Eugène Fischer relative à la fécondité des femelles issues d'une naissance jumelle, est connu en médecine vétérinaire sous le nom de «free martinisme». Le «free martin» est la génisse stérile née jumelle d'un mâle; elle présente des organes génitaux internes plus ou moins masculinisés tout en conservant des caractères sexuels secondaires du type féminin. Le terme «free martin» apparaît dans la littérature à partir du XVII^{e} siècle. «Free» est vraisemblablement une abréviation du vieux mot écossais «farrow» qui signifie «bovin stérile». En langue gaélique «mart» désigne la vache[3]. Cette affection est presqu'exclusivement observée chez les bovidés, elle est exceptionnelle chez le porc, le mouton et la chèvre.

L'agronome romain Columella mentionna déjà au 1er siècle de notre ère qu'une génisse stérile était normalement née jumelle d'un mâle[3]. John Hunter (1728-1793), chirurgien en chef de l'armée anglaise et un des promoteurs du Royal Veterinary College de Londres créé en 1791, avait observé en 1786 le développement insuffisant des organes génitaux des «free martins»[5].

Alexandre Numan (1780-1852), médecin et directeur de l'Ecole vétérinaire d'Utrecht, publia en 1843 un *«Mémoire sur les vaches stériles, connues sous le nom d'hermaphrodites, comparées à d'autres animaux portant des vices de conformation de l'appareil sexuel»*. Pierre-Joseph-Séraphin Verheyen (1806-1864), professeur à l'Ecole vétérinaire de Cureghem/Bruxelles, en fit la traduction française en 1844 et le vétérinaire luxembourgeois Jean-Auguste Neyen (1838-1928) présenta en 1863 un compte rendu des travaux de Numan dans les colonnes du *«Recueil de médecine vétérinaire d'Alfort»*. Numan avait réalisé une étude approfondie de nombreuses génisses «free martins» chez lesquelles il constata presque toujours des organes sexuels mal conformés ou incomplets. Le médecin d'Utrecht fut d'avis que ces animaux ne devaient pas être considérés comme des hermaphrodites, puisqu'il n'y avait pas mélange d'organes génitaux mâles et femelles. Il remarqua aussi que la stérilité n'atteignait jamais la totalité des génisses «free martins»[6].

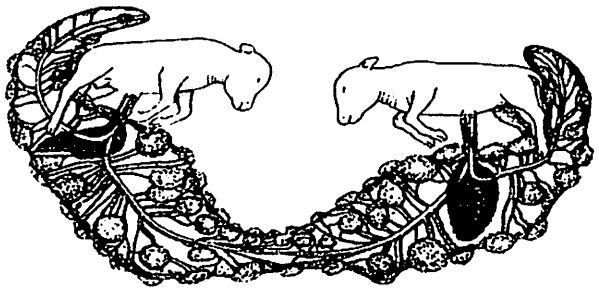
Eduard Hering (1799-1883), médecin et professeur à l'Ecole vétérinaire de Stuttgart, émit l'opinion que *«bei den Zwillingskälbern verschiedenen Geschlechts (Stier- und Kuhkalb) ist letzteres durch eine angeborene Missbildung der inneren Organe beinahe jedesmal unfruchtbar»* (1858)[4].

Paul Cagny, vétérinaire à Senlis en Oise, fit part à la Société Centrale de Médecine Vétérinaire à Paris, dans la séance du 3 mai 1906, de deux cas d'infécondité chez des génisses issues d'un part gémellaire: *«Me basant sur la tradition populaire, j'ai conseillé l'envoi à l'abattoir. . . et j'ai constaté une anomalie des organes justifiant ma décision»*[1].

La physiopathologie du free martinisme fut partiellement élucidée à partir de 1916 par des études sur des embryons et des adultes «free martins». Frank Rattray Lillie (1870-1947), zoologiste américain, et des chercheurs autrichiens ont mis en évidence des anastomoses vasculaires entre les membranes foetales des deux produits. Au cours de l'ontogenèse, les testicules se développent un certain temps avant les ovaires. Ce qui a conduit à la théorie hormonale suivante: les hormones produites précocement par l'embryon mâle passent dans le torrent sanguin de la jumelle à la faveur des anastomoses des vaisseaux sanguins et provoquent une hypoplasie des organes sexuels de cette dernière. Cette théorie n'est pas acceptée unanimement. Certains objectent que les communications vasculaires peuvent exister sans que la malformation apparaisse. Il est cependant connu que les ovaires de l'espèce bovine sont particulièrement sensibles à l'application expérimentale ou thérapeutique d'hormones sexuelles[2,5,7,8].

Le «free martin» est inconnu en médecine humaine. La littérature médicale cite 3 cas de jumeaux dizygotes chez lesquels une communication des circulations intra-utérines a été prouvée par l'analyse des groupes sanguins. En aucun de ces cas le garçon n'a pu masculiniser sa soeur[3].

3) Les anastomoses vasculaires entre les membranes foetales de jumeaux bovins (Claus Overzier: Die Intersexualität, Stuttgart 1961).



Après la Seconde Guerre mondiale, d'autres scientifiques signalèrent le mélange de cellules souches des globules rouges et des cellules gonadiques chez les deux embryons. Le mélange du sang de chacun des sujets conduit souvent chez les jumeaux bisexués bovins à des groupes sanguins identiques. La composition chromosomique déterminant le sexe chez le «free martin» correspond également à un mélange d'éléments femelles XX et mâles XY. L'anomalie du tractus génital femelle serait due à la présence du chromosome $Y^{2,5}$.

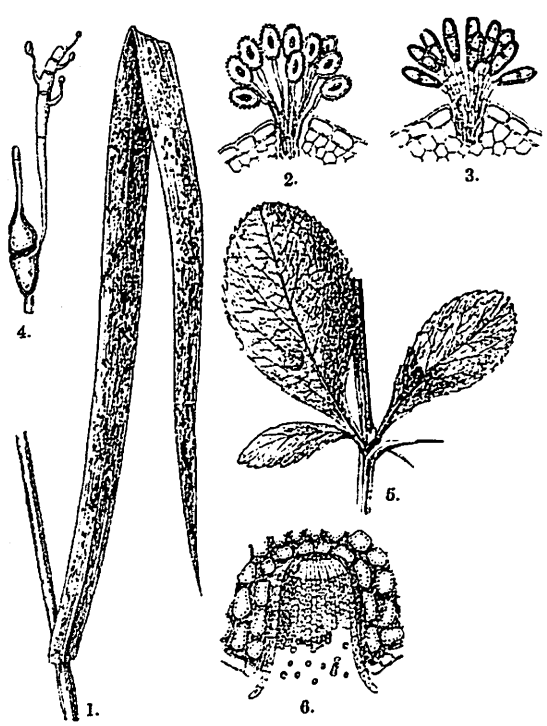
La stérilité chez les «free martins», que certains auteurs du XIX^{e} siècle, dont Eduard Hering de Stuttgart, avaient évaluée à presque 100%, n'apparaît en réalité que chez 92 à 94% des génisses. Ce qui fait que la belle génisse de demi-sang Ayrshire, née jumelle d'un mâle et achetée par le vétérinaire et agronome Eugène Fischer en 1863, avait pu finalement mettre au monde un beau veau.

BIBLIOGRAPHIE:

1/ BULLETIN de la SOCIÉTÉ CENTRALE de MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, LX^{e} volume de la collection, Paris, 1906.
2/ DERIVAUX, Jules: Physio-Pathologie de la Reproduction et Insémination Artificielle des Animaux Domestiques, Paris et Liège, 1958.
3/ DIE INTERSEXUALITÄT, herausgegeben von Prof. Dr. Claus Overzier, p. 396, Stuttgart, 1961.
4/ HERING, Ed.: Spezielle Pathologie und Therapie für Thierärzte, dritte vermehrte Auflage, Stuttgart, 1858.
5/ LESBOUYRIES, G.: Reproduction des Mammifères Domestiques . Sexualité. Paris, 1949.
6/ RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT: Correspondance de Jean-Auguste Neyen, pp. 386-392, 1863.
7/ STOOS, Anton Otto: Tierärztliche Geburtskunde und Gynäkologie, Stuttgart, 1928.
8/ ZIETZSCHMANN, Otto: Über die Genitalmissbildung bei verschiedengeschlechtlichen Zwillingen des Rindes, In: Schweizer Archiv für Tierheilkunde, Heft 6, 1920, pp. 234 - 249.

4. Empoisonnement des chevaux d'une écurie par la paille rouillée.

La rouille de la paille était due à des champignons microscopiques de l'ordre des Urédinales. Elle attaquait tous les organes aériens des plantes et provoquait des taches rougeâtres, noires ou brunes sous l'épiderme de la plante. Plus tard ces petites pustules s'agrandissaient, soulevaient la cuticule qu'elles rompaient en libérant des masses pulvérulentes de couleur généralement brun foncé. Selon certains toxicologues du XIX^{e} et du dé-



La rouille sur la paille et les feuilles de l'épine-vinette (Otto Schmeil/ Eduard Scholz: Leitfaden der Botanik, Triest und Wien, 1911).

but du XX^{e} siècle, l'ingestion de cette poudre fine risquait de provoquer un urticaire généralisé. La stomatite, la glossite et la pharyngite accompagnaient l'inflammation de la muqueuse digestive. Les animaux présentaient des coliques et parfois une diarrhée profuse et sanguinolente. L'ataxie, la paralysie du train postérieur et la somnolence signalaient l'atteinte du système nerveux. A fortes doses, la mort survenait au bout de quelques heures. Parmi les Urédinales, c'étaient surtout les genres Puccinia et Uromyces qui étaient mis en cause par ces auteurs[3/4].

* * *

Louis Marchand (1807-1843), né à Luxembourg, botaniste de renommée, vétérinaire et même poète, considérait en 1830 ces champignons comme causes occasionnelles du charbon chez les animaux domestiques[2/7]. Le charbon, dû à une bactérie que les médecins français Casimir-Joseph Davaine (1812-1882), Pierre François Olive Rayer (1793-1867) et le vétérinaire français Henri Mamert Onésime Delafond (1805-1861) ont signalé dans le sang d'animaux charbonneux en 1850, respectivement en 1860 est une maladie infectieuse qui frappe surtout les herbivores, provoquant une septicémie à caractère fortement hémorragique et rapidement mortelle.

Plus tard, vers 1870, certains auteurs, dont Auguste Zundel (1835-1885), vétérinaire en chef d'Alsace-Lorraine, ont cru devoir rapporter la maladie due aux champignons microscopiques à l'ergotisme, tel qu'il était observé après l'ingestion du seigle ergoté. L'ergotisme présentait généralement deux formes différentes, l'une était caractérisée par des convulsions et des douleurs intenses, l'autre était suivie de la gangrène des extrémités du corps. L'atteinte du tube digestif provoquait des nausées, des vomissements, des coliques et de la diarrhée[5].

Les manuels de toxicologie vétérinaire de la fin du XIX^{e} siècle mentionnaient une intoxication fréquente chez les animaux domestiques par les champignons de la rouille. Mais une importante encyclopédie de médecine vétérinaire avoua en 1927: «*Über die chemische Natur des Giftstoffes der Rostpilze ist nichts Sicheres bekannt*»[8]. Et les traités de mycologie et de toxicologie publiés après cette date ne signalent plus de pathologie consécutive à l'ingestion d'agents de la rouille[6].

Il est fort probable que dans les intoxications animales par les fourrages rouillés décrites dans la littérature, d'autres champignons aient joué un rôle non négligeable. En effet, certaines variétés d'*Aspergillus* et de *Penicillium* peuvent provoquer les symptômes digestifs et nerveux décrits plus haut. Ces champignons produisent des oxalates dont l'action corrosive sur la muqueuse digestive est bien connue. Ils diminuent la disponibilité sanguine du calcium avec comme conséquence la somnolence, l'ataxie et la paralysie[8]. La présence de *Claviceps purpurea,* provoquant de l'ergotisme, peut également être supposée dans ces cas d'empoisonnement.

* * *

Les Urédinales passent une partie de leur cycle de vie sur l'épine-vinette (Berberis vulgaris - «Essigdorn» en all., «Dräidar» en lux.), un arbrisseau à fleurs jaunes produisant des baies rouges comestibles[1]. L'épine-vinette formait autrefois d'épaisses haies vertes délimitant prés et champs dans nos campagnes. Ses racines, feuilles et fruits étaient connus en médecine populaire pour leurs vertus curatives des affections du foie et de la vésicule biliaire. On savait aussi que la rouille de la paille était plus fréquente au voisinage de l'épine-vinette. En 1865, le rôle de ce buisson dans la transmission de la rouille du blé fut finalement élucidé. De vastes campagnes d'éradication de Berberis autour des champs de blé furent entreprises en Europe et aux Etats-Unis au cours du 2^{e} quart de notre siècle conduisant à une importante réduction de l'infestation des chaumes[1]. La culture de variétés résistantes à l'attaque des champignons les plus virulents et l'emploi massif de fongicides contribuent largement à la disparition progressive de la rouille de la paille dont il n'est pas sûr qu'elle fut autrefois une cause d'empoisonnement chez les animaux domestiques.

BIBLIOGRAPHIE:

1/ ALEXOPOULOS, Constantine John: Introductory Mycology, second printing, New York and London, 1956.

2/ Champignons du Luxembourg. Edition Société des Naturalistes Luxembourgeois - Musée National d'Histoire Naturelle, Luxembourg, 1989.

3/ FONTAINE et HUGUIER: Nouveau Dictionnaire Vétérinaire. Médecine, Chirurgie, Thérapeutique, Législation Sanitaire et Sciences qui s'y rapportent, tome II, Paris, 1924.

4/ FRÖHNER, Eugen: Lehrbuch der Toxikologie für Thierärzte, Stuttgart, 1890.

5/ HURTREL d'ARBOVAL, L. H. J.: Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie et d'Hygiène Vétérinaires, édition entièrement refondue par A. Zundel, tome premier et tome deuxième, Paris, 1874/75.

6/ KINGSBURY, John M.: Poisonous Plants of the United States and Canada, New Jersey, 1964.

7/ NUMAN, A. / MARCHAND, L.: Sur les propriétés nuisibles que les fourrages peuvent acquérir pour différens animaux domestiques par des productions cryptogamiques, Groningue, 1830.

8/ STANG, Valentin / WIRTH, David: Tierheilkunde und Tierzucht. Eine Enzyklopädie der praktischen Nutztierkunde, Berlin und Wien, 1926-1937.

Pharmacie

Mémoire présenté par le pharmacien Fr. Rothermel, «Ueber Bieranalysen»

L'analyse de la bière-hier et aujourd'hui

Robert WENNIG
Laboratoire National de Santé et Centre Universitaire de Luxembourg

L'article du pharmacien F. Rothermel (1) dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg est un bel exemple pour illustrer l'évolution de la bromatologie depuis le 19e siècle jusqu'à nos jours.

La bromatologie est la discipline qui s'intéresse à l'étude de la qualité des aliments et de l'alimentation. Cette discipline mériterait d'ailleurs mieux que le sort qui lui est habituellement réservé dans le cadre des programmes de l'enseignement universitaire. Cette discipline est à la fois revendiquée par les pharmaciens, les chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs agronomes, et bien d'autres catégories professionnelles. C'est donc comme pour beaucoup d'autres sciences aujourd'hui, une science multidisciplinaire, avec un accent plus au moins fort sur l'un ou l'autre aspect suivant les pays en Europe ou/et suivant les catégories professionnelles qui s'en occupent.

Comme les pharmaciens étaient les premiers à prendre conscience de l'importance de cette discipline, il n'est pas étonnant que l'auteur de l'article sur l'analyse de la bière en 1864 soit un pharmacien et non pas un ingénieur-brasseur.

Une chose qui frappe aujourd'hui dans les articles de cette époque, c'est le souci de ces auteurs de découvrir des fraudes et des falsifications dans les denrées alimentaires ou les boissons courantes. Rothermel cite p. ex. qu'on a essayé d'imiter l'amertume naturelle du houblon par des succédanés tels que l'opium, l'artemisia absinthium, la coriandre, la gentiane, le guassier, la strychnine, etc.

Avec l'abondance dans nos régions des matières premières pour la fabrication des denrées alimentaires, qui aurait l'idée d'une falsification aussi grossière aujourd'hui?

Cela prouve aussi qu'à l'époque on n'avait aucune idée de la composition chimique détaillée et réelle des produits naturels, qu'ils soient d'origine végétale ou d'origine animale.

Dire qu'une denrée alimentaire comme la bière (si l'on peut la considérer comme un aliment en dehors de la Bavière) contient de l'anhydride carbonique, de l'eau (!) de l'extrait et de l'alcool (sans spécifier lequel) est à peine banal.

En 1980 une étude analytique similaire des bières (y compris quelques bières luxembourgeoises) a été faite par mon ami A. Noirfalise (2) à l'université de Liège. Cette étude était beaucoup plus détaillée que celle de Rothermel. On y a mesuré la teneur en éthanol, l'extrait réel et l'extrait primitif, les concentrations d'acétaldéhyde, d'acétate d'éthyle, des acides volatils, du méthanol, du propanol, de l'isobutanol, de l'isopentanol, de différents alcools supérieurs, de l'aluminium, du calcium, du cobalt, du cuivre, du fer, du fluor, du lithium, du magnésium, du manganèse, du potassium de du sodium.

L'article de Rothermel est aussi intéressant du point de vue historique, puisqu'il parle de quelques brasseries au Luxembourg qui n'existent plus aujourd'hui. Dans ce contexte, il convient de noter une très belle publication récente sur la fabrication de la bière et l'histoire des brasseries à Luxembourg, qui a été faite par la «Gambrinus-Bruderschaft» (3)

Si à l'heure actuelle nos connaissances sur la composition des aliments et de la bière en particulier ont tellement progressées, cela était uniquement possible grâce au développement et à l'évolution - et quelle évolution – des techniques d'analyses de plus en plus sophistiquées (et de plus en plus coûteuses). A l'époque où l'article sous rubrique a été écrit, on ne connaissant guère que l'analyse sensorielle et les pesées (éventuellent précédées de distillation, de précipitation, de filtrations, etc.).

De même les techniques de production et le souci de la protection de l'environnement ont évolué de telle façon qu'il est pratiquement impossible de tout résumer en quelques lignes.

Aujourd'hui l'analyse de la bière est devenue certes plus compliquée, mais elle permet aussi de tirer des conclusions intéressantes quant à la qualité et la stabilité de cette boisson importante.

On peut se rendre compte de l'importance de la bière, si l'on pense que l'industrie brassicole produit environ 1 million d'hectolitres = 108 l de bière par an, au niveau mondial.

Parmi les bibles dans le domaine de la fabrication et de l'analyse de la bière, il faut citer deux ouvrages classiques, celui de J. de Clerck en Belgique (4) et celui de E. Krüger et H. J. Bielig en Allemagne (5). Quelques haut-lieux pour les études brassicoles sont: à Bruxelles, à Louvain, à Gand, à Nancy, à Weihenstephan près de Munich et à Berlin avec la fameuse «Versuchs- und Lehranstalt für Brauerei» (VLB) (6).

Nombreuses sont les méthodes d'analyses et de fabrication qui ont été publiées dans les revues scientifiques plus au moins spécialisées ou lors de congrès scientifiques spécifiques.

Au Mémorial luxembourgeois de 1979 on trouve quelques méthodes d'analyse de la bière (7). On y parle d'acidité, d'acides volatils, d'alcool (!), d'extrait primitif exprimé en degré Plato – calculé à partir de la teneur en alcool et de l'extrait réel à l'aide de la formule de Balling –, d'acide L-ascorbique, d'alginate de propylène-glycol, de sulfate ferreux, d'édulcorants synthétiques, d'anhydride sulfureux, etc.

Récemment une standardisation de l'analyse sensorielle a été proposée pour pouvoir faire des comparaisons sur le plan international (8). On y discute la terminologie de flaveur utilisée, le contrôle de la régularité des produits, la stabilité de la flaveur, un panel technique et un panel consommateur des dégustateurs, etc. pour arriver à une évaluation sensorielle digne de ce nom.

Parmi les méthodes d'analyse actuelles (9-16), il y a lieu de citer les différentes techniques chromatographiques, telles que la chromatographie sur couches minces (CCM), la chromatographie liquide à haute performance (HPLC), la chromatographie gazeuse (GC), la chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC-MS), la chromatographie liquide couplée à la spectrométrie de masse (LC-MS), la chromatographie ionique pour l'analyse des anions, les séparations énantioselectives (16), les techniques par électrophorèse classique et par électrophorèse capillaire (CE), les différentes techniques de dosages immunologiques (IAs) (17). Des efforts sont faits pour coupler les IAs à la CE pour pouvoir doser plusieurs paramètres à la fois (18). Il faut aussi considérer les méthodes spectroscopiques telles que la spectrométrie UV, la spectrométrie infra-rouge (IR), la spectrométrie de masse (MS) pour l'analyse des armes, la spectrométrie de résonance magnétique nucléaire (RMN), la spectrométrie d'absorption atomique (AAS) pour l'analyse des traces de métaux, de même que la spectrométrie d'émission atomique (AES), la spectrométrie de fluorescence aux rayons X, et la spectrométrie d'émission avec torche à plasma

(ICP-AES), la spectrométrie ICP-MS, les nombreuses méthodes électrochimiques et j'en passe.

Les brasseurs se sont beaucoup préoccupés des levures qui sont utilisées dans la fabrication de la bière (19-26) où l'on fait aujourd'hui appel à des techniques de génie génétique pour modifier des microorganismes, à des techniques d'analyse par la méthode d'amplification de fragments d'ADN par la réaction de polymérisation en chaîne (PCR), ainsi qu'aux enzymes de restriction et aux tests d'hybridation à l'aide de sondes à ADN, pour identifier des contaminants biologiques.

Un des problèmes majeurs dans la fabrication de la bière a été et reste toujours la contamination microbiologique. C'est pour cela que la majorité des contrôles effectués en cours de fabrication sont des contrôles microbiologiques. Une hygiène parfaite est donc de rigueur (27-29).

Les réactions chimiques et enzymatiques productrices d'arômes au brassage sont étudiés en détail (30-32). L'analyse des matières premières (5), l'évaluation de la qualité brassicole du malt et des orges (33-34), l'acide oxalique (35), les agents désinfectants et les produits nettoyants retiennent l'attention des brasseurs (36-37), de même que les problèmes de pollution de l'environnement qui s'y rapportent (38-39).

Les bières à faible teneur en alcool sont actuellement très populaires (24,40).

Les alcools supérieurs, les aldéhydes, les esters, etc, constituants essentiels de l'arôme, sont importants pour vérifier l'affirmation d'un automobiliste qu'il a bu certaines boissons après un accident – le fameux «Nachtrunk» (41). Les sesquiterpènes comme les isohumulones et autres, jouent un rôle important dans l'amertume de la bière (42-43). D'autres substances aromatisantes telles que le sulfure de diméthyle (DMS) ainsi que d'autres produits soufrés (44-45) sont mesurables par la technique de l'espace de tête en chromatographie gazeuse (technique head-space ou HS-GC).

Un autre problème, est celui des goûts désagréables ou des mauvaises odeurs qui peuvent apparaître à l'occasion, comme p. ex. le diacétyl ou p. ex. l'arôme de papier-carton attribué à un aldéhyde appelé trans-2-nonénal (46).

Beaucoup de gens s'intéressent à la mousse de la bière (47) et aux stabilisants de mousse comme les alginates (48).

Lenoel et Mathis ont discuté l'approche d'une façon systématique d'un procédé de fabrication par des techniques modernes d'analyse (49).

L'assurance qualité dans les laboratoires d'analyses, l'accréditation des laboratoires sont des sujets qui préoccupent également beaucoup les responsables (50-51).

De temps en temps le terrorisme médiatique (52) fait aussi son apparition dans le domaine de l'analyse de la bière. Ainsi devant un public pratiquement totalement ignorant, mais de plus en plus insécurisé en matière de denrées alimentaires et d'environnement, devant un corps médical peu formé en matière d'hygiène et de toxicologie alimentaire, devant une classe politique soucieuse d'éviter une trop forte poussée des écolos, les gouvernements se sentent obligés de précipiter leurs organismes de contrôle officiels dans une activité analytique peu justifiée. On se sent forcé de doser d'un jour à l'autre du cobalt, des nitrates, des nitrosamines, des acides monohalogénoacétiques (53-54) et bien d'autres substances à un niveau de ppb c.à.d. en µg/kg, alors que personne ne se soucie d'une teneur en alcool au niveau du % c.à.d. en g/100 g. Drôle de monde. Si en Grèce on trouve une trace d'un produit chimique «exotique» dans un article de consommation, on s'excite à Copenhague, comme si tout le pays danois était en danger de mort. Pourtant personne ne songe à interdire la conduite en voiture en Angleterre quand il y a beaucoup d'accidents de la circulation en Turquie.

Il est vrai cependant qu'on a pu réduire la formation de nitrosamines cancérigènes en choisissant une autre technique de fabrication de la bière en Allemagne. Dans une étude

en 1980 on a pu estimer la dose journalière moyenne en N-nitrosodiméthylamine (NDMA) pour les hommes était de 1,1 µg (dont 65 % provenait de la bière) (55). Grâce à des efforts, surtout de l'industrie brassicole, cette dose a pu être réduite à 0,3 µg (dont 31 % provenait de la bière) (56-57).

Tout comme la présence de nitrosamines dans le malt, il y a aussi des nitrosamines, tel que la 4-(méthyl-nitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone dans la fumée du tabac. Cette substance est connue pour son activité cancérigène spécifique du poumon chez les rongeurs. Sa présence a pu être décelée dans les urines des humains, même chez des non-fumeurs (58). Une action synergique entre l'alcool et le tabac en matière de cancérogenèse chez les fumeurs et les buveurs est bien connue.

Mais que dirait-on d'une personne qui meurt à 80 ans avec un foie intact ou des poumons intacts?

Chez nos amis voisins d'outre-Moselle, on pense devoir interdire l'importation des bières de nos régions, parce qu'elles ne sont pas fabriquées selon leur sacro-sainte loi dite «Reinheitsgebot» (59). C'est une illusion de croire qu'on peut se passer totalement de produits chimiques dans une production industrielle aussi compliquée que celle de la bière.

Remerciements

L'auteur tient à remercier les deux personnes suivantes qui lui ont permis de rassembler sans grandes difficultés, une bonne partie des articles intéressants d'un domaine où il n'est pas du tout spécialiste.

Madame J. Schmit, (originaire de Liège) licenciée en sciences chimiques, travaillant à la brasserie Mousel de Luxembourg.

Monsieur A. Noirfalise, docteur en pharmacie et professeur de toxicologie et de bromatologie à la faculté de médecine de l'Université de Liège.

RÉFÉRENCES

1. F. Rothermel, Über Bieranalysen, Bull. Soc. Sci. Med. Lux. , 1, 75-79, (1864)
2. A. Noirfalise, A. Fouassin et A. Collinge, Etude analytique comparée de bières du commerce (résultats préliminaires) Rev. Ferment. Ind. Alim. , 36, 83-89, (1981).
3. P. Voluer, C. Lorang, M. Orby et al, Onse Be'er ass gudd! - Bier und Brauwesen in Luxemburg, Ed. Schortgen, Luxembourg (1993)
4. J. de Clerck, Cours der Brasserie, Vol I + II, Université de Louvain, Institut Agronomique- Section de Brasserie, Heverlee 1962 et 1963.
5. E. Krüger und H. J. Bielig, Betriebs- und Qualitätskontrolle in Brauerei und alkoholfreier Getränkeindustrie, Verlag P. Parey, Berlin (1976)
6. Anonyme, Jahresbericht 1994 der Versuchs-und Lehranstalt für Brauerei (VLB) in Berlin, 1994.
7. Règlement ministériel du 3 décembre 1979 fixant les méthodes d'analyse et de contrôle de la bière, Mémorial «A» n 98 du 28 décembre 1979 p. 2157 et ss.
8. M. Moll, Analyse sensorielle de la bière, Ann. Fals. Exp. Chim. , 86, 327-336, (1993).
9. H. J. Roth u. G. Blaschke, Pharmazeutische Analytik, G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1993.
10. G. Schwedt, Taschenatlas der Analytik, G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1992.
11. G. Schwedt, Chemie und Analytik der Lebensmittelzusatzstoffe, G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1986.
12. H. Heim und W. Kunze, Umweltanalytik mit Spektrometrie und Chromatographie, VCH-Verlag, Weinheim, 1994.

13. L. Matter, Lebensmittel- und Umweltanalytik mit der Kapillar-GC, VCH-Verlag, Wein heim 1994.
14. L. Matter, Lebensmittel- und Umweltanalytik anorganischer Spurenbestandteile, VCH-Verlag, Weinheim, 1994.
15. Bericht der Experten Subkommission 12b des Schweizer Lebensmittelbuches, Kap. 31, (1991).
16. G. Arndt, Jahrestagung der Lebensmittelchemiker in Dresden im Dez. 1994, Monatschrift f. Brauwissenschaft, 47, 404-406, (1994).
17. R. M. Dreher und E. Märtlbauer, Moderne Methoden in der Lebensmittelanalytik – Enzymimmunoassays und DNS-Hybridisierungstests, Lebensmittelchemie, 49, 1-6 (1995).
18. F. T. A. Chen, and R. A. Evangelista, Feasibility Studies for Simultaneous Immunochemical Multianalyte Drug Assay by Capillary Electrophoresis with Laser-induced Fluorescence, Clin. Chem. , 40, 1819-1822 (1994).
19. C. Gancedo, The Physiology of Saccharomyces Anno 1994, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair Vi, Leuven Sept. 1994.
20. M. Bohl Pedersen, Recent Views and Methods for the Clarification of Yeasts. Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
21. J. Hammond, Man-Made Transformations of the Yeast Cell, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
22. K. D. Entian, Plasma Membrane Activity and the Uptake of Sugar and Amino Acids, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
23. J. P. Dufour, Higher Alcohols, Organic Acids and Esters Production by Yeast during Fermentation, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
24. P. Perpète and S. Collin, The Role of Yeast in the Production of Low Alcohol Beer, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
25. T. M. Dowhanick, Advances in Yeast and Contaminant Determination: The Future of the So-Called «Rapid» Methods, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
26. ACNFP Report on Genetically Modified Brewing Yeast 1993, 31-35, MAFF and Dept. Health, UK, (1994).
27. H. Seidel und W . Lffman, Nachweis von bierschädlichen Bakterien, Brauwelt, 26, 844-845, (1984).
28. R. Schildbach, Schimmelpilzbefall in der Diskussion, Brauwelt, 38, 29-31, (1995).
29. H. J. Schmidt, Mikrobiologische Qualitätssicherung in der Brauerei, Checkliste für Stufenkontrollen, Brauwelt, 38, 32-35, (1995).
30. S. Collin et S. Noel, Réactions chimiques et enzymatiques productrices d'arômes au brassage, Cerevisia and Biotechnology, 19, 25-32, (1994).
31. K. J. Siebert and T. E. Acree, The Sensory and Chemical Basis of Beer Flavor, Cerevisia and Biotechnology, 18, 29-40, (1993).
32. S. Dupire, Application des techniques d'analyse à la gestion de la flaveur de la bière, Cerevisa and Biotechnology, 19, 53-63, (1994).
33. M. Moll, Application et signification des techniques d'analyse en vue de l'évaluation de la qualité brassicole du malt, Cerevisia and Biotechnology, 19, 33-35, (1994).
34. G. Sinnaeve, P. Dardenne et R. Biston, Potentialités de la spectrométrie dans le proche infrarouge (SPIR) pour l'évaluation de la qualité brassicole des orges et de la qualité des malts, Cerevisea and Biotechnology, 19, 21-27, (1994).
35. J. Harms, B. Radan und A. Krüger, Bestimmung von Oxalsäure in Malz, Würze und Bier mittels HPLC, Monatschrift für Brauwissenschaft, 47, 356-360, (1994).
36. S. Danhauser, K. Glas und B. Schmaus, Reinigungs- und Desinfektionsmitteleinsatz und sein Einfluß auf die Abwasserzusammensetzung, Brauwelt, 38, 8-12 (1995).

37. D. Geerlings, Désinfection dans les brasseries et limonaderies, Cerevisia and Biotechnology, 16, 42-45, (1991).
38. Anonyme, Umweltschutz in der Getränkeindustrie, Brauwelt, 38, 44-46 (1995).
39. K. F. Jonasson, Qualitätssicherung und Umweltschutz, Brauwelt, 38, 28-41, (1995).
40. O. Weber, Annähernde Berechnung des Stammwürzgehaltes alkoholreduzierter Diätbiere, Dtsche, Lebensm. Rundsch. , 80, 18-20, (1984).
41. W. Bonte, Contributions to Congener Research, J. Traffic Med. , 18, 5-14, (1990).
42. A. De Keukelire and M. Verzele, Absolute Configuration and Structure of Preferred Humulone Isomer, Tetrahedron, 26, 385-390 (1970).
43. M. Verzele, Avoidance of Trace Metal Activity with Micro-liquid Chromatography in the Analysis of Hop and Beer Bitter Acids, J. Chromatogr. , 407, 159-169, (1987).
44. E. van den Eynde, The D. M. S. Story from Malt to Beer, Cerevisia and Biotechnology, 16, 45-49, (1991).
45. J. L. Van Haecht and J. P. Dufour, The Production of Sulfur Compounds by Brewing Yeast, Proceed. Congrès J. de Clerck, Chair VI, Leuven Sept. 1994.
46. A. Deboug, L'arme de papier-carton-le trans-2-nonénal, Proceed. Journée d'étude de l'A. R. F. B. du 14 octobre 1994: «L'oxygène: Avantages et Inconvénients en malterie et brasserie».
47. C. W. Bamforth, Recent Progress in Our Understanding of Beer Foam, Cerevisia and Biotechnology, 18, 49-53, (1993).
48. R. Fey und F. J. Mack, Nachweis von Alginaten in Bier, Lebensmittelchem. und gerichtl. Chemie, 35, 50-51, (1981).
49. M. Lenoel et C. Mathis, Mesure en ligne et contrôle du procédé de fabrication de la bière - Une approche systémique, Cerevisia and Biotechnology, 15, 127-132, (1990).
50. W. Funk, V. Dammann und G. Donnevert, Qualitätssicherung in der analytischen Chemie, VCH-Verlag Weinheim, 1992.
51. V. Neitzel und K. Middeke, Praktische Qualitätssicherung in der Analytik, VCH-Verlag Weinheim, 1994.
52. E. M. Whelan, Toxic Teror: The Truth behind the Cancer Scares, Loughton, Essex: Prometheus 1993.
53. W. Gilsbach, Gaschromatographische Bestimmung von Monohalogenessigsäuren in Bier und Weinhaltigen Getränken, Dtsche Lebensm. Rundsch. , 82, 107-111, (1986).
54. B. Luckas, Schnellmethode zur Bestimmung von Monohalogenessigsäuren in alkoholischen Getränken, Dtsche Lebensm. Rundsch. , 84, 30-32, (1987).
55. B. Spiegelhalder, G. Eisenbrand und R. Preussmann, Volatile Nitrosamines in Food, Oncology, 37, 211-216, (1980).
56. R. Frommberger, N-Nitrosodimethylamine in German Beer, Fd. Chem. Toxicol. , 27, 27-29 (1989).
57. A. R. Tricker, B. Pfundstein, E. Theobald, R. Preussmann and B. Spiegelhalder, Mean Daily Intake of Volatile N-Nitrosamines from Foods and Beverages in West Germany in 1989-1990, Fd. Chem. Toxicol. , 29, 729-732, (1991).
58. S. S. Hecht et al, Tobacco Specific Carcinogens in the Urine of Non-Smokers, N. Engl. J. Med. , 329, 1543-1546 (1993).
59. R. Thalacker, Über die Notwendigkeit und Bemühungen zur Erhaltung des Reinheitsgebots für Bier, Lebensmittelchem. und gerichtl. Chemie, 39, 30, (1985).

La culture scientifique médicale

Réflexions et conclusions

Marc BRUCK
Centre Hospitalier de Luxembourg

Georges THEVES
Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg

La réédition du premier Bulletin scientifique de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg et les commentaires portant sur certaines des contributions publiées en 1864 devraient nous aider à mieux comprendre les évolutions qui depuis lors ont radicalement modifié la médecine.

Les raisons qui nous ont amenés à choisir ce Bulletin, plutôt qu'un autre, sont purement chronologiques. Nous sommes parfaitement conscients que d'autres parutions auraient pu faire découvrir d'autres trésors, relater des faits historiques plus importants – voire même permettre une approche plus correcte dans la mesure où ils reflètent plus fidèlement les progrès de la médecine vers la fin du dix-neuvième siècle.

Ce Bulletin est la concrétisation de la prise de conscience des médecins, vétérinaires et pharmaciens luxembourgeois de la nécessité d'un développement plus scientifique de leurs échanges d'idées, de leurs réflexions et de leurs expériences.

L'approche scientifique, l'élaboration des contenus de l'expérience, à un moment où en France Claude Bernard va définir les nouvelles bases d'une méthode scientifique dans les «Principes de médecine expérimentale», n'est pas nouvelle en 1864 en tant que telle. C'est le reflet d'une volonté de culture, de discussion et de tradition du savoir, qui émerge à une époque guère favorable ni aux sciences en général, ni aux sciences médicales en particulier.

Le Grand-Duché de Luxembourg laisse derrière lui une période difficile de remous politiques et vient tout récemment de se découvrir une liberté, une culture et une identité qu'il n'a jamais connues auparavent. En même temps les scientifiques luxembourgeois se rendent compte de leur isolement intellectuel et tentent de parer à cette situation en fondant des sociétés scientifiques diverses. Le but avoué est certes de promouvoir la culture scientifique, qu'elle soit technique, médicale ou d'histoire naturelle. Mais il s'agit essentiellement de faire face au manque de structures universitaires, qui, dans tous les autres pays européens, sont le moteur du progrès avant l'avènement de l'ère industrielle.

* * *

Le premier Bulletin reflète assez bien les progrès réalisés dans certains domaines thérapeutiques: en chirurgie, en ophtalmologie et surtout en médecine vétérinaire. Les vétérinaires, dont la «science» ne date que de 1762, ne se sont jamais encombrés de théories médicales ni laissés influencer par des tendances religieuses. Ils ont su avantageusement profiter de l'essor des sciences naturelles: de la physiologie, de la biologie animale et végétale, pour développer leurs actions en faveur de la santé animale et de la santé publique.

Le Bulletin de 1864 ne rend cependant pas compte de deux développements essentiels qui sont en voie de se faire dans l'entourage du Luxembourg; l'avènement de l'industrie chimique et pharmaceutique et la naissance de la clinique.

Les premiers hôpitaux luxembourgeois en tant qu'institutions primairement destinées aux soins de la maladie et des malades (et correspondant aux conceptions actuelles du terme) ne verront le jour qu'après 1864; la clinique, en termes de médecine clinique, de médecine en tant que science, permettant de porter l'expérience au niveau de science puis de traduire cette connaissance objective en éducation et en tradition de culture et de savoir, ne va prendre forme que bien plus tard.

Le philosophe français Michel Foucault a très bien su analyser cette nouvelle conception des sciences médicales en postulant que *«Pour que l'expérience clinique fût possible comme forme de connaissance, il a fallu toute une réorganisation du champ hospitalier, une définition nouvelle du statut de malade dans la société et l'instauration d'un certain rapport entre l'assistance et l'expérience, le secours et le savoir; on a dû envelopper le malade dans un espace collectif et homogène».*

En cette année 1995, le pays entier s'apprête à redécouvrir sa culture, sinon la culture (européenne voir mondiale), dans le cadre de «Luxembourg, ville européenne de la culture» et dans le cadre plus intime du programme scientifique «Science '95».

Si dans le domaine économique et social l'adage «small is beautiful» conserve toutes ses valeurs, et l'exemple du Grand-Duché de Luxembourg est certes en mesure de le prouver, il est tout aussi vrai que ces concepts ne trouvent pas leur réciprocité en matière de culture et de sciences.

Nous sommes en mesure d'analyser les progrès qui ont été réalisés depuis la première édition du «Bulletin de la Société des Sciences Médicales», mais nous sommes également en mesure de reconnaître les raisons qui continuent à nous empêcher, en tant que nation du moins, à devenir un acteur de poids dans le domaine de la recherche et du développement . . . ce sont les mêmes qu'en 1864.

Index Nominum

Brèves biographies des collaborateurs du premier Bulletin de la Société des Sciences Médicales

Georges THEVES
Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg

Bivort Jean-Baptiste Albert (1830-1884)

BIVORT JEAN - BAPTISTE ALBERT (1830-1884)

Né à Hollerich le 21 octobre 1830. Il fit ses études de médecine à l'Université de Liège et fut reçu docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements le 9 mai 1856. Etabli comme praticien à Hollerich puis à Luxembourg, il exerça les fonctions de médecin cantonal pour le canton de Luxembourg à partir de janvier 1874. Il fut membre fondateur de la Société des Sciences Médicales en 1861 et membre de la «Société des Sciences Naturelles» en 1867. Ses «considérations générales sur l'épidémie cholérique qui a sévi en 1865 et 1866 dans le Grand-Duché de Luxembourg» (Bulletin, 1868) sont toujours d'intérêt pour l'historien de la médecine. Bivort est décédé à Luxembourg le 14 novembre 1884, à l'âge de 54 ans.

Faber Charles (1819-1875)

FABER CHARLES (1819-1875)

Né à Ettelbruck le 3 avril 1819. Il fit ses études de médecine vétérinaire à Cureghem/Bruxelles et fut proclamé artiste vétérinaire au mois de novembre 1840. Après avoir été pendant 3 ans vétérinaire de l'éphémère cavalerie du contingent luxembourgeois, il fut nommé en 1848 professeur d'agriculture, de chimie et de sciences naturelles au Progymnase de Diekirch. De 1856 à 1868, il fut directeur de l'Ecole agricole d'Echternach. Il fut membre fondateur de la Société des Sciences Médicales. A partir de 1869, il assuma les fonctions de commissaire de district à Grevenmacher. Faber est décédé à Grevenmacher le 15 avril 1875, à l'âge de 56 ans.

FELTGEN JEAN (1833-1904)

Né à Lintgen le 15 octobre 1833. Reçu docteur en médecine, chirurgie et accouchements le 12 novembre 1858. Il s'établit d'abord à Lintgen, puis, en 1859, à Berschbach-Mersch et devint médecin cantonal de Mersch en 1863. Il fut membre fondateur de la Société des Sciences Médicales et membre de la Société de Botanique. A ses rares moments de loisirs, il étudia avec assiduité les champignons du Grand-Duché de Luxembourg. Ce grand médecin et mycologue est décédé le 11 mai 1904, à l'âge de 71 ans.

Feltgen Jean (1833-1904)

FISCHER PHILIPPE-EUGENE (1821-1903)

Né à Cessange le 3 août 1821. Après des études de médecine vétérinaire à Cureghem/Bruxelles, il fut proclamé artiste vétérinaire de première classe en octobre 1841. Vétérinaire du Gouvernement, vétérinaire municipal de la Ville de Luxembourg, il fut président de la Commission d'Agriculture de 1860 à 1903. Membre fondateur de la Société des Sciences Médicales en 1861, il fit partie du bureau de cette société de 1864 à 1878. Député, échevin de Hollerich et de Luxembourg, il fut également le premier président du conseil d'administration de la S.A. des Hauts Fourneaux de Rodange. Il est décédé à Luxembourg le 1er février 1903, à l'âge de 81 ans.

Fischer Philippe-Eugène (1821-1903)

FONCK GUSTAVE (1835-1922)

Né à Luxembourg le 24 octobre 1835. Après avoir été reçu docteur en médecine, chirurgie et accouchements le 10 novembre 1858, il s'établit à Luxembourg-Ville dont il fut le médecin des pauvres de 1859 à 1865 et de 1868 à 1874. En 1877, il fut nommé directeur de la Maternité et de l'Ecole d'accouchements. Il fut également un des initiateurs de l'Institut vaccinal de Luxembourg créé en 1882 et dirigé par le vétérinaire Charles Siegen. Membre fondateur de la Société des Sciences Médicales, il en fut le secrétaire de 1861 à 1891. Fonck fut également secrétaire du Collège Médical de 1875 à 1882 et son président de 1901 à 1919. Il est décédé à Luxembourg le 16 avril 1922, à l'âge de 86 ans.

Fonck Gustave (1835-1922)

NIEDERKORN JEAN-BAPTISTE (1830-1900)

Né à Cessange le 20 mai 1830. Il fut reçu docteur en médecine le 6 novembre 1856 et docteur en chirurgie et en accouchements le 17 novembre 1857. Etabli d'abord à Cessange, il transféra son cabinet de consultation à Luxembourg fin 1858. Président de la Société des Sciences Médicales de 1879 à 1892, il fut également président du Collège Médical à partir de 1882. Niederkorn était aussi médecin du Séminaire et de l'hospice du Rham. Il est décédé à Luxembourg le 1er mars 1900, à l'âge de 69 ans.

Niederkorn Jean-Baptiste (1830-1900)

ROTHERMEL, FRANÇOIS (1833-1869)

Né à Luxembourg le 14 juillet 1833. Reçu pharmacien le 3 juin 1859, il fut autorisé à établir la première pharmacie à Esch/Alzette le 20 juillet 1859. Il est décédé à Esch/Alzette le 2 novembre 1869, à l'âge de 36 ans.

Rothermel François (1833-1869)

SCHMIT PIERRE (1806-1878)

Né à Contern le 12 novembre 1806. Après des études médicales à l'Université de Liège, il s'établit à Ettelbruck en 1835. Nommé médecin cantonal pour le canton de Diekirch en 1842, il fut médecin du bataillon du contingent à Diekirch et dirigea l'Hospice Central d'Ettelbruck jusqu'en 1867, année où il s'installa à Luxembourg. Membre de la Constituante en 1840, il fut bourgmestre d'Ettelbruck de 1843 à 1848. Membre fondateur de la Société des Sciences Médicales, il en fut le président de 1865 à 1879. Il fut membre correspondant de nombreuses sociétés médicales étrangères dans les Bulletins desquelles il publia des articles sur l'hygiène publique. Schmit est décédé à Luxembourg le 9 mai 1878, à l'âge de 71 ans.

Schmit Pierre (1806-1878)

DE WACQUANT, THÉODORE (1815-1896)

Né à Foetz le 22 juillet 1815. Reçu docteur en médecine et en chirurgie à Bruxelles le 19 avril, respectivement le 6 septembre 1839. Il fut autorisé à exercer comme accoucheur à Luxembourg le 9 août 1842. Etabli à Foetz, il fut nommé médecin cantonal du canton d'Esch/Alzette le 7 février 1843. Député pendant de nombreuses années et président de la Chambre de 1890 à 1896, il fut également président du Cercle agricole et horticole de Luxembourg. Il est décédé à Luxembourg le 14 décembre 1896, à l'âge de 81 ans.

De Wacquant Théodore (1815-1896)

WIRTGEN PIERRE (1794-1878)

Né à Luxembourg le 11 octobre 1794. Il fit ses études de médecine vétérinaire à Alfort/Paris et fut nommé artiste vétérinaire de première classe pour le Grand-Duché en 1819, plus tard vétérinaire de district jusqu'en 1851. En 1834, il prit la charge de maître des postes jusqu'en 1857. Ses diligences continuaient à sillonner les routes du pays pendant de nombreuses années. Il fut membre fondateur de la Société des Sciences Médicales. Wirtgen est décédé à Luxembourg le 11 mars 1878, à l'âge de 83 ans.

Wirtgen Pierre (1794-1878)

BIBLIOGRAPHIE:

- Arendt, Karl: Porträt-Galerie hervorragender Persönlichkeiten aus der Geschichte des Luxemburger Landes, Neuauflage 1972, Luxemburg1972.
- Faber, Jean: Historique de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, In: Bulletin de la Société des Sciences Médicales, 1938, Luxembourg, 1938.
- Le Collège Médical 1818-1968, Esch/Alzette,1970.
- Liez, Nicolas: Dictionnaire avec des notices biographiques de tous les membres du Corps médical luxembourgeois pendant le XIX^{e} siècle, Luxembourg, 1886.
- Massard, Jos. A.: Echternach und die Cholera, Luxemburg, 1988.
- Theves, Georges: Le Luxembourg et ses vétérinaires 1790-1990, Luxembourg, 1991.

Zeittafel

Georges THEVES

Administration des Services Vétérinaires, Luxembourg

Ereignisse im 19. Jahrhundert

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

1804: Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841), deutscher Apotheker, isolierte das Morphin aus Opium.

1808: Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821), französischer Arzt und Anatom, veröffentlichte in Frankreich die 1761 erschienenen und bald in Vergessenheit geratenen Schriften von Leopold Auenbrugger (1722-1809) aus Wien über die Perkussion.

1816: René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826), französischer Arzt, erfand das Stethoskop, das man in Frankreich auch «pectoriloque» nannte.

1826: Pierre-Adolphe Piorry (1794-1879), französischer Arzt, entwickelte das Plessimeter.

1831: Justus Liebig (1803-1873), deutscher Chemiker, und Eugène Soubeiran (1797-1858), französischer Apotheker, fanden gleichzeitig das Chloroform.

1832: Pierre Jean Robiquet (1780-1840), französischer Apotheker, isolierte das Kodein aus Opium.

1839: Joseph Skoda (1805-1881), österreichischer Kliniker, ergänzte wesentlich die Arbeiten von Laënnec und Piorry über Auskultation und Perkussion.

1840: Ab dieser Zeit standen dem Zahnarzt der Gebißanatomie angepaßte Zahnzangen zur Verfügung.

AUS DER GESCHICHTE DES LUXEMBURGER LANDES

1804: Kaiser Napoleon besuchte die Festung Luxemburg. Unser Land stand seit 1795 unter französischer Herrschaft.

1815: Der Wiener Kongreß schuf das Großherzogtum Luxemburg und verlieh es Wilhelm I. (1772-1843), König der Niederlande, als persönlichen Besitz.

1818: Am 12. März wurde die «Commission Médicale» zur Überwachung der Heilkunst geschaffen. Sie stand unter dem Vorsitz von Jean-Baptiste Wurth (1772-1826), Arzt in Luxemburg.

1826: Eine Pocken-Epidemie brach im Lande aus. 150 Menschen starben.

1830: Im Oktober erreichte die Belgische Revolution unser Land. Mit Ausnahme der Festung Luxemburg wurde das Großherzogtum unter belgische Verwaltung gestellt.

1832: Die Cholera forderte viele Opfer.

1839: Dritte Teilung Luxemburgs. Der wallonische Teil wurde zur belgischen «Province du Luxembourg», der «deutschsprachige» Teil bildete das unabhängige Großherzogtum.

1840: Wilhelm I. dankte zugunsten seines Sohnes Wilhelm II. (1792-1849) ab.

1841: Der Beschluß vom 12. Oktober schuf das Ärztekollegium: «La surveillance et la direction du service sani-

1846: W. T. G. Morton (1819-1868), amerikanischer Zahnarzt, und J. C. Warren (1778-1856), amerikanischer Chirurg, führten in Boston die erste Äthernarkose durch.

1847: Ignaz Semmelweis (1818-1865), österreichisch-ungarischer Gynäkologe, klärte die Ätiologie des Kindbettfiebers. Seine revolutionierenden Erkenntnisse veröffentlichte er erst 1861.

1851: Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz (1821-1894), deutscher Physiker und Physiologe, erfand den Augenspiegel zur Netzhautuntersuchung.

1853: Rudolph Virchow (1821-1902), deutscher Pathologe, einer der großen Vertreter der pathologischen Anatomie, verteidigte das zelluläre Konzept des Krebses.

1853: Charles Gabriel Pravaz (1791-1853), französischer Orthopäde, führte die subkutane Injektion in die Praxis ein.

1859: Florence Nightingale (1820-1910), britische Krankenpflegerin, trat für einen Krankenhausbau nach sanitärhygienischen Gesichtspunkten und für eine gründliche Ausbildung des Pflegepersonals ein.

1864: Das Rote Kreuz wurde auf Initiative von Henri Dunant (1828-1910) gegründet.

1864: Jules Péan (1830-1898), französischer Chirurg, wagte die erste Ovariotomie in Europa. Die Blutstillung wurde dank der von ihm erfundenen Pinzetten erleichtert.

1865: Claude Bernard (1813-1878), französischer Physiologe, veröffentlichte sein Werk «Introduction à l'étude de la médecine experimentale», worin er die grundlegenden Prinzipien der modernen wissenschaftlichen Forschung festlegte.

1867: Joseph Lister (1827-1912), englischer Chirurg, entwickelte die antiseptische Wundbehandlung mittels Karbolsäure.

1869: Claude Nativelle (1812-1889), französischer Apotheker, isolierte aus den Blättern des roten Fingerhuts herzstärkende Digitalis-Glucoside.

taire est confiée au Collège Médical» Dieses Gremium prüfte die angehenden Ärzte, Tierärzte und Apotheker.

1842: Das Großherzogtum Luxemburg trat dem deutschen Zollverein bei.

1847: Hungersnot im Lande.

1848: Allgemeine Kammerwahlen auf Grund einer neuen liberalen Verfassung.

1849: König-Großherzog Wilhelm II. starb am 17. März. Sein Sohn Wilhelm III. (1817-1890) folgte ihm auf dem Thron. Dessen Bruder, Prinz Heinrich der Niederlande (1820-1879), wird 1850 zum Statthalter im Großherzogtum ernannt.

1854: Erneuter Ausbruch der Cholera, die bereits 1849 gewütet hatte. Das Ärztekollegium stellte sich auf die Seite jener «qui croient que dans certains cas le choléra peut être contagieux».

1856: Obligatorische Pockenimpfung für Armenkinder und Milizsoldaten.

1861: Erste Generalversammlung der «Société des Sciences Médicales».

1864: Erscheinen der ersten Nummer des «Bulletin de la Société des Sciences Médicales»

1865-1866: Über 3 500 Menschen starben an Cholera.

1867: Londoner Vertrag vom 11. Mai: Luxemburg wurde neutral, die Festung wurde geschleift.

1870: Gründung moderner Eisenschmelzen im Süden des Landes.

1871: Eine Pocken-Epidemie erfaßte das ganze Land.

1875: Die Verleihung der Grade in Medizin, Tierheilkunde und Pharmazeutik erfolgte durch Prüfungsjurys, nicht mehr durch das Ärztekollegium.

1877: Das Gesetz vom 15. April schuf die «Ecole d'accouchements» und die «Maternité».

1879: Die «Forges d'Eich Metz et Cie» erwarben die Lizenz für das Thomas-Gilchrist-Verfahren zur Herstellung von phosphorarmen Stahl.

1881: Lex Kirpach. Der Schulbesuch wurde für die Kinder von 6 bis 12 Jahren obligatorisch.

1873: Gerhard Hernrik Armauer Hansen (1841-1912), norwegischer Arzt und Botaniker, entdeckte den Lepraerreger «Mycobacterium leprae».

1877: Ab diesem Zeitpunkt beschäftigte sich Louis Pasteur (1822-1895), französischer Chemiker, mit Infektionskrankheiten des Menschen und der Tiere.

1880: Louis Pasteur begann seine Forschungen über die Tollwut.

1881: Louis Pasteur impfte 25 Schafe erfolgreich mit einem abgeschwächten Milzbrandbazillus.

1882: Robert Koch (1843-1910), deutscher Bakteriologe, entdeckte den Tuberkelbazillus.

1882: Jean Martin Charcot (1825-1893), französischer Neurologe, erhielt einen Lehrstuhl für Nervenkrankheiten an der Salpêtrière in Paris.

1883: Ludwig Knorr (1859-1921), deutscher Chemiker, entwickelte das Antipyrin und 1893 das Pyramidon.

1885: Pasteur impfte Joseph Meister erfolgreich gegen Tollwut.

1888: Einweihung des «Institut Pasteur», rue Dutot, in Paris.

1890: Robert Koch entdeckte das Tuberkulin.

1892-1894: In dieser Zeit entwickelten Emil von Behring (1854-1917), deutscher Arzt und Naturforscher, und Emile Roux (1853-1933), französischer Mikrobiologe, das Diphterie- und Tetanusserum.

1894: Alexandre Yersin (1863-1943), französischer Bakteriologe, stellte den Pestbazillus in Reinkultur dar.

1895: Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), deutscher Physiker, entdeckte die nach ihm benannten X-Strahlen.

1896: Sigmund Freud (1856-1939), österreichischer Neurologe, formulierte die erste Theorie über Psychoanalyse.

1897: Pierre Curie (1859-1906), französischer Physiker, und seine Frau Marja Sklodowska (1867-1934) fanden das Radium.

1899: Die deutsche Firma Bayer brachte das Aspirin auf den Markt.

1882: Schaffung eines Pockenimpf-Instituts in Luxemburg unter der Leitung des Tierarztes Charles Siegen (1842-1904). Das Institut stellte bis 1904 Pockenimpfstoff her.

1885: Der junge Chirurg und Gynäkologe Mathias Grechen (1857-1919) berichtete im «Bulletin» über die ersten drei erfolgreichen Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle.

1885: Einrichtung des ersten Telephonnetzes auf dem Gebiet der Stadt Luxemburg und der Vorstädte.

1886: Der erste Stahl nach dem Thomasverfahren wurde in Düdelingen hergestellt.

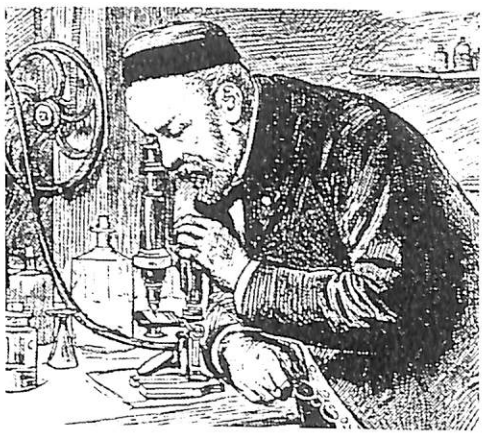
1890: Herzog Adolph von Nassau (1817-1905) wurde nach dem Tode Wilhelms III. Großherzog von Luxemburg.

1893: Tierarzt Charles Siegen führte, zwecks Feststellung der Tuberkulose, erste Tuberkulinationsversuche an Rindern durch.

1895: Das erste Automobil erschien in den Straßen Luxemburgs.

1897: August Praum (1870-1928) schuf das erste bakteriologische Laboratorium in Luxemburg.

1900: Das Privatinstitut von August Praum wurde in ein Staatslaboratorium umgewandelt.



Louis Pasteur 1822-1895 (Angela von den Driesch: Geschichte der Tiermedizin 5000 Jahre Tierheilkunde, München, 1989).

BIBLIOGRAPHIE:

- FELTEN, Pierre: Regards en arrière, histoire de la Société des Sciences Médicales de 1861 à 1961, In: Bulletin de la Société des Sciences Médicales, numéro 3 / octobre 1961, pp. 355-367, Luxembourg, 1961.
- ILLUSTRIERTE GESCHICHTE DER MEDIZIN in 6 Bänden, herausgegeben von Richard Toellner, Erlangen und Vaduz, 1992
- LE COLLÈGE MÉDICAL 1818-1968, Esch/Alzette, 1970.
- LEXIKON BEDEUTENDER CHEMIKER, herausgegeben von Winfried Pötsch, Frankfurt, 1989.
- MULLER, J.P.: Tatsachen aus der Geschichte des Luxemburger Landes, Luxemburg, 1968.
- SOURNIA, Jean-Claude: Histoire de la Médecine et des Médecins, Paris, 1991.
- THÉODORIDÈS, Jean: Des Miasmes aux Virus. Histoire des maladies infectieuses, Paris, 1991.
- THEVES, Georges: Le Luxembourg et ses vétérinaires 1790-1990, Luxembourg, 1991.

«Cette nouvelle conscience de la médecine, il est temps de la faire pénétrer dans l'analyse historique. Trop longtemps, l'histoire de la médecine a été une chronologie des découvertes; on y racontait comment la raison ou l'observation avaient triomphé des préjugés, écarté les obstacles et mis au jour les vérités cachées.

En fait, si on veut que l'histoire des sciences ou des idées accède à plus de rigueur et puisse s'articuler sur d'autres disciplines comme la sociologie ou l'histoire économique, il faut sans doute déplacer son domaine traditionnel et ses méthodes.

Il faut essayer – sans qu'on puisse évidemment y parvenir tout à fait – d'ethnologiser le regard que nous portons sur nos propres connaissances: saisir non seulement la manière dont le savoir scientifique est utilisé, mais la façon dont sont délimités les domaines qu'il maîtrise, la façon aussi dont ses objets se forment et sont scandés dans des concepts.

Il faut restituer dans une formation sociale d'ensemble l'établissement d'un «savoir» – entendu comme l'espace des choses à connaître, la somme des connaissances effectives, les instruments matériels ou théoriques qui l'assurent.

Dès lors, l'histoire d'une science ne sera plus la simple mémoire de ses erreurs passées ou de ses demi-vérités; elle sera l'analyse de ses conditions d'existence, de ses lois de fonctionnement et de ses règles de transformation.»

Michel FOUCAULT

La réalisation de ce Bulletin spécial
a été rendue possible grâce à la générosité
du Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois