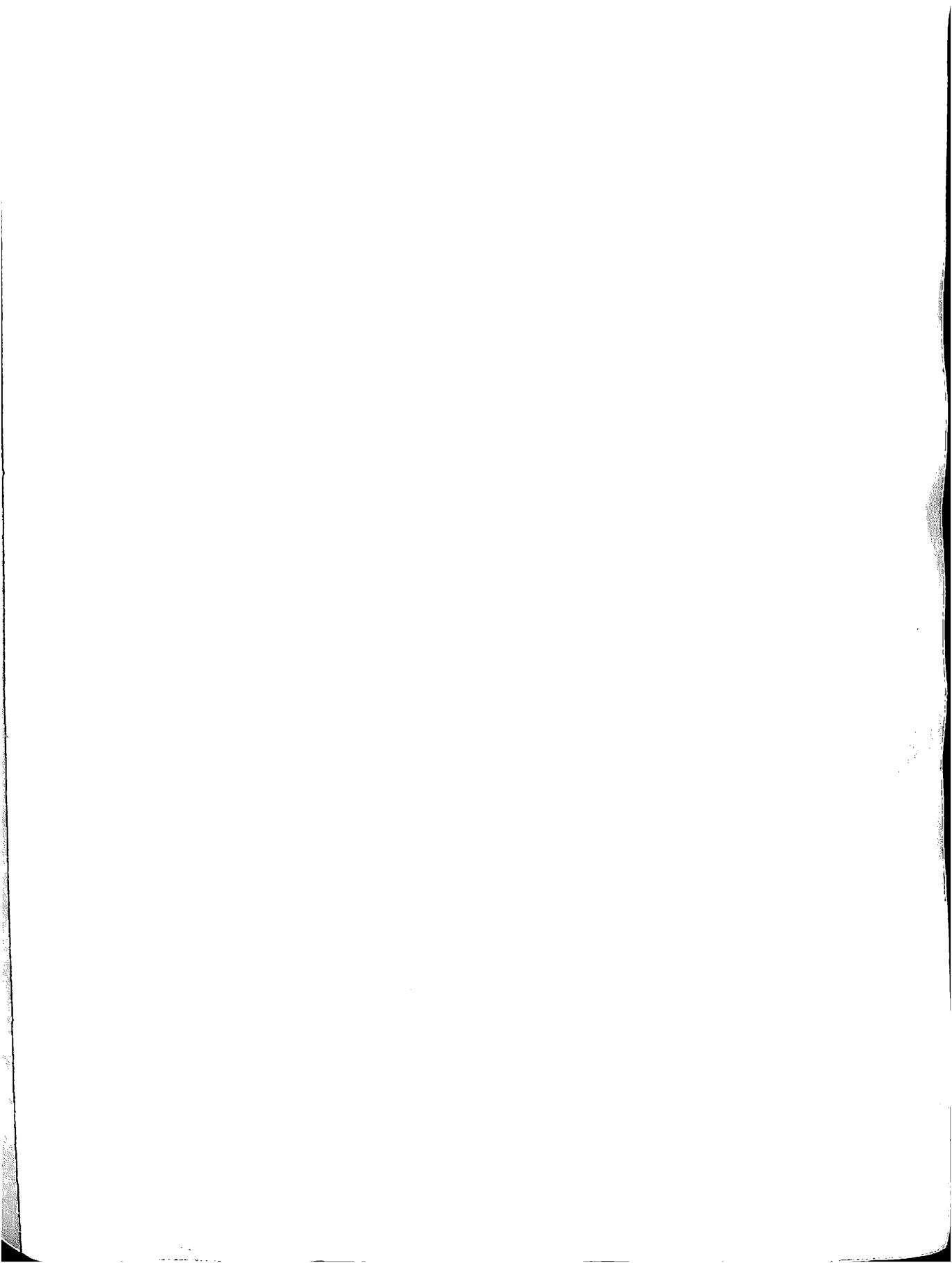


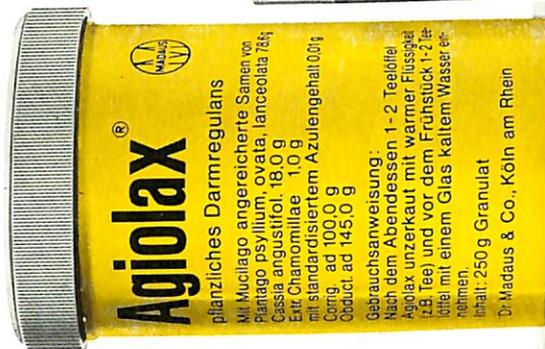
Bulletin

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

1 1971 Mars 108^{me} année



Lassen
Sie Ihre
"Obstipatienten"
agiolaxen



Agiolax[®]

weniger Laxans als Regulans

daher:

Regulierung der Darmfunktion ohne
Reizung des Darms,

Aktivierung der Darmarbeit auf
physiologische Weise,

Befreiung von Obstipation **und** von
Gewöhnung an Laxantien.

O.P. mit 100 g

O.P. mit 250 g

Anstaltspackungen

Agiolax[®]

pflanzliches Darmregulans

Mit Mucilago angereicherte Samen von
Plantago psyllium, ovata, lanceolata 78 g
Cassia angustifolia 18,0 g
Extr. Chamomillae 1,0 g
mit standardisiertem Azulenengehalt 0,01 g
Corrig. ad 100,0 g
Obduct. ad 145,0 g

Gebrauchsanweisung:

Nach dem Abendessen 1-2 Teelöffel
Agiolax unzerkaut mit warmer Flüssigkeit
(z.B. Tee) und vor dem Frühstück 1-2
Löffel mit einem Glas kaltem Wasser
einnehmen.

Inhalt: 250 g Granulat

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein



INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Epernay

Bulletin

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

Fondé en 1864

1 1971 Mars 108^{me} année

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

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: Dr. R. Schaus
Secrétaire Gén.: Dr. J. Neuen
Membres: Dr. R. Koppes
Dr. E. Loos
Dr. J.-Cl. Schaack
Dr. P. Heisbourg
Dr. L. Schiltz
Dr. A. Kremer
M. A. Nimax

Bulletin de la Société des Sciences Médicales

Administration et
Publicité

Secrétaire Gén.: Dr. J. Neuen
3, rue Conrad Ier, Luxembourg

Rédaction

Rédacteur en chef: Dr. R. Schaus
30, boulevard d'Avranches,
Luxembourg

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

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

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

Ces références sont classées par ordre alphabétique.

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

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

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

Copyright 1971 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*.

SOMMAIRE

La chirurgie directe des oblitérations coronariennes et des infarctus frais du myocarde	9
F. M. STEICHEN, CH. HAHN, B. FAIDUTTI et F. THEVOZ	
L'avortement à travers l'Antiquité et dans les livres d'Hippocrate . .	19
J. P. PUNDEL	
Les monoamines et la dépression mentale	35
J.-J. MEISCH	
Diagnostic actuel des troubles de l'hémostase	51
R. AREND	
La circulation des périodiques médicaux étrangers au Grand-Duché de Luxembourg	69
R. SCHAUS et A. MICHELS	

SOCIÉTÉ BENELUXIENNE DE PHLEBOLOGIE CONGRÈS DU 2 MAI 1970 À LUXEMBOURG 1ère PARTIE

Allocution	89
A. ZOLLER	
Les ulcères de jambe. Considérations générales	95
T. TOURNAY	
L'ulcère hypertensif	101
F. MARTORELL	
Les ulcères d'origine artérielle ou mixte	105
J. VAN DER STRICHT, M. GOLDSTEIN, J. BELENGER et J. P. FLAMAND	
La cicatrisation des ulcères de jambe d'origine variqueuse	109
R. STEMMER	
Les ulcères artériels	115
C. HURIEZ et J.-C. ALLART	
Ulcères et hypodermite	123
M. VIGONI	

* * *

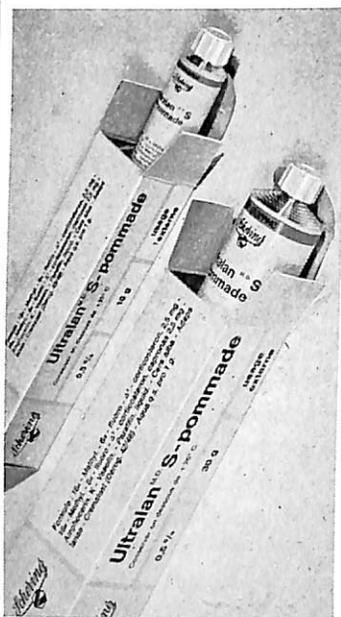
Articles d'auteurs luxembourgeois parus à l'étranger	129
Les livres	135
Société des Sciences Médicales: Assemblée Générale ordinaire du 13 décembre 1970	141
Enseignement continu: matinée d'endocrinologie à Luxembourg	147
Correspondance	151

ultralan S

pommade
corticoïde
Simple

* tube de 10 g
* tube de 30 g

* remboursé
par l'I.N.A.M.I.



Schering

Pour les détails sur les indications,
contre-indications et posologie,
consulter le prospectus médical
et la notice jointe à l'emballage.

Thérapeutique
ultra-efficace
des dermatoses
inflammatoires et allergiques

ultralan S

*fluocortolone et
capronate de fluocortolone*

ultralan

*fluocortolone, capronate de
fluocortolone et hexachlorophé-
nate de clémizole*

- action biphasique : rapide et persistante
- tolérance remarquable
- absorption régulière étalée sur 24 h. : une seule application quotidienne suffit

Présentations

Ultralan pommade :
tubes de 10, 30 et 50 g

* Ultralan S - pommade :
tubes de 10 et 30 g

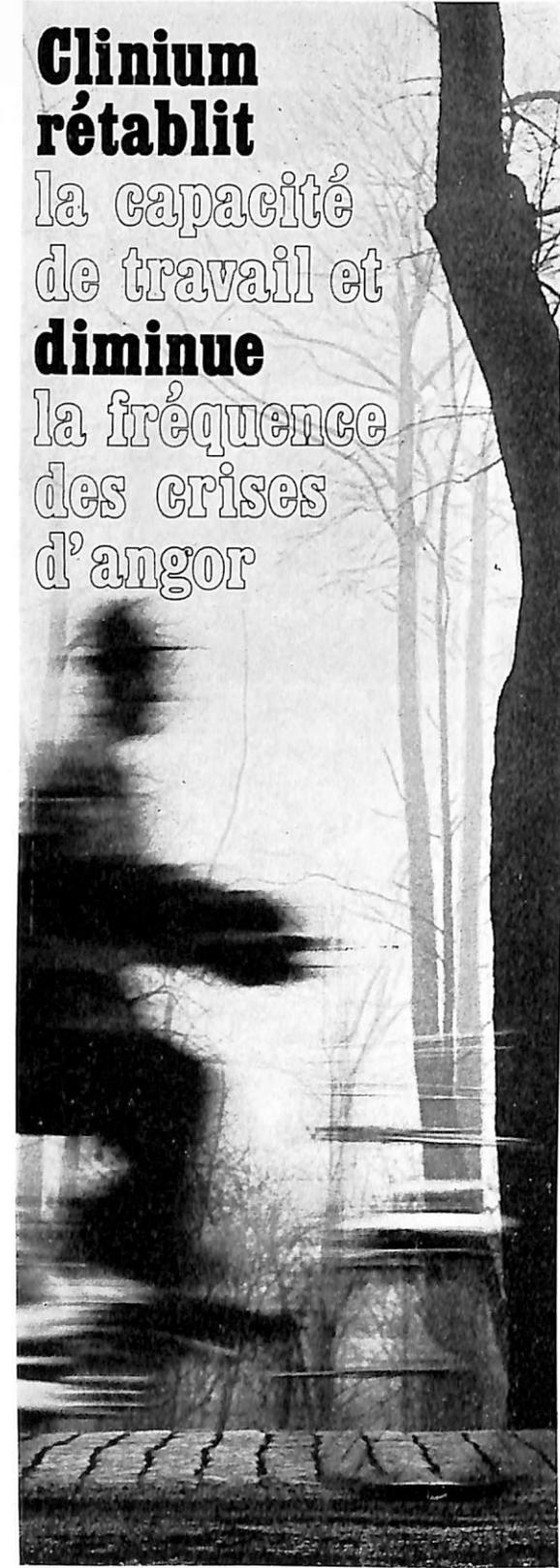
* Remboursé par l'I.N.A.M.I.

Produits de la **SCHERING AG - BERLIN/BERGKAMEN**
Concess. : **R. COLES S.A. - DIEGEM**

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES

ayant annoncé dans le présent numéro

Abbott
Asta Werke
Baudrihayé
Benelupharm
Bournonville
Laboratoires Bristol Benelux
Ciba
Chemielux
Christiaens S. A.
Coles
Continental Pharma
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Aron, Auclair, Iatreia, Mack, Sobio
Cosima
Destree
Herman-Labor
Houdé
I. C. I.
Integral S. A., Luxembourg
Madaus, Blend-a-med, Zwintscher
Janssen Pharmaceutica
Kass et Fils, Luxembourg
Monda
Labaz
Librapharm
Laboratoire Midy
Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains
Organon Belge S. A.
Pfizer
Pharma Union
Philips
Promedy
Prophac, Luxembourg
Agpharm, Boehringer, Rentschler, Hausmann
Roussel Labunis
Sandoz
Salvia Werk
Schaper & Brummer
Laboratoires S. M. B.
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale
Specia
Squibb
Substancia
Unilever
Union Chimique Belge
Vandermoortele S. A.
Laboratoires Marcel Viselé
Produits Wander S. A.
Laboratoires Wolfs
Zyma Galen



Clinium
rétablit

la capacité
de travail et

diminue

la fréquence
des crises
d'angor

Clinium
constitue un
entraînement intense
et su
pour votre patient angineux

Clinium es
indique
dans le traitemen
de l'angine de poitrine
et de l'infarctus du myocarde
(après la phase aiguë)

Disponible en
50 et 125 comprimés
à 60 mg de lidoflazine



Disménol

en alliant l'action spasmolytique puissante de l'acide p-sulfaminobenzoïque à l'action analgésique de la diméthylaminophénazone, constitue le médicament de choix dans le traitement symptomatique de la dysménorrhée.

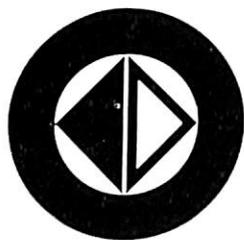
AGPHARM AG LUZERN PROPHAC S.A.R.L. Luxembourg

Phlébothérapie sur base scientifique

Glyvvenol[®]

phlébodynamique polyvalent

Capsules à 400 mg



combat la stase
préserve de l'inflammation

lors de troubles de la circulation veineuse
lors de syndrome variqueux et de ses complications

C I B A

Trois pipéridols

à indications électives

PIPTAL

normalise
les sécrétions
gastriques
assurant ainsi
aux ulcères
gastro-
duodénaux
les
conditions
les plus
favorables
à leur
cicatrisation

DACTIL

Seul antispasmodique
doublé d'un effet
anesthésique local,
supprime
la douleur...
en 10 minutes



CANTIL

médicament
spécifique
des colopathies
spasmodiques
et douloureuses

Les pipéridols sont les seuls anticholinergiques actifs sur le tube digestif et les voies biliaires sans comporter aux doses efficaces de réactions secondaires d'intolérance ou de toxicité.

DACTIL



PROPRIETES : Le DACTIL offre l'exemple unique d'un anticholinergique doublé d'un effet anesthésique local qui lui assure

une action immédiate : 10 minutes,

et durable : 4 à 6 heures.

Le DACTIL possède un tropisme électif pour le tractus digestif supérieur, de l'œsophage aux voies biliaires.

INDICATIONS : Syndromes œsophago-gastriques hypersthéniques, aérophagie et hoquet, spasmes œsophagiens, cardio-spasmes, hernies diaphragmatiques, pyloro-spasmes.

Syndromes biliaires hypersthéniques : dyskinésies duodéno-biliaires, cholécystites chroniques, cholécystites lithiasiques.

POSOLOGIE : 1 comprimé avant les trois repas ou au moment des spasmes

PRESENTATION : boîte de 20 comprimés à 0,05 g + 16 mg Phénobarbital.

PIPTAL



PROPRIETES : Le PIPTAL est un anticholinergique gastrique doublé d'un effet anti-acide puissant.

Le PIPTAL assure ainsi aux ulcus gastro-duodénaux les conditions les plus favorables à leur cicatrisation.

INDICATIONS : Dyspepsies gastriques hypersthéniques, ulcus gastro-duodénaux, ulcères peptiques, séquelles spasmodiques de la gastrectomie

POSOLOGIE : 1 comprimé avant les trois repas et 1 ou 2 avant le coucher.

PRESENTATION : Boîte de 20 comprimés dosés à 0,005 g.

CANTIL



PROPRIETES : Le CANTIL constitue un anticholinergique exceptionnel en raison de son tropisme électif pour le côlon.

Le CANTIL apparaît ainsi comme le médicament spécifique des colopathies spasmodiques et douloureuses.

INDICATIONS : Colites et entéro-colites aiguës et chroniques : alimentaires, allergiques, médicamenteuses (antibiothérapie), microbiennes et virales, paraneoplasiques - Constipations spasmodiques - Diverticulites - Recto-sigmoïdites - Recto-colites hémorragiques - Diarrhée aiguë et chronique.

POSOLOGIE : 1/2 à 1 comprimé aux trois repas et avant le coucher.

PRESENTATION : Boîte de 20 comprimés dosés à 0,025 g

IN 076/6912/06

Remboursés par l'I.N.A.M.I.



LAKESIDE LABORATORIES, INC.

Documentation :

BENELUPHARM, rue Philippe de Champagne 52 - 1000 Bruxelles.

donne l'illusion de quelque chose d'important, mais dès qu'on s'approche plus près et on ne tarde pas à apercevoir les lézardes de l'édifice. On est bien forcé de s'avouer que la solidité n'en était qu'apparente». L'éminent traducteur des oeuvres hippocratiques est le premier à mettre en garde contre une erreur longtemps acceptée par la généralité des médecins. Il ne croit pas beaucoup à l'authenticité de la collection des oeuvres hippocratiques, ou du moins il croit qu'Hippocrate n'a écrit que fort peu de traités qui la composent; le reste serait dû à ses successeurs, à Polybe (vers 300 av. J. C., gendre d'Hippocrate; note de l'auteur) par exemple, ou même à des écrivains de l'école de Cnide», conclut Peillon¹⁰. «C'est un corps d'oeuvres dépareillés, incomplets, issus de plusieurs mains, extraits les uns des autres, formés de notes personnelles et de fragments», résume Littré lui-même²⁹.

En ce qui concerne plus particulièrement le Serment, il est en général considéré comme étant le produit de l'école hippocratique, surtout du temps où l'île de Cos était devenue un véritable centre médical aussi bien pour l'enseignement que pour le traitement des malades. Il était destiné tout d'abord aux élèves de cette école, d'où ces obligations actuellement anachroniques envers les enseignants et qui figurent encore aujourd'hui dans le serment, mais qu'aucun élève en médecine ne voudrait actuellement accepter, notamment l'obligation «je partagerai avec mon maître de médecine mon avoir, et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins». De plus, quel professeur de médecine voudrait encore aujourd'hui enseigner «sans salaire ni engagement»? C'est Erotianus, le célèbre philosophe et lexicographe grec du premier siècle après J. C. qui le premier attribue le serment directement à Hippocrate (Edelstein³¹). Mais il est certain non seulement que le serment a été rédigé sous la forme actuelle par les scribes de l'école d'Alexandrie, mais encore que cette école a été alors fortement sous l'influence des pythagoriciens. Après la mort de Pythagore (585-500 ? av. J. C.), les partisans de cette secte avaient été chassés de Sicile vers les territoires italo-grecs vers 490 av. J. C. pour se retrouver en grande partie finalement à Alexandrie où fut conservée la tradition. Les historiens actuels pensent ainsi généralement que la section du serment portant condamnation de l'avortement a été écrite par les disciples austères de la secte pythagoricienne qui enseignait que l'âme pénètre dans le corps dès la conception⁵.

En parcourant les oeuvres d'Hippocrate, on doit constater que les traités de grande valeur éthique et médicale se limitent essentiellement à la Loi, le Médecin, la Bienséance, l'Officine du Médecin et aux différentes observations cliniques, au nombre de 42, textes que le médecin d'aujourd'hui relira toujours avec fruit et plaisir. Par contre, les autres textes, notamment les traités de gynécologie, à l'exception des quelques observations purement cliniques, sont décevants et les théories qu'Hippocrate y développe, notamment sur la génération, l'anatomie de l'utérus et la physiologie de l'accouchement contiennent des conclusions qui sont presque des sottises. Elevées à la valeur d'un dogme pendant tout le Moyen-Age, elles ont même constitué un des grands obstacles au développement de la médecine et on peut même dire que la médecine moderne n'a pas encore réussi à liquider complètement dans la croyance populaire certaines de ces sottises dont voici quelques exemples: L'utérus est un organe mobile qui peut se déplacer dans le ventre. Il est divisé en deux moitiés et le fœtus mâle se développe en général dans la partie droite et le fœtus femelle dans la partie gauche. De même, le testicule droit engendrerait des filles et le testicule gauche des garçons. Si un homme veut procréer

un garçon, il se liera le testicule droit autant qu'il pourra le supporter; pour une fille il se liera le testicule gauche. Et un enfant né au huitième mois de grossesse serait pratiquement non viable, par opposition aux enfants nés à sept ou neuf mois.

Ces conceptions médicales puériles et même insensées contrastent tellement avec la haute valeur médicale des autres observations à tel point que l'on peut supposer qu'Hippocrate, tout comme les autres grands médecins de l'Antiquité et même encore du Moyen-Age, a considéré tout ce qui se rapporte au sexe de la femme et aux accouchements comme étant une partie de la médecine indigne de la noble caste des vrais médecins et qu'il vaudrait mieux abandonner aux sages-femmes, tout comme certaines opérations chirurgicales aux barbiers ou lithotomistes. Rappelons que les mères d'Hippocrate et de Socrate ont été des sages-femmes et par hasard ont porté toutes deux le nom de Phainarète, ce qui laisse également supposer qu'Hippocrate, par respect maternel ou même par simple tradition n'a pas voulu empiéter trop sur le terrain gynécologique et obstétrical, réservé par la loi et la tradition aux seules sages-femmes. On pourrait alors admettre avec Haggard³⁵ que «la pratique de l'avortement était déjà courante à cette époque et n'avait rien d'illégal, mais étant donné le serment d'Hippocrate, elle n'était pas du ressort des médecins». Deux éléments pourraient servir d'appui à cette thèse:

1. L'avis de Platon que l'avortement fait partie des activités professionnelles des sages-femmes grecques. Et Platon, tout comme Aristote, a emprunté la plupart de ses connaissances médicales à Hippocrate.

2. Il y a une autre intervention qu'Hippocrate condamne dans son serment, estimant qu'elle n'est pas du ressort du médecin: «Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent». Il est d'ailleurs curieux que cette partie du serment a disparu de la formule du serment tel qu'il est cité par la plupart des auteurs modernes, notamment à l'usage des étudiants en médecine. Ce serait donc là une première étape vers la modernisation de ce fameux serment.

Il est également possible qu'Hippocrate, connaissant parfaitement les suites si souvent mortelles des avortements provoqués dont il cite d'ailleurs quelques observations très démonstratives (Epidémies, obs. 9-14) ait voulu, en connaissance de cause, intervenir uniquement pour réduire ces catastrophes. En effet, ce sont les provocations instrumentales par manoeuvres vaginales ou intra-utérines qui hier comme aujourd'hui fournissent l'immense majorité des avortements mortels. Hippocrate distingue dans ses oeuvres entre les phthoria, médicaments abortifs, et les atokia, les moyens anti-conceptionnels, et dans son serment, il ne parle pas de phthoria, mais plus explicitement de pesson phthorion, traduit en latin par pessarium subditum et qui doit être traduit correctement, comme l'a d'ailleurs fait Littré, par pessaire abortif et non par médicament abortif. Dans le langage médical de cette époque, pessos ou pessaire indique exclusivement soit un instrument, soit un tampon destiné à être introduit dans le vagin ou l'utérus. Il est vrai que les manoeuvres abortives instrumentales sont en général les seules efficaces, mais également les plus dangereuses, tandis que les médicaments abortifs n'entraînent que rarement des catastrophes. Mais, malgré la grande confiance accordée par les anciens médecins aux innombrables médicaments abortifs, ils sont rarement efficaces. La forme classique du serment: «Je ne donnerai aucun remède abortif», ou selon d'autres, «aucun médicament abortif» est donc une traduction franchement inexacte et abusive du serment classique qui en somme ne défend que les pessaires ou instruments abortifs.

Cette restriction du serment d'Hippocrate cadre parfaitement avec d'autres faits. A côté de la provocation de l'avortement par médicaments ou pessaires il existe un autre procédé bien connu des anciens médecins et qui n'est nulle part visé comme illicite, ni dans le serment d'Hippocrate, ni dans le code justinien. Il s'agit de la provocation de l'avortement par des saignées, des exercices physiques ou des mouvements violents de gymnastique, comme nous en trouvons des exemples dans l'oeuvre d'Hippocrate (voir plus loin). Voici un procédé fort original recommandé par le médecin Euryphon³⁰, contemporain un peu plus âgé d'Hippocrate et chef de l'école de Cnide. Il fixait la femme, pour la faire avorter, sur une échelle qu'on secouait jusqu'à ce que l'embryon fût tombé.

On a souvent prétendu que le serment d'Hippocrate serait une condamnation formelle de tout avortement quel que soit le procédé utilisé et quelle que soit l'indication. Nous avons déjà vu qu'une telle interprétation n'est plus acceptable du simple fait qu'Hippocrate ne défend que l'avortement par pessaire et probablement aux seuls médecins. D'ailleurs une telle condamnation totale de l'avortement ne semble pas avoir été acceptée par les grands médecins de l'Antiquité grecque ou romaine et même de ceux qui se sont déjà rapprochés du monothéisme ou du christianisme. Ainsi Soranus³⁰ (IIe siècle après J. C.) qui est sans contredit le plus grand gynécologue et chirurgien de l'Antiquité nous explique le problème de l'avortement d'une manière très humaine et on pourrait même dire moderne: «Il y a désaccord sur un point. Certains repoussent les pratiques abortives, en faisant appel à Hippocrate qui dit: Je ne donnerai jamais rien de destructif, estimant que c'est le propre rôle de la médecine de protéger et de conserver ce que la nature a engendré. D'autres défendent le même point de vue, mais font une judicieuse distinction, à savoir qu'on ne doit pas détruire le fruit de la conception délibérément pour des raisons d'adultère ou d'esthétique, mais qu'il faut le faire pour éviter des dangers inhérents à la délivrance, si la matrice est trop petite pour favoriser le parfait épanouissement du fruit, que son col présente des indurations ou des plaies ou qu'il se présente quelque état semblable. Ces gens disent la même chose au sujet de la prévention de la grossesse et c'est avec eux que je suis entièrement d'accord». Nous avons déjà souligné plus haut que Soranus ne cite ici pas un seul nom de médecin en faveur de la thèse d'Hippocrate, ce qui contraste avec les autres citations. Cette conception se retrouve également chez le chrétien Aetius³⁷ (502-575) qui tout en donnant une longue liste d'abortifs souligne qu'il vaut toujours mieux recourir à des moyens anticonceptionnels qu'à l'avortement, si la grossesse indésirée ou indésirable est une fois installée.

Mais Hippocrate lui-même a-t-il réellement voulu condamner l'avortement sans exception et a-t-il toujours respecté lui-même scrupuleusement son fameux serment?³⁸ Citons un passage du livre IV de la Génération: «Je vais vous expliquer comment je vis une semence de six jours chez une femme de ma connaissance qui était une baladine fort estimée, qui avait commerce avec les hommes, et qui ne devait pas devenir grosse, afin de ne pas perdre son prix. Cette baladine avait entendu ce que les femmes disent entre elles, à savoir que quand une femme conçoit, la semence ne sort pas, mais demeure dedans. Ayant entendu ces dires, elle les comprit et retint. Un jour, elle s'aperçut que la semence ne sortait pas, elle le dit à sa maîtresse et le bruit en vint jusqu'à moi. Ainsi informé, je lui ordonnai de sauter de manière que les talons touchassent les fesses. Elle avait déjà sauté sept fois, lorsque la semence tomba à terre en faisant du bruit. A cette vue, la femme fut saisie d'étonnement. —

Je vais dire comment était ce produit: il ressemblait à un oeuf cru dont on aurait ôté la coquille externe, et dont le liquide intérieur serait transparent dans la membrane interne. Voilà pour le dire en un mot comment il se présentait. Il était de plus rouge et arrondi; dans la membrane on voyait des fibres blanches et épaisses enchevêtrées dans une humeur épaisse et rouge. Autour de la membrane, en dehors étaient des caillots de sang. Au milieu de la membrane se détachait quelque chose de mince qui me parut être l'ombilic: à partir de là s'étendait la membrane enveloppant entièrement la semence».

Tout comme la femme à qui arriva cette aventure extraordinaire, nous restons saisis d'étonnement. L'éminent père de la médecine nous indique ici un motif d'avortement qui s'accorde très difficilement avec l'austère éthique telle que le serment pourrait nous le faire croire: la diminution du prix d'une danseuse par une grossesse éventuelle! Et non seulement Hippocrate accepte cette indication sans broncher, mais il donne en plus lui-même les directives pour la réalisation de cet avortement. Avouons cependant qu'il pourrait s'agir ici tout au plus de l'expulsion un peu forcé d'un oeuf clair ou que «le père de la médecine nous semble coupable plutôt d'intention que de fait, car il est fort probable que cette semence n'était autre qu'un mélange de liqueur spermatique et de mucus utérin et non un germe embryonnaire, qui n'avait pas le temps de se former»². Quoi qu'il en soit, qu'il nous soit permis de conclure qu'Hippocrate n'a jamais, du moins pour sa propre personne, considéré sa condamnation de l'avortement comme une loi absolue. Quelle est alors la valeur éthique réelle du serment? Hippocrate aurait-il accepté de donner son conseil parce que la thérapeutique abortive se limite exclusivement à des mouvements de gymnastique forcée, à l'exclusion de tout médicament ou instrument abortif? Hippocrate a-t-il fait un serment d'hypocrite ou les scribes d'Alexandrie lui ont-ils joué un mauvais tour? Mais Hippocrate n'est malheureusement plus là pour nous répondre et le doute reste ainsi permis.

CONCLUSION

Pendant toute l'Antiquité, l'avortement a été une pratique généralement admise et nullement condamnée par la loi ou la morale publique. Seulement si l'avortement a été provoqué sans l'assentiment de la mère et surtout du père de l'enfant, le coupable a été puni pour avoir causé un préjudice aux parents. Le serment d'Hippocrate est la seule loi médicale de l'Antiquité condamnant l'avortement. Mais cette condamnation ne doit pas être prise dans un sens absolu, comme le fait croire la tradition classique. Ce serait là une erreur grossière puisque une telle conception absolue du serment serait en contradiction non seulement avec les conceptions générales de ces temps sur l'avortement, mais encore avec les autres écrits d'Hippocrate et avec l'exemple professionnel du «père de la médecine».

BIBLIOGRAPHIE

1. Ploss, H. und Bartels, P.: Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. Neu bearbeitet und herausgegeben von Fern. Frhr. v. Reitzenstein. 11. Auflage. — Berlin, 1927.
2. Wikowski, G. J.: Histoire des accouchements chez tous les peuples. — Paris, 1887.
3. Galliot, L.: Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel. — Paris, 1884.
4. Ricci, J. V.: The genealogy of Gynaecology. — Philadelphia, 1950.
5. Dalsace, J. et Me Dourlen Rollier, M. A., avec une préface du Prof. P. Milliez: L'avortement. — Casterman, 1970.
6. Diepgen, P.: Die Frauenheilkunde der Alten Welt. In: Veit, J. und Stoeckel, W.: Handbuch der Gynäkologie. Band XII, Teil I. — München, 1937.
7. Ehinger, O. und Kimmig, W.: Ursprung und Entwicklungsgeschichte der Bestrafung der Fruchtabtreibung. — München, 1910.
8. Zancarol, J.: L'évolution des idées sur l'avortement provoqué. Etude morale et juridique. — Paris, 1934.
9. Hammourabi: R. F. Harper, The code of Hammurabi, — University of Chicago Press, 1904.
10. Moïse: Die Heilige Schrift, neu ins Deutsche übertragen von N. H. Tursinai. Mit dem hebräischen Text nach M. H. Letteris. Band I: Tora/Fünfbuch. — Jerusalem, 1954.
11. Galien et Pseudo-Galien: Edition Kuhn, C. G.: Claudii Galeni Opera Omnia. 20 vol. — Leipzig, 1821-1833. (Tome 19, p. 179).
12. Doelger, F. T.: Das Lebensrecht des ungeborenen Kindes und die Fruchtabtreibung in der Bedeutung der heidnischen und christlichen Antike. — In: Antike und Christentum, 1933, Tome 4.
13. Platon: Oeuvres complètes. Bibliothèque de la Pléiade. — Paris, 1940. (Théétète, p. 94; République, V, p. 1034 et 1035).
14. Aristote: Politicorum libri octo. Edition Schneider, Vol. I, p. 309.
15. Aristote: Historia animalium. Traduction allemande de Auberth, H. und Wimmer, F. — Leipzig, 1868. (Tome II, VII, 3, p. 345).
16. Peillon, G.: Etude historique sur les organes génitaux de la femme. — Paris, 1891.
17. Plutarque: Les vies des hommes illustres. Traduction française par Ricard. Edit. Garnier, — Paris, 1927. (Tome I, Romulus, XXIX, p. 65).
18. Ciceron: M. Tullii Ciceronis scriptae quae manserunt omnia. — Edition R. Klotz. — Teubner 1872. (Pro A. Cluentio Avito oration ad iudices. Part. II, Vol. II, XI, 32, p. 97).
19. Justinien: Codex Iustiniani. Corpus juris civilis. Edition Krueger. Tome I. — Berlin, 1928.
20. Pundel, J. P.: Histoire de l'opération césarienne. Etude historique de la césarienne dans la médecine, l'art et la littérature, les religions et la législation. — Presses Acad. Européennes, Bruxelles, 1969.
21. Tertullien: Q. Septimi Tertulliani opera. Edition J. S. Semler. — Halle, 1771 (voir également dans la patrologie de Bardenhewer).
22. Tischendorf: Vetus testamentum graece iuxta LXX interpretes. — Leipzig, 1875. Tome I, page 88.
23. Bardenhewer, O., Weyman, K. und Zellinger, J.: Bibliothek der Kirchenväter. Eine Auswahl patristischer Werke in deutscher Übersetzung. 63 volumes. — München, 1911-1931. (Tertullian: Band I; Chrysostomus: Band 6, p. 185; Ephräm der Syrer: Band 1, p. 75; Gregorius von Nyssa: p. 313; Augustinus: Band 10; Basilius: Band 1, p. 191-195).
24. Vindicianus: Gynaecia. Edition Rose, V. — Leipzig, 1894.
25. Corpus Iuris Canonici: Edition Richter. Pars I, Decretum Gratiani. p. 974. — Leipzig, 1836.
26. Epiphanius (St. Epiphane): Panagion haireseon. In: Migne, J. P.: Patrologiae cursus completus. Series graeca. Tome XLI. — Paris, 1856-1866.

27. Leisegang, H.: Die Gnosis. — Kröner, Stuttgart, 1955. (p. 192-193).
28. v. Siebold, E. C. Fr.: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe. 2 vol. Berlin, 1839 et 1845.
29. Hippocrate: Oeuvres complètes. Edition E. Littré. 10 vol. — Paris, 1839-1861. (Vol. VII, p. 491 e. a.)
30. Soranus: Edition grecque et latine de F. Z. Ermerins. — Utrecht, 1869. Traduction française de Herrgot, J. F.: Soranus d'Ephèse. Traité des maladies des femmes. — Nancy, 1895.
31. v. Winckler, F.: Ein Überblick über die Geschichte der Gynäkologie von den ältesten Zeiten bis zum Ende des XIX. Jahrhunderts. In: v. Winckler, F.: Handbuch der Geburtshilfe. — Wiesbaden, 1903, Tome I, première partie).
32. Adams, F.: The genuine Works of Hippocrate. 2 vol. — London, 1849.
33. Goerlitz, W.: Hüter des Lebens. Ärztliches Wirken in antiker Kultur. — Hamburg, 1935.
34. Edelstein, L.: The Hippocratic Oath. Text, translation and interpretation. — Baltimore, 1943.
35. Haggard, H. W.: Démons, drogues et docteurs. — Plon, Paris, 1961.
36. Euryphon: Cité d'après Peillon.
37. Aetius: Aetii Amideni tetrabiblion. Ted. latine par Ioannes Baptista Montanus. — Basileae, 1535.
38. Thibeaud, D. M.: Hippocrate accusé d'avoir provoqué l'avortement d'une courtisane grecque. — Gaz. Méd. de Paris, 1844, 12, 553.

Adresse de l'auteur: 23, rue Albert 1er, Luxembourg.

le moins possible d'acides gras saturés!

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

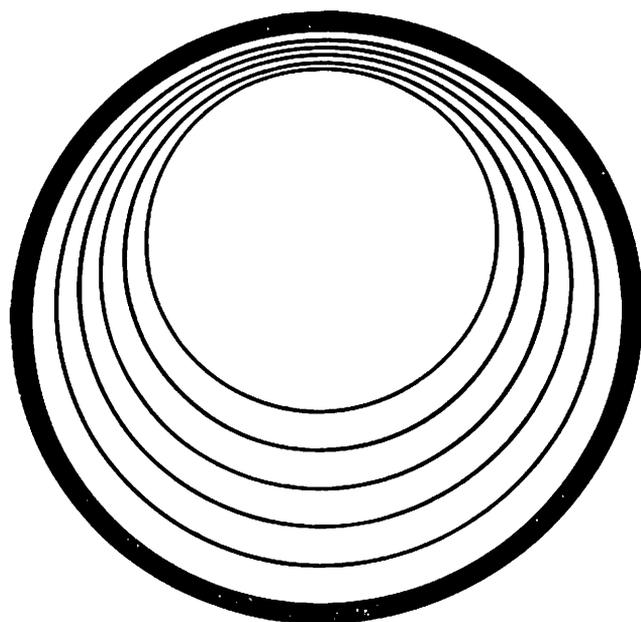
Une fois de plus, cette opinion des plus éminents chercheurs a été confirmée avec force : « ... LE FACTEUR LE PLUS IMPORTANT POUR INFLUENCER LE CHOLESTEROL SANGUIN EST LA QUANTITE DE GLYCERIDES SATURES. SI L'ON DESIRE ABAISSER LE CHOLESTEROL SANGUIN, IL FAUT EN PREMIER LIEU DIMINUER LA CONSOMMATION DES GRAISSES SATUREES ». Telles sont les conclusions de Fetcher, Foster, Anderson, Grande et Keys dans « Quantitative estimation of diets to control serum cholesterol », étude parue dans « The American Journal of Clinical Nutrition » et patronnée par le Service Officiel Américain de la Santé et l'Association de Cardiologie Américaine. Le moins possible d'acides gras saturés ! Des analyses répétées ont démontré que la

margarine de maïs Roda ne contient que 16 % d'acides gras saturés, c'est-à-dire de loin le pourcentage le moins élevé de toutes les margarines sur le marché luxembourgeois. Outre le pourcentage le plus bas en acides gras saturés, Roda contient une quantité importante d'acides gras polyinsaturés : 30 %. Mais il y a plus ! Roda est une margarine de maïs. Or, des tests probants ont établi que le maïs contient des éléments qui, ajoutés à la composition idéale d'une margarine de santé, renforcent encore les effets bienfaisants de celle-ci. Les résultats de ces tests sont d'ailleurs confirmés par les auteurs de l'étude précitée. Vous avez donc trois raisons pour conseiller la margarine de maïs Roda.



RD 42 M

roda
la margarine de santé par excellence



dragées
rutiverine
rutiverine 30

lèvent les spasmes,
dilatent les vaisseaux
et les consolident

dragées
rutiverinal

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

SURMENAGE
ANXIÉTÉ
ÉPUISEMENT NERVEUX
DÉFICIENCES CÉRÉBRALES
CÉRÉBROLYSINE

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

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

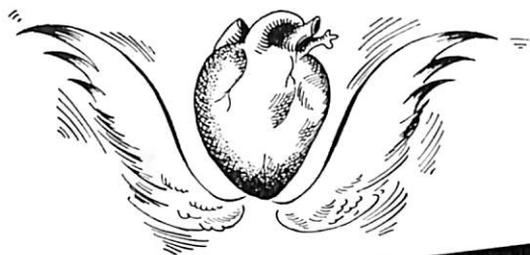
Posologie: Tous les 2 ou 3 jours - quotidiennement dans les sévères - 1 ampoule de CÉRÉBROLYSINE (intraveineuse ou intramusculaire). En général, une série de 10 ampoules s'est avérée suffisante pour l'obtention d'un succès thérapeutique. Une augmentation des doses est recommandée seulement dans des cas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

Présentation: Boîtes de 10 ampoules de 1 cc.

Ébévé

LITTÉRATURE AVEC
RÉFÉRENCES
SUR SIMPLE DEMANDE

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)



Pour le cœur...

SEDOVERINE

FORMULE

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

INDICATIONS

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

POSOLOGIE

2 à 6 dragées par jour, suivant avis médical.

PRESENTATION

Flacon de 40 dragées.

*Echantillons et Littérature
gratuits sur demande.*

L'Ophtalmothérapie indolore

Toutes les infections oculaires, nasales et otiques

SULFACOLLYRE VISELE

Solution stérile de sulfacétamide sodique (15%)

NAPHAZINC Collyre

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

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)

pour supporter toutes les fatigues du monde.

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

un apport massif d'acides aminés essentiels



Posologie

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

Présentation

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

S.S. A.M.G.

Aucune contre indication.

arginine glutamique sobio

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

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.
23, rue Mercier à Luxembourg

LES MONOAMINES ET LA DEPRESSION MENTALE

J.-J. MEISCH (Amsterdam)

Depuis les quinze dernières années les faits s'accroissent en faveur d'une corrélation entre les maladies affectives et le métabolisme des amines biogènes dans le système nerveux central. Déjà en 1915 Cannon avait formulé l'hypothèse que les animaux sécrètent de l'adrénaline lors de fortes émotions telles que la peur⁵. Depuis cette date l'intérêt pour les relations existant entre les monoamines et les manifestations affectives s'est accru. Mais ce sont surtout les données récentes de la psychopharmacologie expérimentale et clinique qui soulignent, bien qu'indirectement, leur rôle dans la pathogénie de certaines dépressions nerveuses.

RESULTATS DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE

Du point de vue biochimique, les monoamines biogènes sont des substances portant sur leur chaîne latérale un groupement amine. Elles se subdivisent en catécholamines ou en indolamines suivant que leur structure de base présente un noyau catéchol ou indol. Les représentants les plus importants du groupe des catécholamines sont la noradrénaline, l'adrénaline et la dopamine. La sérotonine tient la première place dans l'autre groupe. Grâce aux progrès de la chimie analytique on parvient maintenant à extraire ces différentes amines des tissus, à les séparer par des procédés tels que la chromatographie et à les mesurer en concentrations minimes par spectrofluorométrie. Toutes les monoamines précitées sont présentes dans le système nerveux central excepté l'adrénaline qui est surtout localisée dans la médullaire des glandes surrénales. La plus forte teneur en dopamine a été trouvée dans le locus niger et dans le néostria-

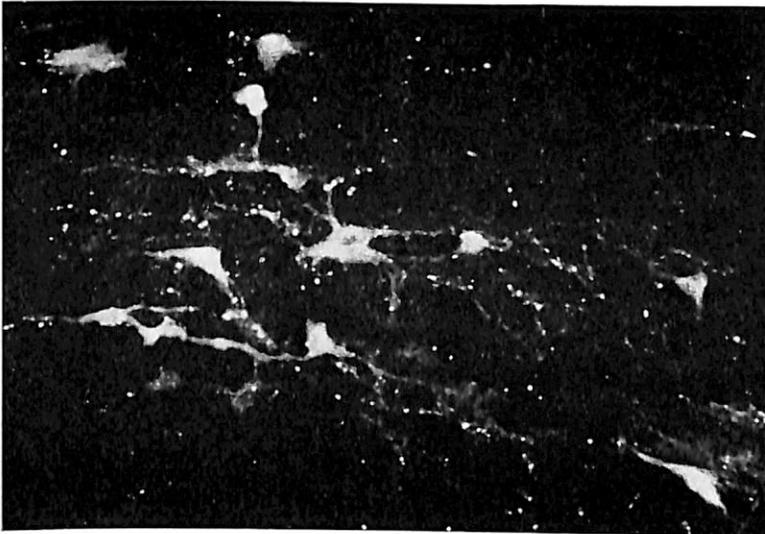


Figure 1. Neurones monoaminergiques centraux fluorescents (photo d'A. Dahlström, *Acta physiol. scand. suppl.* 247, fig. 32)

tum. Sa déficience joue un rôle capital dans le syndrome de Parkinson. Mais du point de vue des dérèglements de l'humeur ce sont surtout la noradrénaline et la sérotonine qui nous intéressent. Ces deux substances sont distribuées dans différentes régions du névraxe et surtout dans le rhinencéphale qui d'après Papez²⁰ jouerait un rôle primordial dans les émotions. On n'estimera jamais assez la contribution faite par l'école suédoise en ce qui concerne la localisation détaillée des diverses amines biogènes dans le cerveau. Grâce à une méthode histochimique très ingénieuse, Falck, Hillarp et collaborateurs¹⁸ ont réussi à rendre les amines fluorescentes dans les coupes histologiques. Quand ces dernières sont traitées par des vapeurs de formol, les catécholamines présentent en effet une belle fluorescence verte, tandis que la sérotonine donne une fluorescence jaune. On distingue nettement les neurones monoaminergiques avec leurs ramifications (fig. 1). Il est même possible de les subdiviser en neurones noradrénergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques. Si nous observons un neurone noradrénergique isolé au microscope, nous constatons que la noradrénaline est présente dans presque toutes les parties du neurone mais que sa distribution est inégale. La concentration maximale se trouve dans les varicosités ou boutons des terminaisons nerveuses, le tout offrant l'image d'un collier de perles. D'après des vues prises au microscope électronique les varicosités sont très vraisemblablement les régions synaptiques en contact avec d'autres neurones et remplies de nombreux granules, véritables organelles de mise en réserve des monoamines. Andén et collaborateurs², à la suite de lésions limitées pratiquées dans le système nerveux central, ont étudié les voies en dégénérescence. De cette façon ils ont pu établir une véritable carte des systèmes monoaminergiques (fig. 1bis). On peut tirer les conclusions suivantes de leurs beaux travaux: A quelques exceptions près, la plupart des corps cellulaires des neurones monoaminergiques sont localisés au niveau du tronc cérébral. De là ils envoient des ramifications dans différentes régions du névraxe. Les voies descendantes, le plus souvent croisées et composées de fibres nerveuses noradrénergiques et sérotoninergiques se rendent à la moelle épinière. Plusieurs voies importantes ascendantes non croisées et composées de fibres nerveuses noradrénergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques irradient aux centres nerveux supérieurs. La voie dopaminergique se rendant de la substantia nigra au néostriatum ne nous intéresse pas dans ce contexte. Nous mentionnerons ici que les régions cérébrales impliquées vraisemblablement dans la régulation de l'humeur telles que le rhinencéphale et l'hypothalamus, sont richement fournies en fibres noradrénergiques et sérotoninergiques.

Déjà en 1904 Elliott⁵ a émis l'hypothèse que l'adrénaline joue le rôle de transmetteur chimique à la périphérie au niveau du système nerveux sympathique. Mais c'est le mérite de U. S. von Euler^{10, 17}, récent lauréat du prix Nobel, d'avoir montré en 1946 qu'il s'agit en réalité de la noradrénaline. Récemment de nombreuses données expérimentales suggèrent que les catécholamines ainsi que la sérotonine jouent aussi le rôle de transmetteurs chimiques au niveau du système nerveux central¹.

On peut résumer par un schéma (fig. 2) nos connaissances actuelles concernant une unité de transmission monoaminergique composé d'un élément pré- et postsynaptique⁶. Un acide aminé précurseur (fig. 2 flèche I) — la tyrosine dans le cas des catécholamines, le tryptophane en ce qui concerne la sérotonine, est transporté à travers la membrane externe à l'intérieur du neurone présynaptique. A partir de cet acide aminé précurseur, la cellule nerveuse est capable de synthétiser son propre transmet-

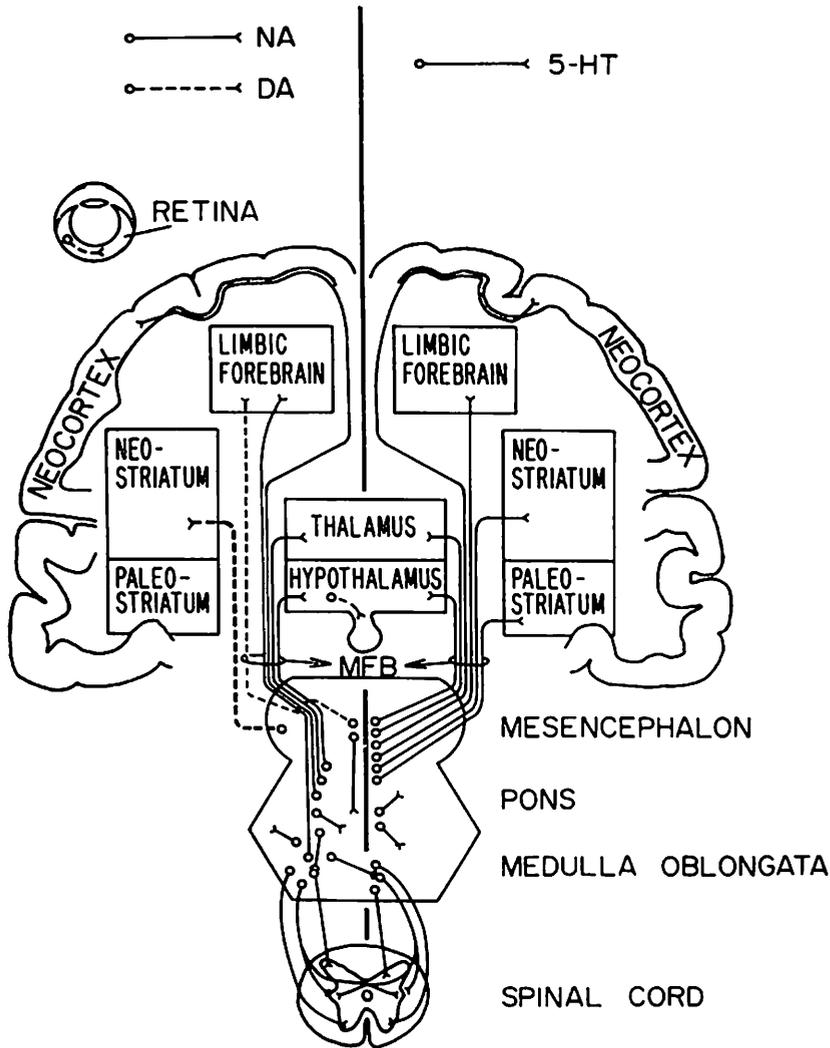


Figure 1 bis. Dessin schématique montrant d'une façon très simplifiée les principaux systèmes de neurones monoaminergiques (Andén, N.-E. et al. *Acta physiol. scand.*, 67, 313-326, 1966)

teur. Une chaîne de réactions chimiques catalysées par des enzymes appropriées y conduit (fig. 3 et 4). Ces différentes enzymes sont pour la plupart intracytoplasmatiques excepté la β -hydroxylase transformant la dopamine en noradrénaline qui est localisée aux granules. Il est intéressant de noter, que les neurones noradrénergiques et les neurones dopaminergiques utilisent la même chaîne de réactions biochimiques, mais que dans le cas de ces derniers la réaction de β -hydroxylation fait défaut. Le neurotransmetteur étant formé, il est stocké immédiatement dans des organelles de réserve, les granules (fig. 2 flèche 3). Ceux-ci sont vraisemblable-

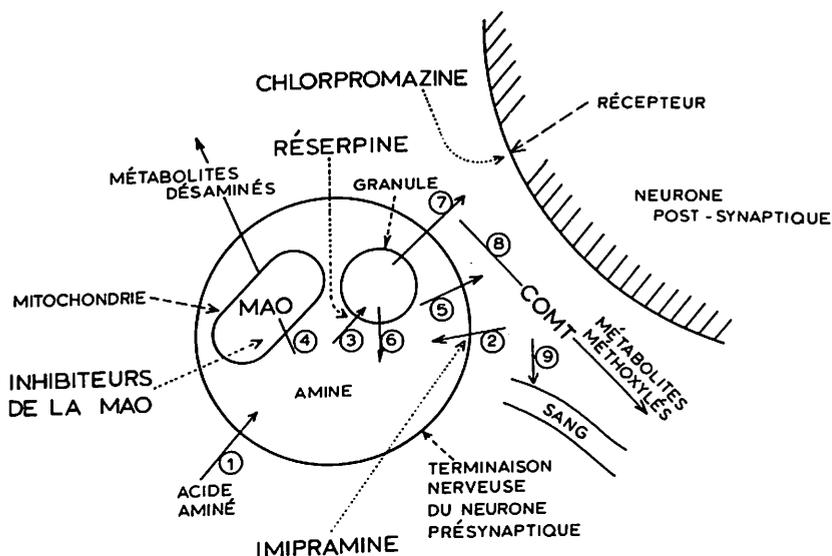


Figure 2. Modèle hypothétique d'une unité de transmission monoaminergique (d'après le Prof. A. Carlsson, dans: Mechanisms of Release of Biogenic Amines, Pergamon Press, 1966)

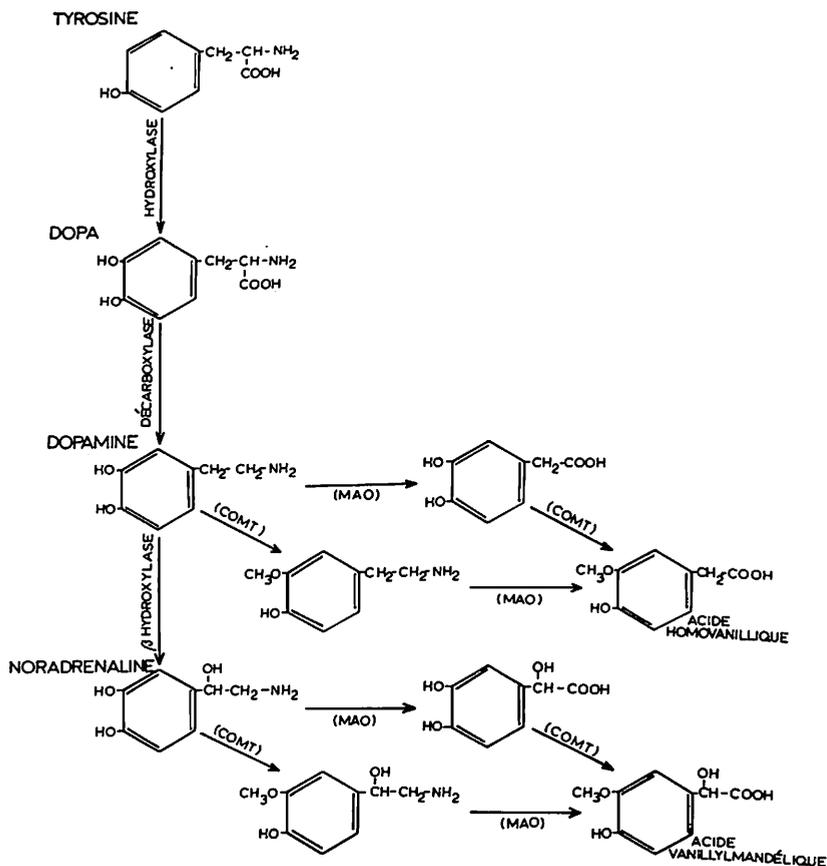


Figure 3. Métabolisme des catécholamines (simplifié)

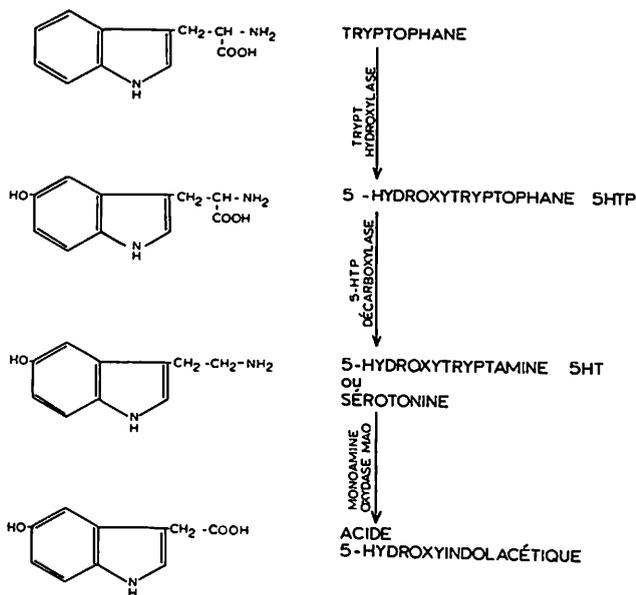


Figure 4. Métabolisme de la sérotonine (simplifié)

blement fabriqués par l'appareil de Golgi du péricaryon et acheminés le long de l'axone vers les régions synaptiques des terminaisons nerveuses. Par un processus actif nécessitant l'A.T.P. et des ions Mg^{++} les monoamines sont incorporées dans les granules et liées dans des complexes. On a des raisons de croire qu'on est en présence de «pools» différents, un grand pool de réserve et un petit pool fonctionnel. Les amines biogènes diffusent passivement des granules dans le cytoplasme (fig. 2 flèche 6). Normalement ce processus est largement contrebalancé par celui de la concentration active. Dès qu'un influx nerveux passe, le potentiel d'action produit une entrée de Ca^{++} dans l'élément présynaptique et le neurotransmetteur est libéré des granules et déversé dans l'espace synaptique (fig. 2 flèche 7). Sur les modalités exactes de ce mécanisme il existe encore bien des mystères. Après avoir produit son effet sur les récepteurs du neurone post-synaptique, le neurotransmetteur doit disparaître rapidement soit par destruction enzymatique soit par un autre mécanisme. La dégradation métabolique des monoamines se fait par deux enzymes (fig. 3 et 4): La monoamine oxydase (MAO), localisée à l'intérieur des neurones dans les mitochondries, produit la désamination oxydative des monoamines libres dans le cytoplasme (fig. 2 flèche 4). Seulement les amines stockées dans les granules ne sont pas attaquées. La catéchol-o-méthyltransférase (COMT) localisée en dehors des cellules nerveuses produit une méthylation en position 3 des catécholamines (fig. 2, flèches 8). Dans les liquides biologiques nous sommes souvent en présence de métabolites qui ont été successivement désaminés et méthoxylés. Mais l'inactivation des monoamines libérées dans l'espace synaptique s'opère surtout par un autre mécanisme très efficace. Il s'agit du recaptage du neurotransmetteur à l'aide d'un système de transport actif présent à la membrane de l'élément présynaptique (fig. 2 flèche 2). Cette pompe membranaire (Carlsson 1966)⁶ est en effet à distinguer nettement du mécanisme actif d'incorporation à

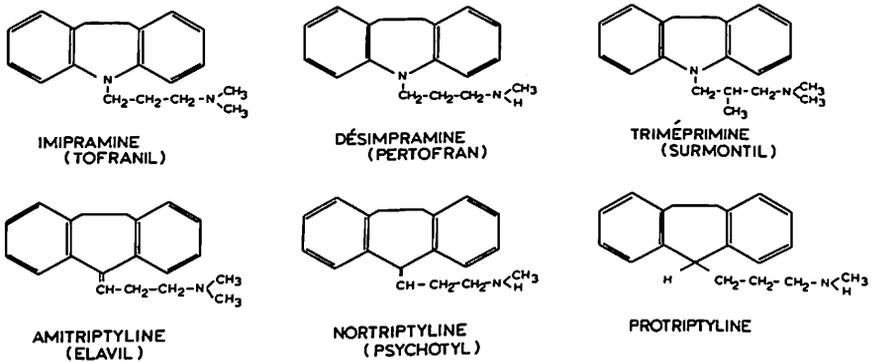


Figure 5. Antidépresseurs tricycliques

l'intérieur des granules (fig. 2 flèche 3). Dans le système nerveux périphérique les monoamines peuvent aussi être partiellement éliminées par diffusion dans les vaisseaux sanguins (fig. 2 flèche 9). Ce mécanisme n'existe néanmoins pas dans le système nerveux central à cause de la barrière hémato-encéphalique imperméable aux monoamines. Après cette brève revue anatomique, histologique, chimique et physiologique, nous pouvons maintenant mieux aborder le problème des corrélations existant entre les monoamines biogènes et la dépression mentale.

ARGUMENTS DE LA PSYCHOPHARMACOLOGIE EXPERIMENTALE ET CLINIQUE

Une drogue peut parfois provoquer à s'y méprendre le tableau clinique d'une dépression mentale classique. Il s'agit de la réserpine (serpasil), un des nombreux alcaloïdes extraits de la racine d'un arbuste de l'Inde, le *Rauwolfia serpentina* Benth. Ce médicament est surtout employé pour combattre l'hypertension artérielle. On a bientôt pu se rendre compte, qu'à peu près 15% des malades traités par la réserpine furent atteints de dépression nerveuse. Seule la cessation du traitement, exceptionnellement combinée à des séances d'électrochocs, y mit fin. De nombreux chercheurs s'attaquent au problème difficile mais passionnant du mécanisme d'action intime de ce médicament. (Voir l'excellente revue du Prof. Carlsson⁷). Ces efforts permettent éventuellement de mieux comprendre la pathogénie de certaines dépressions nerveuses. En 1955 Brodie et ses collaborateurs²² aux Etats-Unis firent une découverte importante: la réserpine produit une diminution notable de la concentration de la sérotonine au niveau des différents tissus. Cette diminution est accompagnée par une excrétion urinaire accrue du métabolite principal de la sérotonine, à savoir l'acide hydroxyindolacétique. Cette découverte fut immédiatement suivie par celle non moins importante du Prof. Carlsson en Suède^{4,4}: la drogue a une action similaire sur les catécholamines tissulaires aboutissant en plus à un arrêt de la transmission noradrénergique. Le mécanisme d'action intime de la réserpine a été éclairci par des études sur des granules isolés obtenus par ultracentrifugation et incubés dans des milieux appropriés avec des monoamines radioactives. Le mécanisme d'incorporation actif de ces amines marquées fut bloqué très efficacement par des concentrations minimales de réserpine. D'autres expériences ont montré le même effet in vivo. Ici les amines déjà stockées dans les granules en

sortent par simple diffusion passive dans le cytoplasme où elles sont immédiatement détruites par la monoamine oxydase. Ceci entraîne un blocage de la transmission nerveuse se traduisant chez les animaux expérimentaux entre autres par une sédation marquée. Les investigations avec la réserpine ont suggéré l'hypothèse que certaines dépressions nerveuses seraient dues à une déficience de monoamines dans les régions cérébrales fonctionnellement importantes pour la régulation de l'humeur. Comme la drogue a une influence aussi bien sur les catécholamines que sur la sérotonine, ces expériences ne permettent pas de rendre une monoamine particulière responsable des troubles psychiques.

Des arguments importants en faveur d'une corrélation entre le métabolisme des monoamines et les maladies de l'humeur sont fournis par la découverte assez récente d'antidépresseurs ou thymoanaleptiques très efficaces. Nous distinguons les inhibiteurs de la monoamine oxydase, découverts les premiers, et les antidépresseurs tricycliques.

Des investigations cliniques récentes faites indépendamment en différents pays laissent peu de doutes sur l'effet antidépresseur de certains inhibiteurs de la monoamine oxydase tels que l'iproniazide (marsilid), médicament antituberculeux proposé déjà en 1951 pour combattre la dépression nerveuse, la phénelzine (nardelzine) et la tranlycypromine (tylciarine)²¹. Les inhibiteurs de la MAO bloquent la destruction enzymatique des monoamines à l'intérieur des neurones et provoquent ainsi une accumulation des catécholamines ainsi que de la sérotonine dans l'encéphale (voir Prof. Pletscher²¹). Certains animaux expérimentaux présentent en plus un état d'excitation centrale qui semble être dû au fait que la capacité de stockage des granules est dépassée par suite de l'accroissement des amines dans le cytoplasme et qu'un déversement de transmetteur se produit dans l'espace synaptique. On a prétendu que l'effet antidépresseur chez l'homme est dû au même mécanisme d'action. Il faut néanmoins dire qu'un tel raisonnement par analogie doit être fait avec beaucoup de prudence. Il ne faut surtout pas oublier que la plupart de ces drogues n'ont pas seulement une action sur la MAO mais présentent en plus de nombreux effets supplémentaires. L'iproniazide par exemple a aussi une action adrénolytique indubitable et est un déprimeur du système nerveux central probablement à cause d'un blocage des récepteurs. Il va sans dire qu'un tel effet sédatif peut constituer un avantage thérapeutique dans certaines dépressions avec agitation. Tous les inhibiteurs de la MAO présentent un effet souvent utilisé dans la sélection de nouveaux médicaments antidépresseurs: l'effet antiréserpine. Chez les animaux traités au préalable par un inhibiteur de la MAO, la réserpine ne produit plus de la sédation, mais au contraire de l'excitation. En voici l'explication: Les amines libérées des granules par la réserpine ne sont plus détruites dans le cytoplasme par la MAO et sont déversées en grandes quantités dans l'espace synaptique. A côté d'effets secondaires très désagréables (hépatites toxiques) il est intéressant de mentionner ici les curieuses crises d'hypertension paroxystiques qui surviennent quand les malades traités mangent certains fromages fermentés tels que le camembert. Ces fromages contiennent en effet la tyramine, une amine sympathomimétique qui n'est plus désaminée par la MAO hépatique inhibée. Elle atteint les terminaisons nerveuses et y déplace la noradrénaline accumulée en grandes quantités, ce qui équivaut à une stimulation du sympathique.

La découverte des antidépresseurs tricycliques n'agissant pas sur la MAO, jeta au début quelques doutes sur l'hypothèse concernant le rôle

des monoamines dans la dépression mentale. L'imipramine (tofranil) prototype de ce groupe, fut introduite en thérapeutique en 1957. Sa formule ressemble quelque peu à celle de la chlorpromazine et sa synthèse avait été faite dans le but de réaliser un nouveau neuroleptique. Grâce au flair clinique du médecin suisse Kuhn, chargé des premiers essais, on constata des effets thérapeutiques très nets dans les dépressions nerveuses endogènes. C'est le mérite de Sigg²⁷ d'avoir dépisté déjà en 1959 que les antidépresseurs tricycliques potentialisent l'effet de la noradrénaline ainsi que celui de la stimulation des nerfs sympathiques. Peu de temps après aux Etats-Unis Axelrod³, autre lauréat récent du prix Nobel, et ses collaborateurs ont pu démontrer que l'imipramine inhibe un important mécanisme d'inactivation des monoamines, à savoir leur recaptage après libération des terminaisons nerveuses. Le blocage de la pompe membranaire augmente la concentration des amines dans l'espace synaptique et notamment au niveau des récepteurs. C'est surtout grâce aux beaux travaux neuropharmacologiques du Prof. Carlsson et de son école accomplis d'ailleurs en collaboration étroite avec les histologistes du Karolinska Institutet à Stockholm, qu'on a découvert que les différents neurones monoaminergiques possèdent des pompes membranaires particulières⁸. De nombreux antidépresseurs ont été examinés par rapport au pouvoir d'inhibition exercé sur la pompe membranaire. En regardant le tableau des antidépresseurs tricycliques (fig. 5), nous voyons que nous pouvons les subdiviser en deux groupes, celui des amines tertiaires avec l'imipramine (tofranil) et l'amitriptyline (elavil) comme chefs de file et celui des amines secondaires avec la désimipramine (pertosan) et la nortriptyline (psychotyl) à la tête. Voici les résultats récents de l'équipe suédoise: Les neurones dopaminergiques sont insensibles aux drogues antidépresseives. Les neurones noradrénergiques sont généralement plus sensibles aux thymoleptiques tricycliques dont la chaîne latérale se termine par une amine secondaire (désimipramine, nortriptyline). Les sensibilités des neurones centraux et périphériques ne sont pas identiques. En général les drogues inhibent plus fortement la pompe membranaire des neurones périphériques. Il faut donc se garder de trop vite faire des extrapolations du système nerveux périphérique à l'organe central. Les neurones sérotoninergiques sont par contre plus sensibles aux thymoleptiques portant sur la chaîne latérale une amine tertiaire (imipramine, amitriptyline). Les chercheurs suédois ont réussi à démontrer directement le débordement de la sérotonine dans l'espace synaptique chez des animaux traités avec la chlorimipramine. Ces faits expliquent entre autre pourquoi en clinique un traitement combiné aux inhibiteurs de la MAO et aux thymoleptiques tricycliques peut mener à des suites dramatiques et est à proscrire formellement. En ce cas il se produit en effet une potentialisation. Les amines accumulées dans le synapse par un inhibiteur de la MAO ne peuvent plus être recaptées par la membrane et il y a une vraie inondation des récepteurs par la sérotonine. Comme les amines tertiaires parmi les thymoleptiques tricycliques (chlorimipramine) sont connues en clinique d'élever l'humeur sélectivement, il y a de fortes raisons de croire que les neurones sérotoninergiques sont spécifiquement impliqués dans la régulation de l'humeur. Les neurones noradrénergiques centraux par contre semblent être plutôt responsables de stimuler l'entrain et la vitalité. Cliniquement ces thymoleptiques sont caractérisés surtout par une action marquée sur le dynamisme faisant disparaître l'inhibition si fréquente chez les déprimés.

Considérons maintenant le groupe important des neuroleptiques tels que les phénothiazines avec comme représentant la chlorpromazine (largactyl)

et les butyrophénones avec comme prototype le halopéridol¹³. Ces drogues ont une action très différente en ce sens qu'elles bloquent les récepteurs de la noradrénaline et surtout de la dopamine au niveau de la cellule postsynaptique. C'est surtout l'effet inhibiteur sur les récepteurs de la dopamine qui produit tout le cortège des symptômes extrapyramidaux (parkinsonisme thérapeutique). Une des indications majeures des neuroleptiques est le traitement des phases maniaques de la psychose cyclique. Dans ce stade d'excitation il existerait à l'opposé du stade de dépression un excès de monoamines et surtout de noradrénaline aux récepteurs. La drogue y prend la place du neurotransmetteur et bloque ainsi la transmission.

Récemment l'importance des sels de lithium dans le traitement et même la prophylaxie de la manie a été à nouveau soulignée. Rien n'est donc plus légitime que la curiosité de voir l'effet de ces sels sur les amines biogènes. Schildkraut et collaborateurs²¹ ont trouvé que les sels de lithium augmentent la désamination de la noradrénaline et de la sérotonine au cerveau avec comme conséquence une diminution de ces transmetteurs. Mais des changements dans la clearance des métabolites acides quittant le cerveau peuvent expliquer au moins en partie ces résultats. Il est néanmoins possible que ces sels agissent par un autre mécanisme encore inconnu à l'heure actuelle.

Voyons enfin si l'électrochoc, parfois le seul traitement efficace dans certaines dépressions sévères, n'influence pas le métabolisme des monoamines. Les animaux expérimentaux montrent souvent une diminution de la noradrénaline et une augmentation de la sérotonine au cerveau après administration d'électrochocs. En plus la synthèse des deux neurotransmetteurs est accélérée à en juger d'après l'augmentation des métabolites formés. Il peut néanmoins s'agir d'un effet non spécifique comme on a noté le même effet après un stress.

Stimulés par l'hypothèse des monoamines plusieurs expérimentateurs cliniques ont essayé un certain nombre de drogues chez des malades atteints d'une maladie de l'humeur. Il faut tout de suite dire qu'aucun de ces traitements n'a gagné droit de cité dans la clinique courante et que certaines de ces drogues sont excessivement dangereuses.

Un réflexe naturel a été d'essayer les précurseurs de la noradrénaline et de la sérotonine. On ne peut pas injecter les neurotransmetteurs eux-mêmes, vu qu'ils ne traversent pas la barrière hématoencéphalique. Coppen¹⁹ en Angleterre a trouvé que le tryptophane, précurseur de la sérotonine, seul ou le mieux en combinaison avec un inhibiteur de la MAO donne le plus de résultats positifs dans les dépressions nerveuses. Les résultats avec la dopa, précurseur de la noradrénaline sont plus douteux. Il ne faut néanmoins pas perdre de vue qu'il est nécessaire d'administrer des doses très élevées par voie orale (comme d'ailleurs dans la maladie de Parkinson). Quelques succès ont été décrits en combinant la dopa avec un inhibiteur de la MAO ou en l'injectant par voie intraveineuse. Malheureusement les effets secondaires ne sont pas rares (hypertension sévère et arythmies).

Quelques auteurs ont donné les thymoleptiques tricycliques ensemble avec des médicaments du groupe de la réserpine. On sait que cette combinaison de drogues produit chez les animaux de laboratoire un effet anti-réserpine. Chez les malades ainsi traités l'amélioration clinique semble aller de pair avec une excrétion accrue de l'acide 5-hydroxyindolacétique.

On possède aujourd'hui des inhibiteurs de la synthèse puissants et sélectifs qui bloquent ou bien la formation des catécholamines (dl-méthyltyrosine) ou bien celle de la sérotonine (dl-p-chlorophénylalanine). Ces drogues attaquent au niveau de l'hydroxylation de la tyrosine en dopa (fig. 3) ou de celle du tryptophane en 5-hydroxytryptophane (fig. 4). Les inhibiteurs de synthèse sont des drogues très toxiques. Il va sans dire qu'il serait contraire à l'éthique médicale d'administrer ces substances à des sujets normaux dans le seul but de voir si une dépression nerveuse survient. Lors de quelques rares essais cliniques (hypertension grave, syndrome carcinoïde) on aurait noté une composante dépressive.

ANALYSES CHIMIQUES DES MONOAMINES CHEZ LES MALADES ²³

On ne peut naturellement pas mesurer directement les monoamines dans le cerveau de l'homme sain et malade. Pour cette raison les recherches ont porté sur l'analyse de ces substances ou de leurs métabolites dans les divers liquides biologiques.

Les mesures quantitatives dans l'urine ne sont guère valables comme celle-ci peut être contaminée par les nombreuses sources périphériques riches en monoamines. En plus à cause de la barrière hémato-encéphalique seulement une petite partie des monoamines cérébrales et de certains de leurs métabolites arrivent dans l'urine. En conclusion des nombreuses publications à ce sujet, on peut dire que la noradrénaline et son métabolite méthoxylé, la normétanéphrine sont diminuées dans les dépressions avec retard psychomoteur. Ces valeurs urinaires sont augmentées par contre dans la manie et dans certaines dépressions agitées. Comme une activité musculaire prononcée peut avoir le même effet, il ne faut certainement pas être trop rapide en prétendant que ces valeurs reflètent les événements métaboliques au niveau du système nerveux central. Les analyses de l'acide 5-hydroxyindolacétique sont encore plus sujettes à caution. A côté de sources périphériques notamment gastrointestinales nous devons tenir compte de facteurs diététiques non négligeables.

Le liquide céphalorachidien semble se prêter encore le mieux à ces analyses. Chez les malades déprimés on a trouvé une diminution de l'acide 5-hydroxyindolacétique dans le liquide céphalorachidien. Ce résultat suggère un ralentissement de la synthèse de la sérotonine au cerveau ¹⁴. Mais on trouve aussi des valeurs diminuées, bien qu'à des degrés moindres, lors des phases maniaques. On en ignore encore l'explication.

Pour finir il est intéressant de citer avec toutes les réserves nécessaires les analyses faites post-mortem sur le cerveau de malades déprimés qui se sont suicidés ²⁵. On a trouvé une diminution de la sérotonine et de l'acide 5-hydroxyindolacétique sans une diminution concomitante de la noradrénaline.

CONCLUSION

Que peut-on raisonnablement conclure de ces nombreuses recherches? Il est évident qu'à l'heure actuelle on possède surtout des arguments indirects en faveur de l'hypothèse que dans la dépression mentale il existe une déficience de certaines monoamines cérébrales. En plus, en parcourant la littérature scientifique, on constate que les psychiatres dans les différents pays sont loin d'être d'accord sur une définition et une classification des dépressions nerveuses. Ceci explique sans aucun doute un certain nombre de résultats discordants et rend la tâche des statisticiens extrêmement difficile. En ce moment il serait certainement osé de pré-

tendre que toutes les dépressions se réduisent à un métabolisme perturbé des monoamines cérébrales. Que d'un autre côté ces substances jouent un rôle dans certaines dépressions nerveuses telles que la maladie cyclique est indiscutable. Deux camps de chercheurs s'affrontent, les uns prétendant que c'est un manque de catécholamines et surtout de noradrénaline qui est responsable de la dépression, les autres que c'est au contraire une déficience de sérotonine. Tous font valoir des arguments solides. Ne serait-ce pas finalement les deux qui aient raison, comme il arrive si souvent lors de polémiques violentes? D'après des recherches récentes les neurones sérotoninergiques sont plutôt impliqués dans la régulation de l'humeur et les neurones noradrénergiques dans le dynamisme. Peut-être faudrait-il y ajouter le rôle joué par d'autres neurotransmetteurs encore inconnus à l'heure actuelle. Les circuits neuroniques entrant en jeu lors de nos manifestations affectives sont certainement hautement complexes et il est probable que nous soyons en présence de systèmes se tenant balance (comme à la périphérie l'acétylcholine et la noradrénaline). Négliger d'autres facteurs tels que des facteurs psychologiques voire même sociologiques, serait pécher par une simplification excessive. Malgré toutes ces réserves, l'hypothèse biochimique de la dépression stimule les efforts de nombreux chercheurs partout dans le monde et l'on peut s'attendre à une riche récolte dans un proche avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Andén N.-E., Carlsson A., Häggendal J. — Adrenergic Mechanisms. Annual Review of Pharmacology, vol. 9, 119, 1969.
2. Andén N.-E., Dahlström A., Fuxe K., Larsson K., Olson L., Ungerstedt U. — Ascending monoamine neurons to the telencephalon and diencephalon. Acta physiol. scand., 67, 313, 1966.
3. Axelrod J., Whitby L. G., Hertting G. — Effect of psychotropic drugs on the uptake of ³H-norepinephrine by tissues. Science 133, 383, 1961.
4. Bertler A., Carlsson A., Rosengren E. — Release by reserpine of catecholamines from rabbits' hearts. Naturwissenschaften 22, 521, 1956.
5. Cannon W. B. — Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. New York, 1915, Appleton.
6. Carlsson A. — Physiological and Pharmacological Release of Monoamines in the Central Nervous System. Mechanismus of Release of Biogenic Amines. Oxford, 1966 Pergamon Press.
7. Carlsson A. — Drugs which block the storage of 5-hydroxytryptamine and related amines. Handbuch der experimentellen Pharmakologie. Berlin, 1965, Springer Verlag, Vol. XIX, 529.
8. Carlsson A. — Effect of Drugs on Amine Uptake Mechanisms in the Brain. Bayer-Symposium II Berlin 1970, Springer Verlag 223.
9. Carlsson A., Hillarp N.-A. — Release of adrenaline from the adrenal medulla of rabbits produced by reserpine. Kgl. Fysiogr. Sällsk. Lund Förh., 26, No. 8, 1956.
10. Coppen A. J. — Depressed States and Indolealkylamines. Advances in Pharmacology, Vol. 6 Part B 284, New York, 1968, Academic Press.
11. Coppen A., Shaw D. M., Farrell J. P. — Potentiation of antidepressive effect of monoamine-oxidase inhibitor by tryptophan. Lancet I., 79, 1963.
12. Davis J. M., Klerman G. L., Schildkraut J. J. — Drugs used in treatment of depressions Psychopharmacology, Review of Progress 1957-1967: Proceedings of the 6th annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. Publication, 1836, 719, 1968.
13. Delay J., Deniker P. — Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. Paris, Masson édit., 1961.

14. Dencker S. J., Malm U., Roos B.-E., Werdinius B. — Acid Monoamine Metabolites of Cerebrospinal Fluid in Mental Depression and Mania. *N. Neurochem.*, 13, 1545, 1966.
15. Elliott T. R. — *J. Physiol. (London)*, 31, 20, 1904.
16. Euler U. S. von — *Acta physiol. scand.*, 12, 73, 1946.
17. Euler U. S. von, Hillarp N.-A. — Evidence for the presence of noradrenaline in submicroscopic structures of adrenergic axons. *Nature (Lond)*, 177, 44, 1956.
18. Falck B., Hillarp N.-A., Thieme G., Torp A. — Fluorescence of catecholamines and related compounds condensed with formaldehyde. *J. Histochem. Cytochem.*, 10, 348, 1962.
19. Glowinski J., Axelrod J. — Effect of drugs on the uptake, release and metabolism of norepinephrine in the rat brain. *J. Pharmacol. exp. Ther.*, 149, 43, 1965.
20. Papez J. W. — A Proposed Mechanism of Emotion. *A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, 725, 1937.
21. Pletscher A., Gey K. F., Zeller P. — Monoaminoxidase-Hemmer. *Biochemic, Chemie, Pharmakologie, Klinik. Fortschr. Arzneimittelforsch.*, 2, 417, 1960.
22. Pletscher A., Shore P. A., Brodie B. B. — Serotonin release as a possible mechanism of reserpine action. *Science*, 122, 374, 1955.
23. Schildkraut J.-J. — Neuropsychopharmacology and the affective disorders. *The New England Journal of Medicine*, vol. 281, 3 parts n. 4, 197, n. 5, 249, n. 6, 302, 1969.
24. Schildkraut J. J., Schanberg S. M., Kopin I. J. — Effects of lithium ion on ³H-norepinephrine metabolism in brain. *Life Sc.* 5, 1479, 1966.
25. Shaw D. M., Camps F. E., Eccleston E. G. — ³Hydroxytryptamine in hind-brain of depressive suicides. *Brit. J. Psychiatr.*, 113, 1407, 1967.
26. Shepherd M., Lader M., Rodnight R. — *Clinical Psychopharmacology* London, 1968. English Universities Press.
27. Sigg E. B. — Pharmacological studies with tofranil. *Canad. Psychiat. Ass J.*, 45, 75, 1959.

Adresse de l'auteur: Netherlands Central Institute for
Brain Research, 28, Ijddijk, Amsterdam, Pays-Bas.

BASOFER ®

ist ein physiologisches
Basengemisch mit Papayotin
und Extr. Carvi



BASOFER ®

hat sich zur **kausalen** Therapie bei

Hyperazidität

Gastritis

Ulcus ventriculi
et duodeni und

sonstigen Krankheiten
mit azidotischer Tendenz

hervorragend bewährt.

BASOFER ®

ist auch als Zusatztherapeuticum bei
Altersdiabetes, Rheuma und zur Verbesserung
der Verträglichkeit anderer Arzneimittel angezeigt.

ALFRED ZWINTSCHER GMBH HEIDELBERG

INTEGRAL S. A., Luxbg., 25, rue d'Epéray

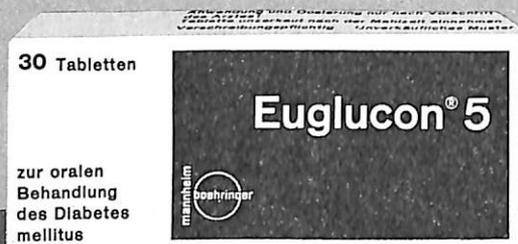
neu



Euglucon[®] 5

weniger ist mehr

Antidiabetikum HB-419
mit nur 5 mg Wirkstoff



Diät

weniger:

Geringere Dosierung,
da stärker wirksam als die bisher
bekannten oralen Antidiabetika.

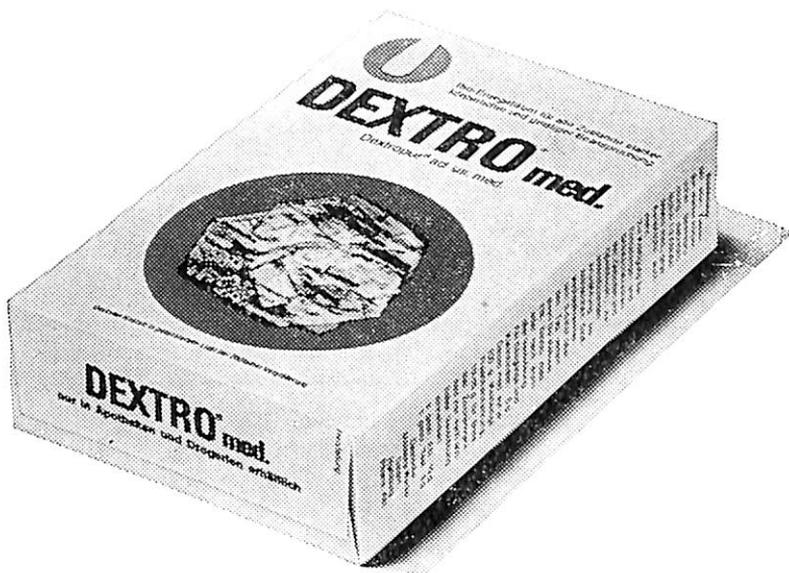
mehr:

Noch mehr Altersdiabetiker
als bisher
optimal einstellbar.

Euglucon 5: N-4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)äthylphenyl-sulfonyl-N'-cyclohexyl-harnstoff]
OP mit 30 Tabl., AP mit 100 und 500 Tabl.

Prophac-Luxembourg

**Es ist an der Zeit,
sich auf DEXTRO med. umzustellen.**



**DEXTRO med.
Das neue Dextrose-Spezialpräparat.
Speziell für Klinik und Praxis.**

- Weiterentwickelt aus dem bekannten Dextropur
- von unübertroffener Reinheit
- entspricht den im DAB 7 vorgesehenen Reinheitsanforderungen

Dextro med. - Bio Energetikum für alle Zustände starker körperlicher und geistiger Beanspruchung.

Packungsgrößen: 250 g, 400 g, 1000 g für Klinikbedarf: 2,5 kg, 25 kg

Deutsche Maizena Werke GmbH., Hamburg 1, Spaldingstraße

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

Senokot

Totalité des principes actifs et titre constant grâce à une double standardisation.

Digne du médecin

Né de la recherche physiologique moderne,
un vrai rééducateur de l'intestin.

Digne du malade

Ni douleurs ni coliques, très bien toléré
par des malades divers et d'âges différents.

Digne du syndrome

Neuropéristaltique physiologique
d'action spécifique sur le plexus d'Auerbach.

S. A. DES USINES DESTREE • DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE • TEL. 02/23.41.10
RUE DELAUNOY 40 • 1080 BRUXELLES

Qu'importe la sévérité des infections
à germes Gram⁺ 99 % répondent au

Diclocil

(Dicloxacilline)



DICLOCIL

« pénicilline injectable per os » assure par voie orale des concentrations sériques supérieures aux pénicillines injectables.

DICLOCIL

« pénicilline protégée » garde toute son activité bactéricide même en présence de germes producteurs de pénicillinase extra-cellulaire.

Présentations :

16 gélules à 250 mg

16 gélules à 125 mg

poudre pour suspension orale 60 ml à 62,5 mg/5 ml

REMBOURSES PAR L'I.N.A.M.I.

Product of BRISTOL LABORATORIES

Division of Bristol-Myers Company, Syracuse, N. Y.

Distributeur

Laboratoires BRISTOL BENELUX S.A.

Avenue Brugmann, 27 - 1060 Bruxelles

Tél. : (02) 37.75.56

I.N./104/7003/05

DIAGNOSTIC ACTUEL DES TROUBLES DE L'HEMOSTASE

R. AREND

Un bref rappel de physiologie et de physiopathologie ainsi que l'énumération des principales propriétés des facteurs intervenant dans l'hémostase sera nécessaire pour bien comprendre le principe des méthodes d'exploration actuelles et de la préparation des réactifs utilisés. Ce que nous mesurons au laboratoire, ce sont presque exclusivement des activités biologiques — le seul vrai dosage qu'on puisse faire, c'est celui du fibrinogène. Dans l'interprétation des résultats obtenus on doit tenir compte du fait que les troubles de l'hémostase sont un problème de bilan: on doit les voir sous l'angle de la formation des différents facteurs surtout au niveau du foie, de l'activation constante à la périphérie aboutissant à ce qu'on appelle «la coagulation latente», de la consommation d'une partie de ces facteurs pendant la formation du caillot, du rôle des inhibiteurs intervenant pratiquement à tous les échelons, de la fibrinolyse suivant la coagulation comme son ombre et de la clearance des diverses substances au niveau du système réticulo-endothélial des organes parenchymateux.

Malgré cette complexité *in vivo* on peut schématiser les phénomènes en trois temps: un temps pariétal, un temps de coagulation plasmatique et un temps de fibrinolyse.

Le temps pariétal se déroule au niveau des capillaires qui sont la pièce maîtresse de la microcirculation. D'après les notions actuelles ils sont structurés en 4 couches: (tableau No 1). La tunique adventice, la membrane basale, l'endothélium et le film endo-endothélial fibrino-plaquettaire, d'épaisseur submicroscopique, situé le long de la couche endothéliale, en contact direct avec les éléments figurés du sang et les protéines plasmatiques. C'est une zone en remaniement constant par le jeu antagoniste de la fibrinof ormation et de la fibrinolyse.

Le temps pariétal s'explore d'abord par l'étude de la fragilité capillaire. Les deux méthodes utilisées aujourd'hui, la méthode par compression et celle par dépression, relèvent malgré un principe différent du même phénomène, à savoir la création d'une hyperpression veineuse qui se transmet aux capillaires. Actuellement on préfère les méthodes par dépression confortables pour le malade et de standardisation aisée. La fragilité capillaire peut être plus ou moins prononcée, elle survient dans un grand nombre d'affections comme signe principal ou symptôme d'accompagnement. Au point de vue physiopathologique nous pouvons distinguer: 1) les anomalies pariétales propres comme dans la maladie de Rendu-Osler qui est une dystrophie vasculaire héréditaire, ou bien des lésions acquises comme dans le scorbut, lors des septicémies à germes toxigènes ou encore lors de certaines affections générales telles que les grandes urémies chroniques. 2) les modifications hémodynamiques surtout l'hypertension veineuse. 3) les anomalies de régulation de la résistance capillaire comme dans le diabète par la carence en insuline ou encore le purpura fulminans de Henoch en rapport avec une insuffisance surrénale aiguë. 4) les perturbations du film endo-endothélial par manque de fibrinogène, altération plaquettaire ou déficit de certains facteurs plasmatiques comme dans le traitement par les antivitaminés K.

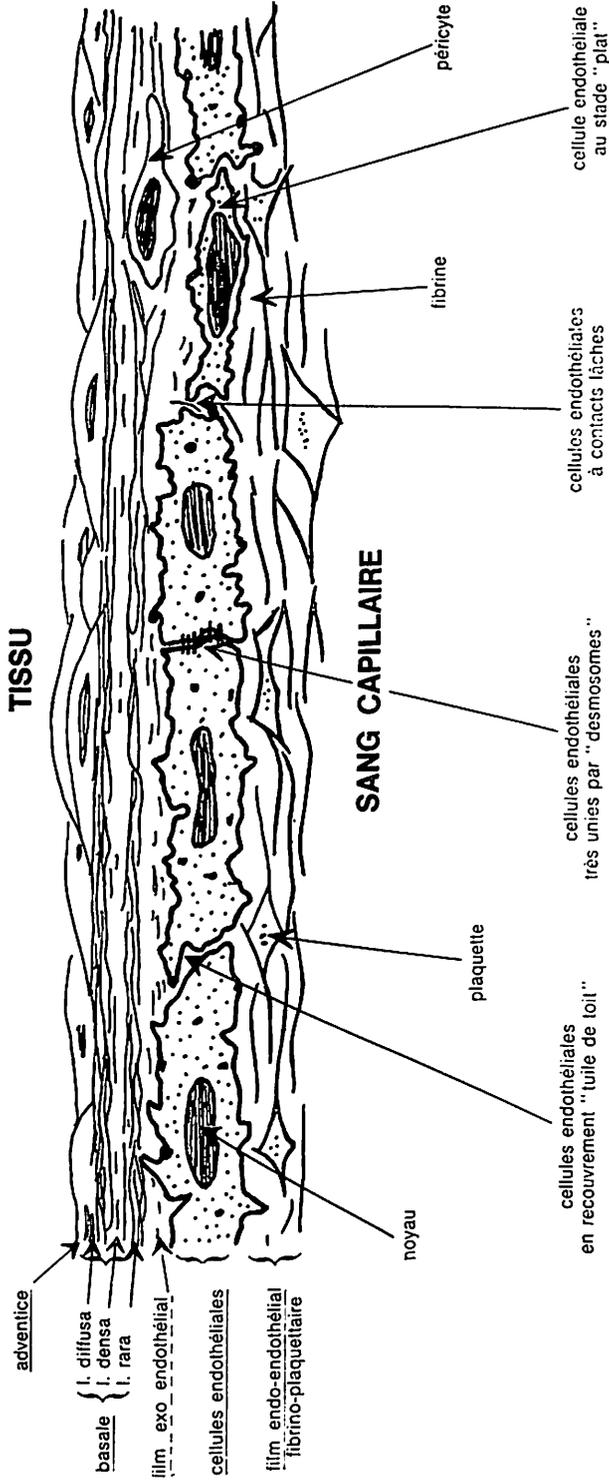


TABLEAU I

(dans: Le Capillaire et sa pathologie, J. G. Bernard, J. Migne et P. Picard, Ed. Lépine, Paris, 1968)

Schéma de l'organisation de la paroi capillaire (coupe longitudinale)

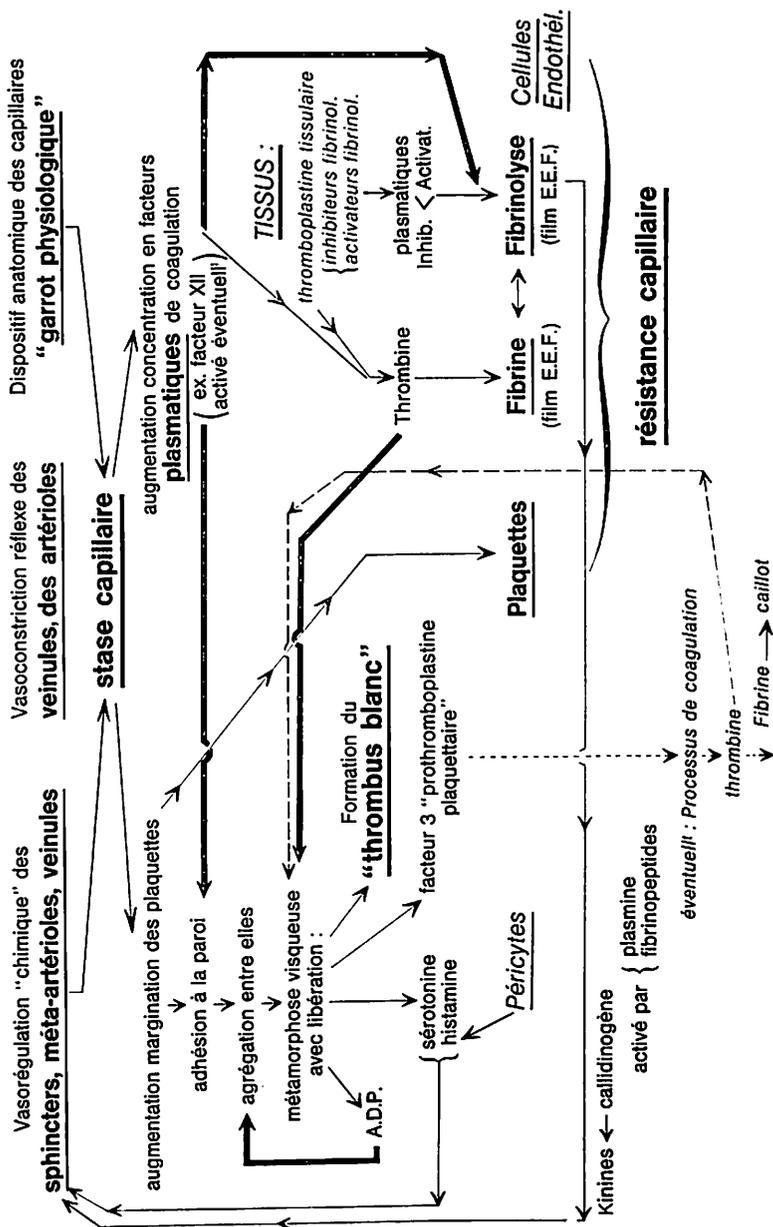


TABLEAU II

(dans: Le Capillaire et sa pathologie, J. G. Bernard, J. Migne et P. Picard, Ed. Lépine, Paris, 1968)
Temps pariétal de l'hémostase

Le temps de saignement est un test de signification beaucoup plus complexe et qui est influencé par tous les facteurs intervenant dans le temps pariétal de l'hémostase — intégrité capillaire, vasoconstriction, formation du thrombus blanc, thromboplastinoformation — et dont la résistance capillaire n'est qu'un des éléments (tableau No II). Temps de saignement et résistance capillaire évoluent le plus souvent ensemble, mais ils peuvent être dissociés comme dans certaines angiopathies où la fragilité capillaire est manifeste alors que le temps de saignement est normal. La méthode d'Ivy modifiée par Borchgrevink semble être la plus sensible.

En revenant sur le tableau No II on voit que les plaquettes jouent un rôle de premier plan par leur contribution à la formation du film endothélial, par la libération du facteur plaquettaire 3 et d'amines vaso-actives ainsi que les produits absorbés dans l'atmosphère périplaquettaire. L'élément important d'orientation dans l'interprétation d'un allongement du temps de saignement sera donc l'étude des plaquettes sanguines (tableau No III).

TEMPS DE SAIGNEMENT ALLONGÉ			
NUMÉRATION DES PLAQUETTES			
abaissée	normale		augmentée
<u>THROMBOPENIE</u>	ANOMALIE D'UNE	ABSENCE D'UNE	<u>THROMBOCYTHEMIES</u>
NF sanguine	FONCTION PLAQUETT.	ANOMALIE PLAQUETT.	
Myélogramme	<u>THROMBOPATHIE</u>	<u>ANGIOPATHIES</u>	
Test d'inhibition	Adhésivité	SANS	AVEC
Labo Isotopes	Agrégation	Atteinte plasmatique	
Immuno-Hématologie	Libération fact. 3	<u>ANGIOPATHIES PURES</u>	<u>ANGIOHEMOPHILIES</u>
	Rétraction		
	TEG		

TABLEAU III

En présence d'une thrombopénie, c'est-à-dire pour un chiffre de plaquettes au-dessous de 100 000 mm³, on fera d'abord une numération-formule sanguine pour voir si les autres lignées sont touchées elles-aussi et un myélogramme qui précisera l'origine médullaire ou périphérique du trouble. Le laboratoire d'hémostase vérifiera par un test d'inhibition s'il y a présence ou non d'un facteur toxique plasmatique, le biophysicien déterminera la durée de vie des plaquettes et leur lieu de séquestration préférentiel, l'immuno-hématologiste recherchera un conflit antigène-anticorps. Rappelons qu'il faut en général un nombre de plaquettes au-dessous de 10 000 mm³ pour que les troubles biologiques soient au complet et que la thrombopénie fasse saigner.

Lorsque le nombre des plaquettes est normal on recherchera une thrombopathie par l'étude de la morphologie des plaquettes et de leurs principales fonctions — adhésion, agrégation, libération du facteur plaquettaire 3, structuration et rétraction du caillot de fibrine (tableau No IV). Le diagnostic différentiel des diverses thrombopathies est schématisé sur le tableau No V.

PLAQUETTES

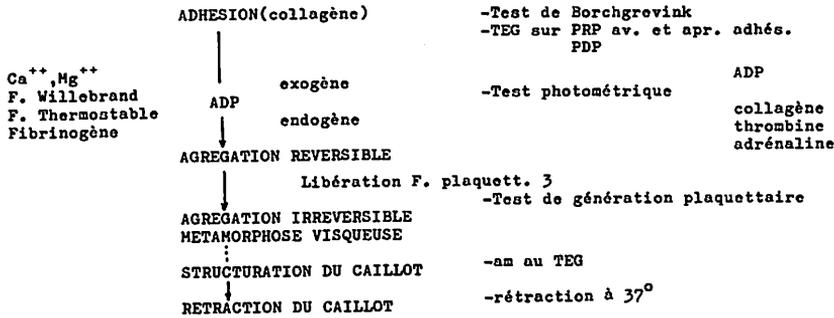


TABLEAU IV

	MORPHOL	ADHES.	AGREGAT.	LIBER F3	RETRACT.	AM TEG
THROMBASTHENIE GLANZIANN	petit arr.	pert.	pert.	norm.	pert.	dim.
DIACYCLOTHROMBOPATHIE	grand arr.	pert.	pert.	norm.	pert.	dim.
DYSTROPHIE J. BERNARD	port.	norm.	norm.	pert.	norm.	norm.

TABLEAU V

En cas d'absence d'atteinte plaquettaire il s'agit ou bien d'une angiopathie ou, s'il y a un déficit associé d'un facteur plasmatique, d'une angiohémophilie type maladie de Von Willebrand-Jurgens.

Les thrombocythémies elles-aussi s'accompagnent paradoxalement d'une tendance hémorragique due à des troubles variés en particulier de la fonction des plaquettes.

Dans un deuxième temps il faudra évaluer les répercussions de ces divers troubles sur la coagulabilité globale qu'on recherche à l'aide du

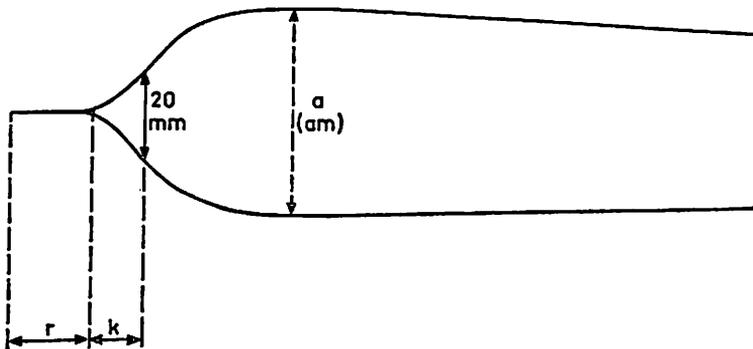


TABLEAU VI

(dans: L'Hémostase. J. Caen. M.-J. Larrieu et M. Samama. L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)

Thromboélastogramme. Diagramme normal.

FACTEURS	SYNONYMES *
I	Fibrinogène
II	Prothrombine
III	Thromboplastine tissulaire
IV	Calcium
V	<i>Proaccélérine</i> . Facteur labile
	Ac-globuline
VII	<i>Proconvertine</i> — SPCA
VIII	<i>Facteur antihémophilique A</i> globuline antihémophilique
IX	<i>Facteur antihémophilique B</i> Christmas Factor — PTC
X	<i>Facteur Stuart</i> , Prower Factor
XI	<i>Plasma Thromboplastin Antecedent</i> (PTA)
XII	<i>Facteur Hageman</i> , Facteur Contact
XIII	<i>Facteur stabilisateur de la fibrine</i> (FSF), Laki-Lorand Factor, Fibrinase.

* En italique, le synonyme le plus couramment utilisé.

TABLEAU VII

(dans: L'Hémostase. J. Caen, M.-J. Larrieu et M. Samama.
L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)
Facteurs de coagulation. Synonymes.

temps de Howell ou temps de recalcification plasmatique et de ses variantes sensibilisées tel le test de tolérance à l'héparine ou encore par l'étude thromboélastographique qui permet la mesure du temps d'apparition et du mode évolutif des structures fibrineuses du caillot. Le diagramme normal du TEG a la forme d'un diapason où l'on distingue trois constantes r, k et am. Les constantes longitudinales (tableau No VI) r et k (souvent mesurées simultanément) correspondent à un temps de coagulation sensibilisé, la constante transversale am est sous la dépendance du nombre et de la fonction des plaquettes, du taux de fibrinogène et du facteur XIII.

Nous en venons maintenant au temps plasmatique de la coagulation. Sur le tableau No VII on a la liste des différents facteurs avec leurs synonymes tels qu'ils ont été retenus par l'«International Committee on Hemostasis and Thrombosis». Classiquement on distingue 3 phases dans le temps plasmatique: la thromboplastinofornation, la thrombinofornation et la fibrinofornation. Le mécanisme exact des deux premières prête toujours à discussion: selon les uns la thrombine est l'aboutissement d'une série de réactions en chaîne pour la plupart de nature enzymatique — c'est la théorie classique ou théorie des cascades. Selon les autres la transformation de la prothrombine serait uniquement un processus autocatalytique et presque tous les soi-disant facteurs seraient dérivés de cette dernière — c'est la théorie de Seegers et de son école. Quoi qu'il en soit, on distingue deux voies différentes dans l'activation de la prothrombine (tableau No VIII): la voie intrinsèque ou endogène appelée ainsi parce qu'elle ne fait appel qu'à des facteurs plasmatiques auxquels s'ajoute le facteur 3 plaquettaire, d'autre part la voie extrinsèque ou exogène, beaucoup plus simple, beaucoup plus rapide, ne faisant appel qu'à un nombre limité de

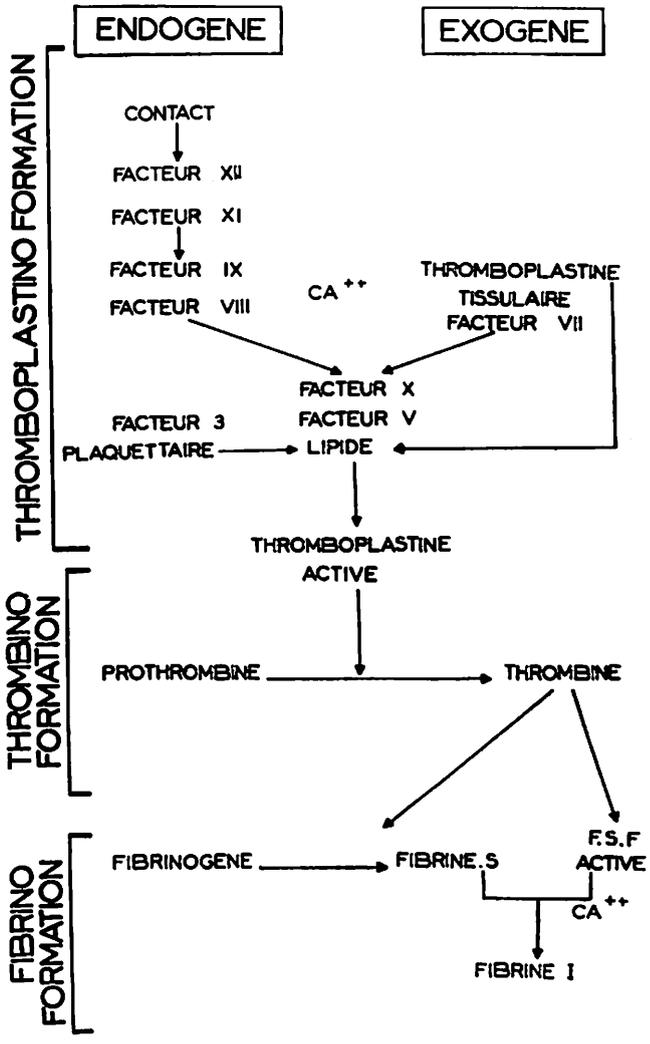


TABLEAU VIII

(dans: Examens de laboratoire en hématologie. P. Boivin, J.-P. Lévy et P. Lortholary. Rev. Praticien, 14, No. 34, 1964)
Schéma de la coagulation

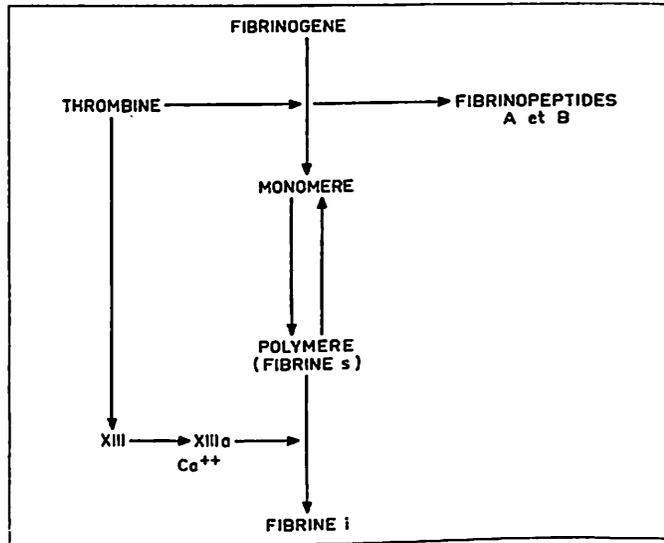


TABLEAU IX

(dans: L'Hémostase. J. Caen, M.-J. Larrieu et M. Samama.
L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)
La fibrinoformation

facteurs. La fibrinoformation s'opère sous l'action de la thrombine qui provoque une rupture de la chaîne linéaire de la molécule du fibrinogène, le transformant en un monomère susceptible de se polymériser. L'agrégation des monomères de fibrine est un phénomène réversible; il existe des réactifs capables de scinder les liaisons et de redissoudre l'aggrégat — p. ex. une solution 5 M d'urée. La formation ultérieure de la fibrine vraie ou insoluble nécessite la participation du facteur XIII qui est activé par la thrombine et n'agit qu'en présence de calcium (tableau No IX).

La thromboplastinoformation endogène est longue et difficile à explorer. Le PTT (Partial Thromboplastin Time) est un bon «screening»-test qui mesure d'un façon globale les facteurs plasmatiques à l'exclusion des facteurs plaquettaires. D'autre part toute anomalie de la thromboplastinoformation endogène entraîne une diminution de la consommation de la prothrombine de sorte que la quantité retrouvée dans le sérum après un certain temps est proportionnelle à l'importance du déficit en cause: c'est le test de consommation de la prothrombine. Le test de génération de la thromboplastine selon Biggs et Douglas précise la nature exacte du déficit et permet d'en chiffrer l'intensité. Il consiste à mettre en présence trois réactifs — plaquettaire, plasmatique absorbé et sérique — réunissant tous les facteurs nécessaires à la formation de la thromboplastine et à en mesurer l'activité et la vitesse d'apparition. Si on se limite à l'étude des seuls facteurs plasmatiques, on peut remplacer le réactif plaquettaire par une suspension de céphaline. Le plasma absorbé sur sulfate de baryum ou hydroxyde d'aluminium contient les facteurs V et VIII et une partie des facteurs XI et XII (tableau No X). Dans le sérum nous retrouvons les fac-

teurs VII, IX, X, XI et XII; le reste a été consommé ou dénaturé pendant la coagulation du plasma. On réalise différentes mixtures plasma-sérum à tester et standard. Les résultats sont exprimés sous forme d'une courbe montrant le raccourcissement progressif des temps de coagulation d'un plasma substrat ou mieux encore en pourcentage de thromboplastine formée par rapport à un étalon. Un retard ou une diminution de la génération de thromboplastine traduit une anomalie du système intrinsèque (tableau No XI). La connaissance du taux en facteur VIII ou IX est primordial, puis-

PLASMA ABSORBE CONTIENT : fact. V VIII XI XII
 SERUM CONTIENT : fact. VII IX X XI XII

MIXTURE :	PLASMA MALADE SERUM MALADE	PLASMA MALADE SERUM NORMAL	PLASMA NORMAL SERUM MALADE
HEMOPHILIE A	path.	path.	norm.
HEMOPHILIE B	path.	norm.	path.
DEFICIT FACT. X	allongé	norm.	allongé
DEFICIT FACT. XI et XII	path.	norm.	norm.
"HEMOKORPERHAMOPHILIE"	path.	path.	path.

TABLEAU X

FACTEURS	PRESENCE DANS SERUM	STABILITE IN VITRO	DEMI-VIE	ADSORPTION AL(OH) ₃
I	-	bonne	4 jours	-
II	1 - 7%	bonne	2-3 jours	+
V	-	mauvaise	12-15 heures	-
VII	+	bonne	2-5 heures	+
VIII	-	mauvaise	8-14 heures	-
IX	+	bonne	30 heures	+
X	+	très bonne	30-40 heures	+
XI	+	bonne		±
XII	+	bonne		-
XIII	10%	bonne	4-5 jours	-

TABLEAU XI

	% DE LA NORMALE	HEM. APRES MI- CROTRAUMAT.	HEMARTHROSES HEM. MUSCU- LAIRES	HEM. APRES GROS TRAU- MAT.	TC	HOWELL	TEG
FORME GRAVE	0-1	++	++	++	+	+	+
FORME MOYENNE- MENT GRAVE	1-5	(+)	+	+	0	(+)	(+)
FORME LEGERE	5-15	0	(+)	+	0	0	(+)
SUBHEMOPHILIE	15-35	0	0	+	0	0	0

TABLEAU XII

que c'est lui qui détermine le pronostic des hémophilies et le schéma thérapeutique en cas d'hémorragie (tableau No XII et XIII). D'autre part il faudra rechercher des anticoagulants circulants qui pourraient entraver le succès de la thérapeutique substitutive. La mesure de l'activité «contact» après activation standard par une surface mouillable permet une estimation quantitative d'un déficit en facteur Hagemann et PTA. Le facteur XI peut être dosé séparément sur un plasma absorbé par la célite.

La thromboplastinoformation exogène se mesure par le temps de Quick ou temps de recalcification d'un plasma citraté ou oxalaté en présence d'un excès de thromboplastine tissulaire. Le test de Quick explore les facteurs II, V, VII et X mais aussi les antithrombines et le fibrinogène. C'est une méthode simple, de routine, mais peu sensible et sujette à erreur. Les facteurs II et V peuvent être étudiés séparément en répétant le temps

	TAUX NECESSAIRE	SUBSTITUTION	
	EN FACT. VIII/IX	HEMOPHILIE A	HEMOPHILIE B
I HEMARTHROSES HEM. MUSCULAIRES HEM. GASTRO-INTESTINALES EXTRACTION DENTAIRE MORSURES, PLAIES	10-20% pendant 48-72 h.	Demi-vie 4-8 h. Plasma antihémophilique ou Plasma frais	12 h.
II a) HEM. CEREBRALES HEM. PERITONEALES OPERATIONS MOYENNES FRACTURES	20-50% pendant 4-7 jours	Fract. Cohn I Plasma cryoprécipité AHG (human) AHF (human) method four	PFSB
b) OPERATIONS IMPORTANTES	50% et plus pendant 10-14 jours	AHF (human) four AHG (animal) porc, boeuf	PFSB

TABLEAU XIII

	II	V	VII	X
Plasma normal	Présent	Présent	Présent	Présent
Plasma oxalaté adsorbé SO ₄ Ba	Absent	Présent	Absent	Absent
Plasma vieilli	Présent	Absent	Présent	Présent
Plasma de boeuf filtré sur Seitz	Présent	Présent	Absent	Absent
Sérum	Absent	Absent	Présent	Présent

TABLEAU XIV

(dans: L'Hémostase. J. Caen, M.-J. Larrieu et M. Samama.
L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)
Caractères des Facteurs II, V, VII et X

de Quick avec un réactif artificiel contenant tous les facteurs de la thromboplastinoformation à l'exception de celui qu'on veut doser. Le tableau No XIV montre le principe de la préparation des différents réactifs utilisés. Dans le système du temps de Quick l'activité des facteurs VII et X est indissociable. Or en ajoutant à un plasma de boeuf, dépourvu des facteurs VIII et X, du venin de vipère Russel (Stypven) doué d'une activité analogue à celle de la thromboplastine tissulaire et du facteur VII, la réaction ne dépendra plus que du seul facteur X: c'est le temps de Stypven. Le tableau No XV donne une vue synoptique sur le diagnostic différentiel d'un allongement du temps de Quick. La méthode proposée par Owren permet la mesure simultanée des 4 facteurs de la coagulation déprimée par les antivitamines K — facteurs II, VII, IX et X.

A	ERREUR TECHNIQUE	Prélèvement partiellement coagulé Durée et température de conservation Présence d'anticoagulant (héparine) Optimum calcique Réactif thromboplastine Variations de l'hématocrite (polyglobulie)
B	EN DEHORS DE TOUT DÉFICIT EN II, V, VII et X	Fibrinogène inférieur à 0,80 g/litre
C	a) DÉFICIT ISOLÉ EN FACTEUR II, V, VII ou X b) DÉFICIT ASSOCIÉ EN II, VII, X (réagissant à la vitamine K) c) DÉFICIT ASSOCIÉ EN II, V, VII, X	} Congénital } Acquis (amylose (X)) } Traitement par les dicoumarines } Ictère par rétention } Maladie hémorragique du nouveau-né } Trouble résorption intestinale (fistules, } antibiotiques, sprue) } Insuffisance hépatique (hépatite) } Syndromes fibrinolytiques } Défibrination in vivo par coagulation i.v. } Syndromes variés : leucémies, polyglobulies, } thrombocythémies
D	ANTICOAGULANT	Antithromboplastine ou anti-facteur X Antithrombine

TABLEAU XV

(dans: L'Hémostase. J. Caen, M.-J. Larrieu et M. Samama.
L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)

*Diagnostic étiologique d'un allongement du temps de Quick.
Tableau synoptique.*

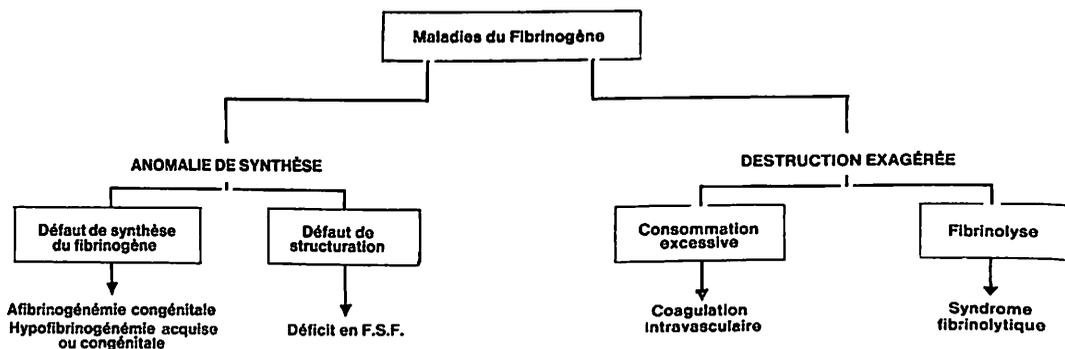


TABLEAU XVI

(dans: Le Diagnostic actuel des maladies hémorragiques.
M. Samama et R. J. Prost. Rev. Praticien, 16, No. 12bis, 1966)

Différentes étiologies des maladies du fibrinogène.

Les maladies du fibrinogène constituent un des chapitres les plus récents dans l'étude des diathèses hémorragiques. Elles peuvent être la conséquence — comme le schématise le tableau No XVI — soit d'une anomalie de synthèse du fibrinogène ou du facteur XIII, soit une destruction exagérée du fibrinogène par fibrinolyse ou encore une consommation accrue. Le temps de thrombine, c'est-à-dire le temps de coagulation d'un plasma citraté ou oxalaté en présence de thrombine, donne une première orientation: il explore la dernière phase de la coagulation à l'exclusion du facteur XIII. La discordance entre un taux de fibrinogène et un temps de thrombine normal et la mauvaise qualité du caillot évoque un déficit en ce dernier facteur, objectivé par la diminution de l'amplitude am du TEG et confirmé par l'épreuve de solubilité dans l'urée 5M. Un déficit en fibrinogène simple se rencontre comme anomalie congénitale ou encore dans le contexte clinique ou biologique d'une affection hépatique grave.

Les états fibrinolytiques rencontrés en pathologie sont déterminés par une activation exagérée du système lytique qui intervient physiologiquement dans la reperméabilisation des structures fibrineuses formées. Le plasma normal contient une globuline synthétisée au niveau du foie, le plasminogène (tableau No XVII). Dans certaines conditions le plasminogène se trouve activé en plasmine par des activateurs plasmatiques ou des kinases d'origine tissulaire, leucocytaire et bactérienne ainsi que par l'uokinase. La plasmine provoque une rupture irréversible des molécules de fibrine en fragments polypeptidiques dont certains, résumés sous le nom d'«antithrombine VI», possèdent une activité inhibitrice sur la coagulation. Elle attaque d'autre part le fibrinogène et les facteurs II, V, VII, VIII et X; les plaquettes ne sont pratiquement pas atteintes dans ce syndrome. Les étiologies d'une telle protéolyse sont multiples comme le montre le

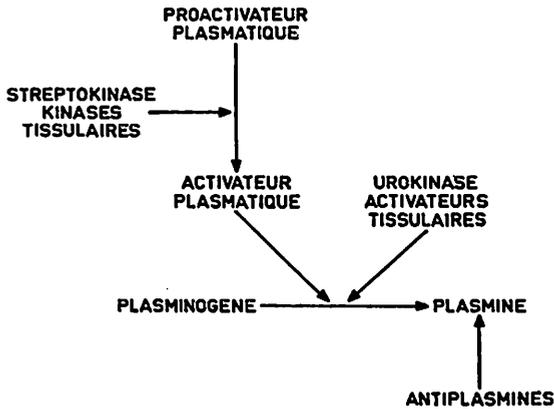


TABLEAU XVII

(dans: L'Hémostase. J. Caen, M.-J. Larrieu et M. Samama.
L'Expansion Scientifique, Paris, 1968)
Schéma de la fibrinolyse.

FIBRINOLYSES CHIRURGICALES :

- Chirurgie thoracique pulmonaire.
- Chirurgie pancréatique, utérine,
- Chirurgie des cirrhoses (anastomoses porto-caves).
- Chirurgie du carrefour cholédozien.
- Chirurgie cardiaque (à cœur ouvert avec circulation extracorporelle).
- Chirurgie prostatique.
- Choc hémorragique, brûlures et traumatismes étendus.

FIBRINOLYSES OBSTÉTRICALES :

- Décollement prématuré du placenta.
- Rétention de l'œuf mort.
- Embolie de liquide amniotique.
- Hématome rétroplacentaire.
- Avortements provoqués.
- Incompatibilités Rhésus.

FIBRINOLYSES TRANSFUSIONNELLES :

- Transfusions massives.
- Incompatibilités sanguines.

FIBRINOLYSES MÉDICALES :

- Hémopathies. Leucoses myéloïdes, leucoses aigüés.
- Maladie de Vaquez.
- Purpura fulminans.
- Atteinte du parenchyme hépatique (cirrhoses)
- Cancer métastatique de la prostate, du tube digestif, du pancréas.

FIBRINOLYSES THÉRAPEUTIQUES :

- Accidents de la thérapeutique thrombolytique.

TABLEAU XVIII

(dans: Le Diagnostic actuel des maladies hémorragiques.
M. Samama et R.-J. Prost. Rev. Praticien, 16, No. 12bis, 1966)
Etiologies du syndrome fibrinolytique.

tableau No XVIII. Le diagnostic se fait d'une part sur la baisse du fibrinogène, les modifications des facteurs plasmatiques surtout V et VIII et l'aspect typique en fuseau au TEG, d'autre part par les tests de lyse proprement dits tel le test de von Kaulla ou temps de lyse du caillot des euglobulines, procédé qui permet de séparer les inhibiteurs des activateurs de la fibrinolyse et de mesurer l'activité de ces derniers. C'est une méthode très sensible permettant de se faire une idée sur le caractère aigu, subaigu ou fruste du syndrome en question. Une fibrinolyse pouvant résulter outre un excès d'activateurs d'une baisse importante des inhibiteurs, on peut doser ces derniers dans le surnageant du précipité des euglobulines par TEG p. ex. après addition d'une activité lytique connue. Le plasminogène non activé peut être évalué soit par son pouvoir caséolytique soit par son pouvoir fibrinolytique.

La défibrination par consommation accrue est caractérisée par une coagulation intravasculaire diffuse avec précipitation massive de fibrine au niveau de la microcirculation. Il en résulte un syndrome de choc avec nécrose corticale bilatérale des reins, nécrose hépatique périportale et infarctissement hémorragique des surrénales. Cette fibrinofomation en avalanche entraîne une lyse des plaquettes et une consommation accrue des facteurs I, II, V et X; le sang devient incoagulable par la transformation in vivo du plasma en sérum. La fibrinolyse réactionnelle se trouve le plus souvent largement débordée et ceci d'autant plus si le système réticulo-endothélial est bloqué en même temps. L'exemple classique en est le phénomène de Sanarelli-Schwartzmann chez le lapin: l'injection intra-veineuse d'endotoxine de bactéries gram négatives répétée après un intervalle déterminé, entraîne endéans les 24 heures un choc irréversible avec une diathèse hémorragique très marquée. On peut schématiser les circonstances étiologiques d'un tel syndrome en pathologie humaine comme suit: libération d'activateurs (amines biogènes, endotoxines . . .) dans le choc, la septicémie, le purpura fulminans, la maladie de Moschcowitz et le syndrome de Waterhouse-Friderichsen; déversement dans le courant sanguin de thromboplastines lors du décollement prématuré du placenta, de l'embolie amniotique, du missed abortion, des carcinomes et leucémies, lors d'interventions sur les poumons, le pancréas, la prostate ou lors d'un accident de transfusion; enfin activation de contact par circuit extracor-

	fibrinolyse primaire	coagulation intravasculaire	coagul. intrav. + fibrin. secondaire
Plaquettes	normales	diminué	diminuées
Facteur II	diminué	diminué	diminué
V	diminué	fort. diminué	fort. diminué
VIII	diminué	fort. diminué	fort. diminué
X	diminué	diminué	diminué
PTT	allongé	allongé	allongé
Temps de Quick	allongé	allongé	allongé
Temps de thrombine	allongé	normal/peu allongé	allongé
Lyse des euglobulines	augmentée	normale	augmentée
Plasminogène	diminué	normal	diminué

TABLEAU XIX

porel ou au niveau d'un hémangiome (syndrome de Kasabach-Merritt). Le tableau No XIX résume les données comparatives biologiques d'un syndrome fibrinolytique primaire, d'une défibrination par consommation accrue et d'une coagulation intravasculaire avec syndrome fibrinolytique secondaire — il faut y ajouter la recherche des produits de dégradation du fibrinogène par le «Fi-test» pratiqué sur le sérum du malade — leur présence plaide en faveur d'une fibrinolyse accrue soit primaire soit secondaire — ainsi que la détermination des produits intermédiaires de la fibri-noformation à l'aide de l'«ethanol gel test» qui semble être un moyen simple et spécifique pour dépister une coagulation intravasculaire en cours. La précision du diagnostic est essentielle, la fibrinolyse et la défibrination par consommation accrue conduisant à des conclusions thérapeutiques bien différentes: utilisation des antilytiques (trasylo1, ac. epsilon-aminocaproïque, amca, pamba . . .) en cas de lyse accrue, héparine dans la coagulation intravasculaire pour stopper la formation et la précipitation de la fibrine.

Une situation un peu analogue à la consommation accrue se retrouve dans la coagulopathie dite par dilution faisant suite à la transfusion massive de sang conservé: les plaquettes du sang conservé en effet perdent en-déans les 24 heures la plus grande partie de leur activité, d'autre part nous connaissons la grande labilité des facteurs V et VIII qui ont une durée de vie de quelques heures seulement: par la transfusion massive de sang conservé en cas d'hémorragie on crée donc une coagulopathie artificielle par déficit en ces trois facteurs importants. S'y ajoute l'action anticoagulante du citrate contenu dans le flacon de sang comme moyen de conservation.

Mais si en présence d'accidents hémorragiques on ne peut plus se passer d'une étude biologique, l'examen clinique approfondi reste primordial et, bien conduit, il apporte des données d'une importance capitale surtout au point de vue étiologique en précisant 3 notions fondamentales — la nature de l'accident hémorragique, le contexte clinique et le caractère congénital ou acquis de l'affection en cause, et le cas échéant, son mode de transmission génétique.

Adresse de l'auteur: 10, boulevard Royal, Luxembourg.

Aristocilline K

Thérapeutique pénicillinique et sulfamidée par voie orale.
Large spectre de l'association s'étendant aux Gram-positifs
et Gram-négatifs.

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

Action importante complémentaire protectrice: la pénicilli-
nase est inactivée par le sulfamoxol.

Tolérance remarquable.

Sécurité thérapeutique et posologie simplifiée.

Présentation: Tube de 12 comprimés

S.A. LIBRAPHARM

27, Avenue Brugman - Tél. (02) 37.70.98
BRUXELLES 6

Calonat
Wenn
Grippe
naht



Mittel gegen Erkältungen und
Grippe. CALONAT aktiviert die
natürlichen Abwehrkräfte des
Körpers, bekämpft Infektion, Ent-
zündung und Fieber und wirkt
gleichzeitig entgiftend und
schmerzlindernd.

37°!

...dès les premiers symptômes

Trimedil®

une formule nouvelle
contre les refroidissements

Lab. Zyma-Galen S.A.
Bruxelles 2

Etui de 20 dragées Fr. 39



Mit der broxodent beginnt die optimale Vorbeugung gegen Parodontopathien.



Die broxodent sorgt
aber nicht nur für scho-
nende Massage des Zahnflei-
sches, sondern auch für gründliche
Reinigung der schwer zugänglichen
Zahn-Zwischenräume.

Gesunde Zähne und gesundes Zahn-
fleisch sollte Ihrem Patienten deshalb
eine broxodent wert sein.

broxodent®

Blend-a-med Forschung, Mainz

INTEGRAL S.A. Luxembourg-25, rue d'Eprenay

LA CIRCULATION DES PERIODIQUES MEDICAUX ETRANGERS AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

R. SCHAUS et A. MICHELS

Un des moyens capitaux de formation continue, indiscutablement le plus accessible au corps médical luxembourgeois, est représenté par les publications périodiques de la presse médicale. Il n'est pas indifférent de connaître la provenance de l'information qu'elle distille, puisque sa qualité conditionne celle de l'éducation permanente et que son origine indique les influences internationales dont elle est le véhicule.

Voilà pourquoi nous avons estimé intéressant de nous livrer à une enquête auprès des membres de la Société des Sciences Médicales, qui groupe, outre les médecins, les médecins-dentistes, les médecins-vétérinaires et les pharmaciens. Etant donné l'absence de Faculté de Médecine dans notre pays, tous ont fait leurs études à l'étranger. Tous sont tributaires de revues scientifiques étrangères pour tenir leurs connaissances à jour. Nous ne reviendrons plus sur le fait que tous reçoivent également le Bulletin de la Société des Sciences Médicales, seule revue médicale scientifique dans ce pays.

MODALITES DE L'ENQUETE

Vers la fin de l'année 1970, nous avons expédié à nos membres un questionnaire à remplir pour détailler les titres des revues médicales scientifiques (à l'exclusion de celles consacrées aux problèmes de la profession) dont ils reçoivent un service régulier.

Nous leur avons demandé de ne pas énumérer les publications reçues de la part de laboratoires pharmaceutiques — certaines de bonne tenue scientifique, d'autres à climat surtout publicitaire, ou encore artistique et folklorique — puisqu'elles n'impliquent aucun choix. Nous avons également voulu faire abstraction de publications à périodicité étalée ou avec des mises à jour régulières, ayant décidé de tracer la ligne de démarcation en-deça de ces publications intermédiaires entre le livre et la presse périodique. Ainsi n'avons-nous pas retenu des ouvrages tels que les Year Books, l'Encyclopédie Médicochirurgicale, etc. dont plusieurs médecins sont détenteurs.

Connaissant l'exquise susceptibilité de nos membres et leur horreur de toute intrusion dans ce qu'ils pouvaient considérer comme leur sphère personnelle, nous avons pensé augmenter les chances de notre enquête en suggérant que les formulaires soient renvoyés non signés. Pour la même raison nous n'avons pas posé à nos membres la question de savoir à quelle spécialité ils appartiennent éventuellement, voulant éviter tout soupçon de comparaison à connotation qualitative. Nous avons dès le départ parfaitement conscience de nous priver ainsi d'un certain nombre de renseignements utiles. Par contre, pour ne pas renoncer à trop d'entre eux, l'année de naissance de l'expéditeur était à inscrire sur chaque réponse.

Voulant atteindre tous les secteurs entrant en ligne de compte, nous avons également envoyé le formulaire aux institutions suivantes:

Direction de la Santé Publique, Luxembourg
Clinique Pédiatrique de l'Etat, Luxembourg

Institut d'Hygiène et de Santé Publique, Luxembourg
 Maison de Santé, Ettelbruck
 Maternité Grande-Duchesse Charlotte, Luxembourg
 Sanatorium de Vianden
 Sanatorium de Betzdorf
 Laboratoire Vétérinaire de l'Etat, Luxembourg
 Administration Centrale de l'ARBED, Service Médical du Travail, Luxembourg
 Centre Culturel Français, Luxembourg
 Bibliothèque de la Société des Sciences Médicales, Luxembourg.

DEGRE DE LA REPONSE

Le tableau I résume le nombre de réponses par rapport au nombre des personnes contactées. Le pourcentage des réponses, selon les quatre subdivisions, peut être considéré comme ayant la valeur d'un «indice de collaboration».

TABLEAU I

Membres de la Société des Sciences Médicales contactés et réponses reçues *

	membres contactés	réponses reçues	%
Médecins	341	163	47,8
médecins-dentistes	102	61	59,8
pharmaciens	127	42	33
médecins-vétérinaires	46	20	43,4
Total	616	286	46,4

* Enquête commencée le 16 septembre 1970 et terminée le 20 novembre 1970.

Le fait que moins de la moitié des membres aient manifesté leur intérêt pour l'enquête, en limite évidemment beaucoup la portée statistique. On peut néanmoins admettre qu'elle a recensé la plupart des titres, et que ce n'est pas dans la majorité silencieuse que se recrutent les abonnés les plus enthousiastes et les lecteurs les plus acharnés.

Si, donc, un certain nombre de données nous échappent manifestement, celles dont nous disposons sont suffisantes pour suggérer une impression générale basée sur des faits précis encore qu'incomplets.

Contrairement à ce qu'ils avaient été priés de faire, trop de membres ont négligé d'indiquer l'année de leur naissance, en sorte que les comparaisons selon l'âge ne se sont malheureusement pas révélées praticables.

RESULTATS

Le tableau II donne une idée du nombre de revues reçues par personne. Ceux qui ont expressément affirmé n'en recevoir aucune, ont manifesté l'esprit de collaboration le plus développé, puisque la négativité de leur réponse ne leur a pas paru suffisante pour les dispenser de renvoyer le questionnaire.

Le tableau III et les figures 1a, 1b, 1c, 1d concernent la classification par pays d'origine. On constate que pour les publications médicales à proprement parler, la France mène de loin, suivie dans l'ordre décroissant par l'Allemagne, les Etats-Unis d'Amérique, la Belgique, la Suisse et la Grande-Bretagne. La suprématie française est plus frappante encore lorsqu'on considère le nombre des abonnements plutôt que celui des titres, ceci tenant au succès de l'une ou l'autre revue française particulièrement

prise. Quant aux médecins-dentistes, ils manifestent une préférence pour les revues allemandes, du moins dans l'échantillon à notre disposition.

Nous avons jugé utile de regrouper les titres essentiels selon la spécialité. Cela a été fait dans le tableau IV.

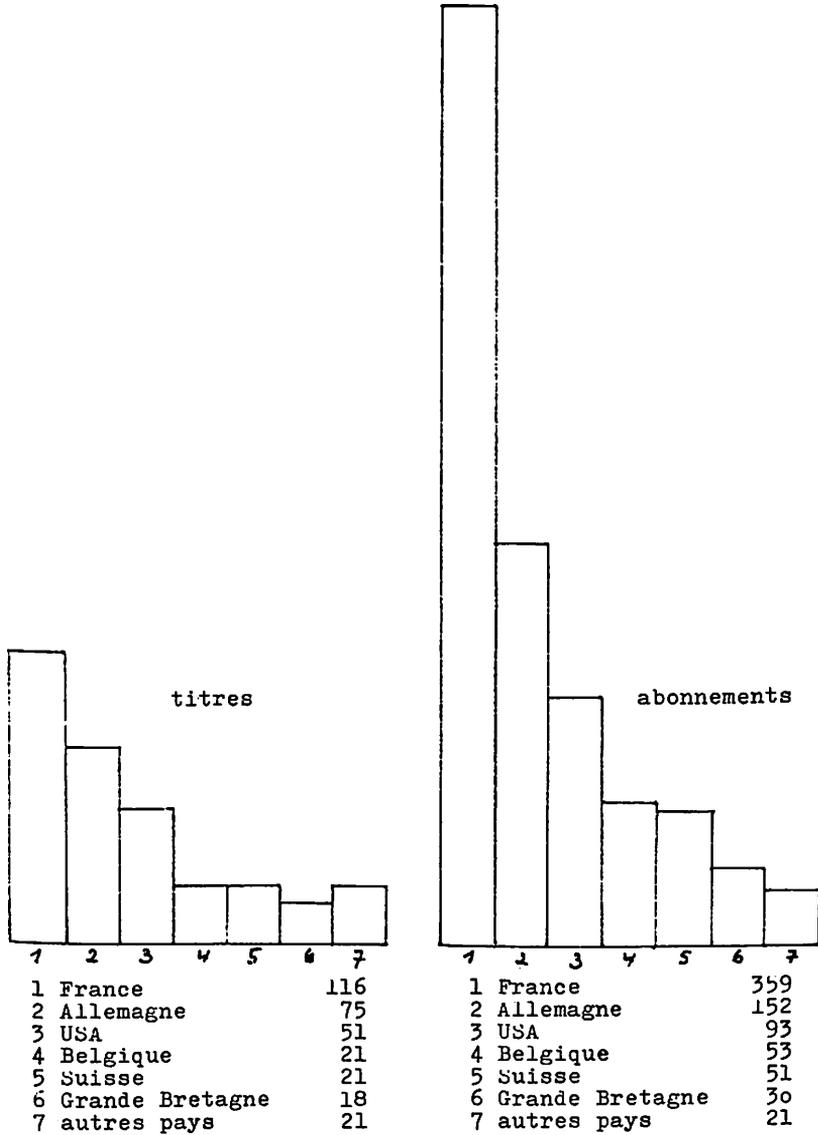


FIGURE 1a

Répartition graphique des revues et abonnements selon les pays d'origine
Médecins

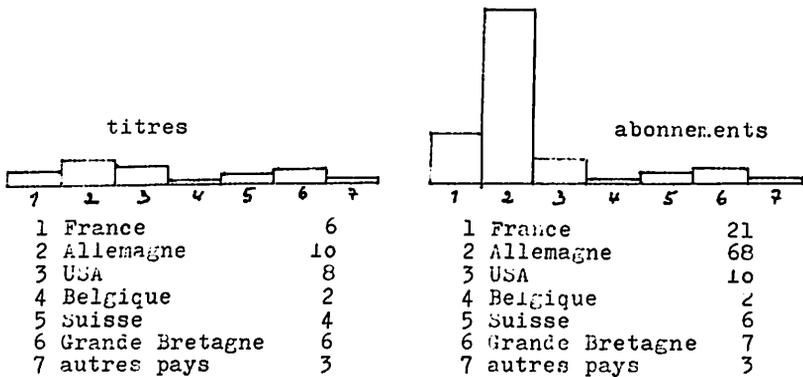


FIGURE 1b
Médecins-dentistes

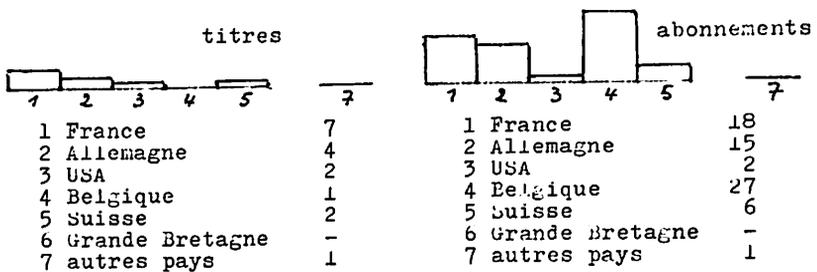


FIGURE 1c
Pharmaciens

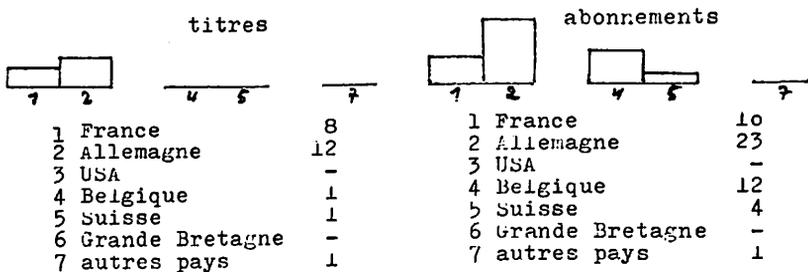


FIGURE 1d
Médecins-Vétérinaires

CONCLUSIONS

Nous reconnaissons volontiers le caractère incomplet de cette enquête, en raison du nombre trop faible de réponses. Il est cependant tentant d'admettre que ceux qui ont accepté de bonne grâce le dialogue auquel ils étaient conviés, représentent la fraction dynamique des membres de la Société des Sciences Médicales, et que leur rôle dans la vie médicale luxembourgeoise est prépondérant. Dégager des notions sur la provenance et la qualité de leurs moyens réguliers d'information ne nous a pas paru dénué d'intérêt.

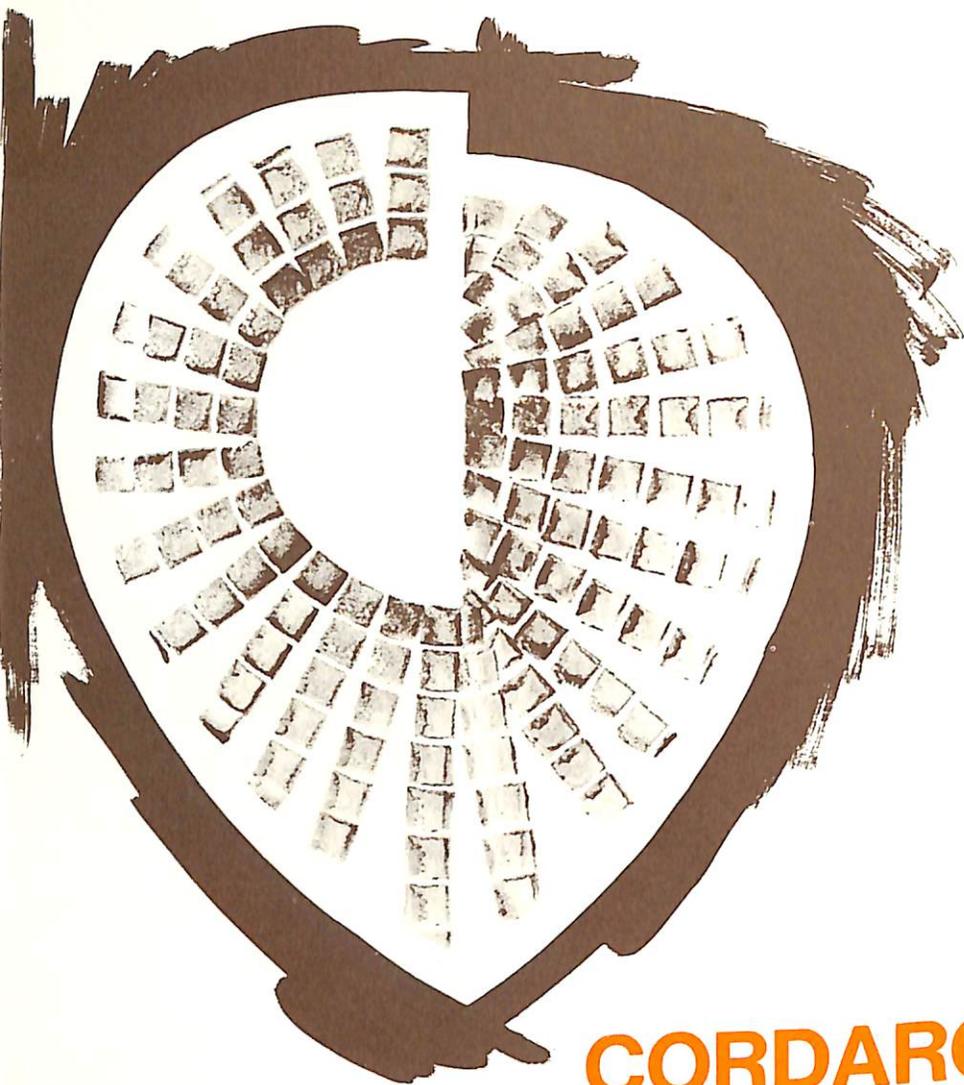


MERINAX®

HYPNOGÈNE D'INDUCTION

PROCURE UN SOMMEIL PHYSIOLOGIQUE
SUIVI D'UN RÉVEIL DISPOS

LABAZ



CORDARONE®

S'OPPOSE AUX CAUSES DÉCLENCHANTES DES CRISES ANGINEUSES
PAR RÉDUCTION DU TRAVAIL CARDIAQUE
ET PAR DIMINUTION DU DEGRÉ D'APPEL A LA RÉSERVE CORONAIRE

LABAZ
1, AVENUE DE BÉJAR, 1120 BRUXELLES

TABLEAU II

Nombre d'abonnements par personne

Médecins:	abonnés à 0 revue	= 11 médecins
"	1 "	= 19 "
"	2 revues	= 36 "
"	3 "	= 21 "
"	4 "	= 19 "
"	5 "	= 8 "
"	6 "	= 6 "
"	7 "	= 5 "
"	8 "	= 5 "
"	9 "	= 5 "
"	11 "	= 3 "
"	12 "	= 3 "
"	13 "	= 3 "
"	14 "	= 2 "
"	15 "	= 3 "
Médecins-dentistes:	abonnés à 0 revue	= 5 médecins-dentistes
"	1 "	= 17 "
"	2 revues	= 19 "
"	3 "	= 8 "
"	4 "	= 5 "
"	5 "	= 3 "
"	6 "	= 1 "
"	12 "	= 1 "

TABLEAU III

Classification des revues par pays d'origine		Annales de Pédiatrie	4
		Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale	3 (2)
MÉDECINS		Mémoires de l'Académie de Chirurgie	3
Nombre total des titres: 323		Archives de Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition	3
Nombre total des abonnements: 759		Gynécologie et Obstétrique	3 (2)
France:		Archives Français de Pédiatrie	3 (1)
Nombre des titres: 116		Journal de Radiologie et de Médecine Nucléaire	3
Nombre des abonnements: 359		Annales de Médecine Interne	2
	*	Archives de Maladies Professionnelles, de Médecine du Travail et de Sécurité Sociale	2 (1)
Revue du Praticien	51 (3)	Biologie - Pathologie	2 (1)
Annales Médicales de Nancy	39 (2)	Bulletin de la Société Internationale de Chirurgie	2
	+	Médecine Internationale	2
Presse Médicale	18 (4)	Nouvelle Revue Française d'Hématologie	2 (2)
Nancy Médical Postuniversitaire	13	Phlébologie	2
Strasbourg Médical	12 (1)	Progrès Médical	2
Semaine des Hôpitaux	8 (2)	* entre parenthèses nombre de revues à destination d'une institution.	
Coeur et Médecine Interne	8	Revue de l'athérosclérose et des artériopathies périphériques	2
Annales d'Oculistique	7	Revue de la Tuberculose	2
Concours Médical	7 (2)	Anesthésie, Analgésie, Réanimation	2
Journal de Chirurgie	6	Annales de l'Anesthésiologie Française	2
Revue Française de Gynécologie et Obstétrique	6	Cahiers d'Anesthésiologie	2
Les Cahiers du Collège de Médecine	5	Annales de Chirurgie et de Radiologie	2
Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux	5	Neuro-Chirurgie	2
Bulletin de la Société d'Ophtalmologie	5	Annales de Dermatologie et Bulletin de la Société de Dermatologie Réunion	2 (1)
Bulletin des Sociétés d'Ophtalmologues de France	5		
Assises de Médecine	4		
Gazette Médicale de France	4		
Lyon Chirurgical	4		
Revue Neurologique	4 (1)		
Clinique Ophtalmologique	4		
Annales l'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale	4		

Annales d'Endocrinologie	2	Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques	1
Bulletin de l'Association Nord-Lotharingienne de Gastro-Entérologie	2	Montpellier Chirurgical	1
Agressologie	2	Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie	1
Annales Médico-Psychiatriques	2 (1)	Annales de Gastro-Entérologie	1
Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et Hygiène Mentale	2	Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique	1
La Médecine Praticienne	2 (1)	Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française	1 (1)
Archives d'Ophthalmologie	2	Gynécologie Pratique	1
Conférences Lyonnaises d'Ophthalmologie	2	Evolution Psychiatrique	1
Cahiers d'ORL, Montpellier	2	Information Psychiatrique	1
Lyon Pédiatrie	2	Journal des Praticiens	1
Annales de Radiologie	2	L'Omnipraticien Français	1
Rhumatologie	2	Perfectionnement Privé et Permanent du Praticien	1
Revue du Rhumatisme et des Maladies Ostéo-Articulaires	2	Semaine du Praticien	1
Bulletin de la Société des Diplômés de Microbiologie de la Faculté de Médecine de Nancy	2 (1)	Société d'Ophthalmologie de l'Est de la France	1
Annales d'Anatomie Pathologique	1	Cahiers d'ORL, Olfactologia	1
Annales de Biologie Clinique	1	Journal Français d'ORL	1
Annales de Génétique	1	Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, Bordeaux	1
Annales d'Hydrologie et de Climatologie Médicales	1	Journal d'Orthopédie	1
Annales de l'Institut Pasteur	1	Revue de Chirurgie Orthopédique	1
Annales de Médecine Légale et de Criminologie (ou Médecine Légale et Dommage Corporel)	1	Revue Française d'Orthopédie	1
Archives d'Anatomie Pathologique	1 (1)	Médecine Infantile	1 (1)
Archives de Médecine du Travail	1	Pédiatrie	1 (1)
Bulletin de l'Académie de Médecine	1 (1)	Journal de Radiologie, d'Electrologie et Archives d'Electricité Médicale	1
Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer	1 (1)	Annales d'Urologie	1
Bulletin du Centre Homéopathique de France	1	Journal d'Urologie et de Néphrologie	1
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène	1 (1)	Rapport de la Société Française d'Urologie	1
Bulletin de l'Institut Pasteur	1 (1)		
Bulletin de la Société Française de Phlébologie	1	Allemagne	
Cahiers de Bibliographie Thérapeutique Française	1	(Nombre des titres: 75; nombre d'abonnements: 152).	
Cahiers Médicaux d'Auvergne	1	Therapie der Gegenwart	11 (1)
Journal Médical Mondial	1	Der Internist	7 (1)
Journal des Sciences Médicales de Lille	1	Ärztliche Praxis	6 (1)
Le Médecin de Réserve	1	Therapie-Woche	6
La Vie Médicale	1 (1)	Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde	5
Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture	1	Internistische Praxis	5 (1)
Rapport de la Société Internationale d'Urologie	1	Der Nervenarzt	5 (1)
Revue de Gynécologie et Anatomie Pathologique	1	Deutsche Medizinische Wochenschrift	4 (1)
Revue Française d'Allergie	1	Münchener Medizinische Wochenschrift	4
Revue des Corps de Santé des Armées	1	Chirurgische Praxis	4
Revue Internationale d'Education Sanitaire	1 (1)	Der Gynäkologe	4
Revue Médicale de Dijon	1	Praxis der Psychotherapie	4
Revue d'Hépatologie	1	Das Ärztliche Laboratorium	3 (2)
Revue de Médecine	1	Medizinische Klinik	3
Revue Pratique de Psychologie, de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale	1	Monatskurse für Ärztliche Fortbildung	3
Revue de Tuberculose et de Pneumologie	1 (1)	Praktische Anesthesie und Wiederbelebung	3
Annales de Chirurgie Cardio-Vasculaire	1	Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik	3
		Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie	3 (1)
		Deutsches Medizinisches Journal	2
		Medizinische Welt	2

Vitalstoffe, Zivilisationskrankheiten	2
Aktuelle Chirurgie	2
Berichte über die gesamte Geburtshilfe	2
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	2
Zeitschrift für Psychotherapie und Psychologie	2
Archiv für H. N. O. Krankheiten	2
Zeitschrift für ORL und Grenzgebiete	2
Monatsschrift für Kinderheilkunde	2 (1)
Pädiatrische Praxis	2 (1)
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen vereinigt mit Röntgenpraxis	2
Die Ärztliche Fortbildung	1
Ärztliche Mitteilungen	1
Allgemeine Homöopathische Zeitung	1
Archiv für die gesamte Virusforschung	1 (1)
Archiv für Hygiene und Bakteriologie	1 (1)
Atompraxis	1 (1)
Cytobiologie (Zeitschrift für experimentelle Zellforschung)	1 (1)
Deutsche Diabetiker-Zeitung	1
Der Hautarzt	1
Histochemische Methoden	1 (1)
Internationales Archiv für Gewebepathologie	1 (1)
Kartei der Praktischen Medizin	1
Medizinische Monatsschrift	1
Medizinisches Laboratorium	1
Praxis der Pneumologie und Tuberkulosearzt	1 (1)
Tägliche Praxis	1
Zeitschrift für Klinische Chemie	1 (1)
Zeitschrift für Rechtsmedizin	1 (1)
Zeitschrift für Rheumaforschung	1
Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz	1 (1)
Zentralblatt für Bakteriologie, Referate	1 (1)
Zentralblatt für die gesamte Rechtsmedizin und ihre Grenzgebiete	1 (1)
Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung und Erkrankungen der Atmungsorgane	1 (1)
Der Anesthesist	1
Anesthesiologische Praxis	1 (1)
Der Augenarzt	1
Der Augenspiegel	1
Der Chirurg	1
Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie	1
Archiv für Gynäkologie	1 (1)
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie	1 (1)
Zentralblatt für Gynäkologie	1 (1)
Dynamische Psychiatrie	1 (1)
Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie	1 (1)
Psychologische Rundschau	1 (1)
Psychopharmacologia	1 (1)
Archiv für klinische und experimentelle Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde	1
HNO - Wegweiser für die Fachärztliche Praxis	1
Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie	1

Kinderärztliche Praxis	1
Zeitschrift für Kinderchirurgie	1 (1)
Zeitschrift für Kinderheilkunde	1 (1)
Strahlentherapie	1
Aktuelle Urologie	1
Zeitschrift für Urologie	1
Etats Unis d'Amérique	
(Nombre des titres: 51; nombre des abonnements: 93).	
Journal of the American Medical Association (JAMA)	7 (3)
Mayo Clinic Proceedings	7 (1)
Medical Clinics of North America	6 (1)
American Heart Journal	3
American Journal of Obstetrics and Gynecology	3 (1)
Circulation	3 (1)
Lahey Clinic Bulletin	3 (1)
New England Journal of Medicine	3 (1)
Surgery, Gynecology and Obstetrics	3 (2)
American Journal of Cardiology	2
American Journal of Medicine	2 (1)
American Journal of Ophthalmology	2
Archives of Ophthalmology	2
Bulletin of the Menninger Clinic	2
Cancer	2 (1)
Cleveland Clinic Quarterly	2 (1)
The EEG Journal	2
Journal of Electromyography	2
Journal of Pediatrics	2 (1)
Pediatric Clinics of North America	2 (2)
Progress in Cardio-Vascular Diseases	2
Surgical Clinics of North America	2 (1)
Acta Cytologica	1
American Journal of Diseases of Children	1 (1)
American Journal of Gastro-Enterology	1
American Journal of Gynecology and Obstetrics	1 (1)
American Journal of Pathology	1 (1)
American Journal of Radiology	1
Anesthesia and Analgesia, Current Researches	1
Archives of Otolaryngology	1
Arthritis and Rheumatism	1
Blood, Journal of Hematology	1 (1)
Bulletin, Cardiovascular Research Center	1 (1)
Circulation Research	1
Clinical Chemistry	1
Clinical Obstetrics and Gynecology	1
Diabetes Index Abstracts	1
Digestion	1
Disease - a - Month	1 (1)
Gastroenterology	1 (1)
Human Pathology	1 (1)
International Journal of Cancer	1 (1)
International Journal of Gynecology and Obstetrics	1
Journal of Gerontology	1
Journal of Histochemistry and Cytochemistry	1 (1)
Journal of Reproductive Medicine	1
Journal of Urology	1
Modern Concepts of Cardiovascular Diseases	1
Plastic and Reconstructive Surgery	1
Public Health Reports	1 (1)
Survey of Anesthesiology	1

Philippines		Société Royale Belge de Médecine Dentaire	6
Acta Medica Philippina	1		
Portugal		Suisse	
Arquivos Portugueses of Optalmologia	1	(Nombre des titres: 4; nombre des abonnements: 6)	
Suède		Revue Suisse d'Odonto-Stomatologie	3
Acta Medica Scandinavica	1 (1)	Caries Research	1
Acta Oto-Laryngologica	1	Helvetia Odontologica Acta	1
Acta Paediatrica Scandinavica	1 (1)	Revue d'Implantologie	1
Acta Rheumatologica Scandinavica	1		
MEDECINS-DENTISTES		Grande Bretagne	
Nombre total des titres: 39		(Nombre des titres: 6; nombre des abonnements: 7)	
Nombre total des abonnements: 117		Journal de la Fédération Dentaire Internationale (FDI)	2
France		Archives of Oral Biology	1
(Nombre des titres: 6; nombre des abonnements: 21)		British Dental Journal	1
Actualités Odonto-Stomatologiques	8	International Dental Journal	1
Information Dentaire	5	Quarterly Dental Review	1
Revue de Stomatologie	4	Transactions of the European Orthodontic Society	1
Revue Française d'Odonto-Stomatologie	2		
Bulletin du Groupement International pour la Recherche Scientifique en Stomatologie	1	Autres pays	
Pratique Odonto-Stomatologique	1	(Nombre des titres: 3; nombre des abonnements: 3)	
Allemagne		Japon	
(Nombre des titres: 10; nombre des abonnements: 68)		Bulletin of Tokyo Dental College	1
Die Quintessenz	45	Journal of Nihon University, School of Dentistry Tokyo	1
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift	7		
Zahnärztliche Rundschau	6	Autriche	
Zahnärztliche Welt	4	Zeitschrift für Stomatologie	1
Fortschritte der Kieferorthopädie	1		
Monatsschrift für den Praktischen Zahnarzt	1	PHARMACIENS	
Münchener Zahnärztliche Zeitschrift	1	Nombre total des titres: 17	
Stoma	1	Nombre total des abonnements: 69	
Zahnärztliche Mitteilungen	1	France	
Zahnärztliche Praxis	1	(Nombre des titres: 7; nombre des abonnements: 18)	
Etats Unis d'Amérique		Bulletin de la Société de Pharmacie de Nancy	9 (1)
(Nombre des titres: 8; nombre des abonnements: 10)		Revue de la Coopération Pharmaceutique Française	3
Dental Clinics of North America	2	Le Pharmacien de France	2
Journal of the American Dental Association	2	Annales de Médecine et de Pharmacie de Reims	1
Journal of Dental Research	1	Bulletin de la Société des Pharmaciens de la Moselle	1
Journal of Oral Surgery	1	Pharmacie Mondiale	1
Modern Dentistry	1	Revue du Pharmacien Biologiste Français	1
Oral Research Abstracts	1		
Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology	1	Allemagne	
Periodontology	1	(Nombre des titres: 4; nombre des abonnements: 15)	
Belgique		Deutsche Apothekerzeitung	10 (1)
(Nombre des titres: 2; nombre des abonnements: 2)		Arzneimittelforschung	3 (1)
Revue Belge de Médecine Dentaire	1	Chemie in Labor und Betrieb	1
		Hgk Nachrichten	1

Etats Unis d'Amérique

(Nombre des titres: 2; nombre des abonnements: 2)

American Hospital Formulary Service	1
Health Physics	1

Belgique

(Nombre des titres: 1; nombre des abonnements: 27)

Annales Pharmaceutiques Belges	27
--------------------------------	----

Suisse

(Nombre des titres: 2; nombre des abonnements: 6)

Journal Suisse de Pharmacie	4 (1)
Pharmaceutica Acta Helvetiae	2 (1)

Portugal

(Nombre des titres: 1; nombre des abonnements: 1)

Revista Portuguesa de Farmacia	1
--------------------------------	---

MEDECINS-VETERINAIRES

Nombre total des titres: 23
 nombre total des abonnements: 50

France

(Nombre des titres: 8; nombre des abonnements: 10)

Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France	2 (1)
Recueil de Médecine Vétérinaire	2 (1)
Annales de l'Institut Pasteur, Lille	1 (1)
Annales de l'Institut Pasteur, Paris	1 (1)
Bulletin Mensuel de la Société Vétérinaire Pratique	1
Informations Techniques des Directions des Services Vétérinaires	1 (1)
La Vie des Bêtes, Institut Sérothérapeutique Toulouse	1
Revue de l'Elevage et de Médecine Vétérinaire	1

Allemagne

(Nombre des titres: 12; nombre des abonnements: 23)

Die Tierärztliche Umschau	9 (1)
Der praktische Tierarzt	3
Berliner und Münchener Tierärztliche Wochenschrift	2 (1)
Archiv für Experimentelle Veterinärmedizin	1 (1)
Archiv der Lebensmittelhygiene	1 (1)
Deutsche Tierärztliche Wochenschrift	1 (1)
Die Kleintierpraxis	1
Mitteilungen für Tierärzte	1
Veterinärmedizin	1
Was gibts Neues für den Praktischen Tierarzt	1
Zeitschrift für Jagdwissenschaft	1 (1)
Zentralblatt für Bakteriologie „Originale“	1 (1)

Belgique

(Nombre des titres: 1; nombre des abonnements: 12)

Annales de Médecine Vétérinaire	12
---------------------------------	----

Suisse

(Nombre des titres: 1; nombre des abonnements: 4)

Schweizer Archiv für Tierheilkunde	4
------------------------------------	---

Autriche

(Nombre des titres: 1; nombre des abonnements: 1)

Wiener Tierärztliche Monatsschrift	1 (1)
------------------------------------	-------

TABLEAU IV**Classement des titres essentiels selon certaines spécialités****ANATOMIE — PATHOLOGIE — BIOLOGIE****France**

	*
Biologie, Pathologie	2 (1)
Agressologie	2
Annales d'Anatomie Pathologique	1 (1)
Annales de Biologie Clinique	1 (1)
Archives d'Anatomie Pathologique	1 (1)
Revue de Cytologie et Anatomie Pathologique	1
Revue du Pharmacien Biologiste Français	1

Allemagne

Das ärztliche Laboratorium	3 (2)
Cytobiologie	1 (1)
Histochemische Methoden	1 (1)
Internationales Archiv für Gewerbe-pathologie	1 (1)
Medizinisches Laboratorium	1
Zeitschrift für Klinische Chemie	1

Etats Unis d'Amérique

Acta Cytologica	1
American Journal of Pathology	1 (1)
Clinical Chemistry	1
Human Pathology	1 (1)
Journal of Histochemistry and Cytochemistry	1 (1)

Grande-Bretagne

Journal of Pathology	1 (1)
----------------------	-------

Pays Bas

Excerpta Medica: General Pathology and Pathological Anatomy	1 (1)
---	-------

* entre parenthèses nombre de revues à destination d'une institution.

ALLERGIE**France**

Revue Française d'Allergie	1
----------------------------	---

ANESTHESIE – REANIMATION

France	
Anesthésie, Analgésie, Réanimation	2
Annales de l'Anesthésiologie Française	2
Cahiers d'Anesthésiologie	2
Allemagne	
Der Anesthesist	1
Anesthesiologische Praxis	1 (1)
Praktische Anesthésie und Wiederbelebung	3
Etats Unis d'Amérique	
Anesthesia and Analgesia, Current Researches	1
Survey of Anesthesiology	1
Belgique	
Acta Anesthesiologica Belgica	1
Grande Bretagne	
Anesthesia	1
British Journal of Anesthesia	2

BRONCHO – PNEUMOLOGIE

France	
Revue de la Tuberculose	2
Revue de Tuberculose et de Pneumologie	1 (1)
Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques	1
Allemagne	
Praxis der Pneumologie und Tuberkulosearzt	1 (1)
Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung und Erkrankungen der Atmungsorgane	1 (1)

CANCEROLOGIE

France	
Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer	1 (1)
Etats Unis d'Amérique	
Cancer	2 (1)
International Journal of Cancer	1 (1)
Pays Bas	
Excerpta Medica: Cancer	1 (1)

CARDIOLOGIE – ANGIOLOGIE – PHLEBOLOGIE

France	
Coeur et Médecine Interne	8
Archives des Maladies du Coeur des Vaisseaux	5
Phlébologie	2

Revue de l'Athérosclérose et des Artéropathies périphériques	2
Bulletin de la Société Française de Phlébologie	1
Etats Unis d'Amérique	
American Heart Journal	3
Circulation	3
American Journal of Cardiology	2
Progress in Cardio-Vascular Diseases	2
Bulletin Cardio-Vascular Research Center	1 (1)
Circulation Research	1
Modern Concepts of Cardiovascular Diseases	1
Belgique	
Acta Cardiologica	1
Suisse	
Zentralblatt für Phlebologie	1
Grande Bretagne	
British Heart Journal	3 (1)

CHIRURGIE

France	
Journal de Chirurgie	6
Lyon Chirurgical	4
Mémoires de l'Académie de Chirurgie	3
Annales de Chirurgie et de Radiologie	2
Neuro-Chirurgie	2
Annales de Chirurgie Cardio-Vasculaire	1
Journal Français de Médecine et de Chirurgie Thoraciques	1
Montpellier Chirurgical	1
Journal d'Orthopédie	1
Revue de Chirurgie Orthopédique	1
Revue Française d'Orthopédie	1

Allemagne	
Chirurgische Praxis	4
Aktuelle Chirurgie	2
Der Chirurg	1
Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie	1
Zeitschrift für Kinderchirurgie	1 (1)

Etats Unis d'Amérique	
Surgery, Gynecology and Obstetrics	3 (2)
Surgical Clinics of North America	2 (1)
Plastics and Reconstructive Surgery	1

Belgique	
Acta Chirurgica Belgica	3
Acta Orthopedica Belgica	2
Autriche	
Chirurgische Praxis	1 (1)

Jahresbuch der Gesellschaft für Orthopädie 1

DERMATOLOGIE – SYPHILIGRAPHIE

France

Annales de Dermatologie et Bulletin de la Société de Dermatologie Réunis 2 (1)
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1

Allemagne

Der Hautarzt 1 (1)

ENDOCRINOLOGIE

France

Annales d'Endocrinologie 2

Allemagne

Deutsche Diabetikerzeitung 1

Etats Unis d'Amérique

Diabetes Index and Abstracts 1

Belgique

Journal de l'Association Belge du Diabète 1

Italie

Acta Diabetologica Latina 1

GENETIQUE – REPRODUCTION

France

Annales de Génétique 1 (1)

Etats Unis d'Amérique

Journal of Reproductive Medicine 1

Suisse

Rapport Annuel de la Société Suisse de Génétique 1

GASTO-ENTEROLOGIE

France

Revue d'Hépatologie 1
Annales de Gastro-Entérologie 1
Archives de Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition 3
Bulletin de l'Association Nord-Lotharingienne de Gastro-Entérologie 2

Etats Unis d'Amérique

American Journal of Gastro-Enterology 1
Digestion 1
Gastro-Enterology 1 (1)

Belgique

Acta Gastro-Enterologica Belgica 1

GYNECOLOGIE – OBSTETRIQUE

France

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique 6
Gynécologie et Obstétrique 3 (2)
Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique 1
Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française 1 (1)
Gynécologie Pratique 1

Allemagne

Der Gynäkologe 4
Berichte über die gesamte Geburtshilfe 2 (1)
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2
Archiv für Gynäkologie 1 (1)
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1 (1)
Zentralblatt für Gynäkologie 1 (1)

Etats Unis d'Amérique

American Journal of Obstetrics Surgery, Gynecology and Obstetrics 3
American Journal of Gynecology and Obstetrics 3 (2)
Clinical Obstetrics and Gynecology 2 (2)
International Journal of Gynecology and Obstetrics 1

Belgique

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique 2 (1)

Suisse

Bulletin Fédéral de Gynécologie et d'Obstétrique 1
Gynäkologische Rundschau 1
Schweizerische Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 1

Grande Bretagne

Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth 1 (1)

Amérique Latine

Obstetricia y Ginecologia Latino Americanas 1

Pays Bas

Excerpta Medica: Obstetrics and Gynecology 1

GERONTOLOGIE

Etats Unis d'Amérique

Journal of Gerontology 1

HYDROLOGIE		Concours Médical	7 (2)
France		Les Cahiers du Collège de Médecine	5
Annales d'Hydrologie et de Climatologie Médicales	1	Assises de Médecine	4
		Gazette Médicale de France	4
		Médecine Internationale	2
		Progrès Médical	2
HOMEOPATHIE		La Médecine Praticienne	2 (1)
France		Annales de Médecine et de Pharmacie de Reims	1
Bulletin du Centre Homéopathique de France	1	Bulletin de l'Académie de Médecine	1 (1)
		Cahiers Médicaux d'Auvergne	1
		Journal des Sciences Médicales de Lille	1
Allemagne		Revue Médicale de Dijon	1
Allgemeine Homöopathische Zeitung	1	Revue de Médecine	1
		Journal des Praticiens	1
		L'Omnipraticien Français	1
HYGIENE		Perfectionnement privé et permanent du Praticien	1
France		Semaine du Praticien	1
Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale	3 (3)	La Vie Médicale	1 (1)
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène	1 (1)	Allemagne	
Revue Internationale d'Education Sanitaire	1 (1)	Ärztliche Praxis	6 (1)
		Deutsche Medizinische Wochenschrift	4 (1)
Allemagne		Münchener Medizinische Wochenschrift	4
Vitalstoffe, Zivilisationskrankheiten	2	Monatskurse für Ärztliche Fortbildung	3
Archiv für Hygiene und Bakteriologie	1 (1)	Deutsches Medizinisches Journal	2
Archiv der Lebensmittelhygiene	1 (1)	Medizinische Welt	2
		Die Ärztliche Fortbildung	1
Etats Unis d'Amérique		Ärztliche Mitteilungen	1
Public Health Reports	1 (1)	Kartei der Praktischen Medizin	1
		Medizinische Monatsschrift	1
Belgique		Tägliche Praxis	1
Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiénique, Médecine du Travail	1 (1)	Etats Unis d'Amérique	
Bulletin de Santé Publique	1 (1)	Journal of the American Medical Association	7 (3)
		Mayo Clinic Proceedings	7 (1)
Suisse		Lahey Clinic Bulletin	3 (1)
Médecine et Hygiène	5 (2)	New England Journal of Medicine	3 (1)
OMS - Bulletin	1 (1)	Bulletin of Menninger Clinic	2
OMS - Cahiers de Santé Publique	1 (1)	Cleveland Clinic Quarterly	2 (1)
OMS - Chronique	1 (1)	Belgique	
OMS - Rapports Techniques	1 (1)	Ars Medici	7
		Revue Médicale de Liège	6
HEMATOLOGIE		Bruxelles Médical	5
France		Suisse	
Nouvelle Revue Française d'Hématologie	2 (2)	Ars Medici	24 (1)
		Schweizerische Medizinische Wochenschrift	4 (1)
Etats Unis d'Amérique		Schweizerische Ärztezeitung	1
Blood, Journal of Hematology	1 (1)	Grande Bretagne	
		The British Medical Journal	2 (2)
MEDECINE GENERALE		Lancet	6 (3)
France		Postgraduate Medical Journal	1 (1)
Revue du Praticien	51 (3)	The Practicians	1 (1)
Annales Médicales de Nancy	39 (2)	Proceedings of the Royal Society of Medicine	1
Presse Médicale	18 (4)	Journal of Medicine	1
Nancy Médical Postuniversitaire	13		
Strasbourg Médical	12 (1)		
Semaine de l'Hôpital	8 (2)		

Afrique du Sud		Belgique	
South African Medical Journal	1	Revue Internationale des Services de Santé des Armées	1
Autriche		MEDECINE DU TRAVAIL	
Österreichische Ärztezeitung	1	France	
Canada		Archives de Médecine du Travail	1
Winnipeg Clinic Quarterly	1	Archives de Maladies Professionnelles, de Médecine du Travail et de Sécurité Sociale	2 (1)
Danemark		Allemagne	
Danish Medical Bulletin	1	Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz	1 (1)
Peru		Belgique	
Revista Del Viernes Medico	1	Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiénique, Médecine du Travail	1 (1)
Philippines		Cahiers de Médecine du Travail	1 (1)
Acta Medica Philippina	1	MEDECINE SPORTIVE	
MEDECINE INTERNE		Suisse	
France		Zeitschrift für Sportmedizin	2
Coeur et Médecine Interne	8	MICROBIOLOGIE	
Annales de Médecine Interne	2	France	
Allemagne		Bulletin de la Société des Diplômés de Microbiologie de la Faculté de Médecine de Nancy	2 (1)
Der Internist	7 (1)	Annales de l'Institut Pasteur	1 (1)
Internistische Praxis	5 (1)	Bulletin de l'Institut Pasteur	1 (1)
Medizinische Klinik	3	Allemagne	
Etats Unis d'Amérique		Archiv für die gesamte Virusforschung	1 (1)
Medical Clinics of North America	6 (1)	Archiv für Hygiene und Bakteriologie	1 (1)
American Journal of Medicine	2 (1)	Zentralblatt für Bakteriologie, Referate	1 (1)
Disease-a-Month	1	Zentralblatt für Bakteriologie, Originale	1 (1)
Grande Bretagne		Grande Bretagne	
Quarterly Journal of Medicine	1 (1)	Journal of Applied Microbiology	1 (1)
Suède		NEURO-PSYCHIATRIE	
Acta Medica Scandinavica	1 (1)	France	
MEDECINE LEGALE		Revue Neurologique	4 (1)
France		Annales Médico-Psychiatriques	2 (1)
Annales de Médecine Légale et de Criminologie	1 (1)	Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale	2
Allemagne		Revue Pratique de Psychologie, de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale	1 (1)
Zeitschrift für Rechtsmedizin	1 (1)	Evolution Psychiatrique	1 (1)
Zentralblatt für die gesamte Rechtsmedizin und ihre Grenzgebiete	1 (1)	Information Psychiatrique	1
Afrique du Sud		Allemagne	
Journal of Forensic Medicine	1 (1)	Der Nervenarzt	5 (1)
MEDECINE MILITAIRE		Praxis der Psychotherapie	4
France			
Médecin de Réserve	1		
Revue des Corps de Santé des Armées	1		

Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik	3
Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie	3 (1)
Zeitschrift für Psychotherapie und Psychologie	2
Dynamische Psychiatrie	1 (1)
Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie	1 (1)
Psychologische Rundschau	1 (1)
Psychopharmacologie	1 (1)

Etats Unis d'Amérique

The EEG Journal	2
Journal of Electromyography	2

Belgique

Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica	3
Psychiatrie	2

Suisse

Acta Paedopsychiatrica	1
Schweizer Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Neuro-Chirurgie	1 (1)

Grande Bretagne

Brain, Journal of Neurology	3
The British Journal of Psychiatry	1 (1)
Developmental Medicine and Child Neurology	1

OPHTHALMOLOGIE

France

Annales d'Oculistique	7
Bulletin de la Société d'Ophtalmologie	5
Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de France	5
Clinique Ophtalmologique	4
Archives d'Ophtalmologie	2
Conférences Lyonnaises d'Ophtalmologie	2
Société d'Ophtalmologie de l'Est de la France	1

Allemagne

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde	5
Der Augenarzt	1
Der Augenspiegel	1

Etats Unis d'Amérique

American Journal of Ophthalmology	2
Archives of Ophthalmology	2

Belgique

Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie	6
--	---

Brésil

Revista Brasileira de Ophtalmologia	1
-------------------------------------	---

Espagne

Estudios Informaciones Oftalmologicas	1
---------------------------------------	---

Portugal

Arquivos Portugueses Optalmologia	1
-----------------------------------	---

OTO — RHINO — LARYNGOLOGIE

France

Annales d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale	4
Cahiers d'ORL, Montpellier	2
Cahiers d'ORL Olfactologia	1
Journal Français d'ORL	1
Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie, Bordeaux	1

Allemagne

Archiv für H.N.O. Krankheiten	2
Zeitschrift für ORL und Grenzgebiete	2
Archiv für Klinische und Experimentelle Ohren-, Nase- und Kehlkopfheilkunde	1
HNO-Wegweiser für die Fachärztliche Praxis	1
Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie	1

Etats Unis d'Amérique

Archives of Oto-Laryngology	1
-----------------------------	---

Belgique

Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica	3
--------------------------------------	---

Suisse

ONO Suisse Romande	1
Practica Oto-Rhino-Laryngologica	1

Suède

Acta Oto-Laryngologica	1
------------------------	---

PEDIATRIE

France

Annales de Pédiatrie	4
Archives Françaises de Pédiatrie	3 (1)
Lyon Pédiatrie	2
Médecine Infantile	1
Pédiatrie	1 (1)

Allemagne

Monatsschrift für Kinderheilkunde	2 (1)
Pädiatrische Praxis	2 (1)
Kinderärztliche Praxis	1
Zeitschrift für Kinderchirurgie	1 (1)
Zeitschrift für Kinderheilkunde	1 (1)

Etats Unis d'Amérique

Journal of Pediatrics	2 (1)
Pediatric Clinics of Diseases of Children	1 (1)

Suisse		Belgique	
Acta Paedopsychiatria	1	Journal Belge de Rhumatologie et	
Helvetica Paedopsychiatria Acta	1 (1)	Physique Médicale	1
Grande Bretagne		Grande Bretagne	
Developmental Medicine and Child		Annals of the Rheumatic Diseases	1
Neurology	1		
Suède		Suède	
Acta Paediatrica Scandinavica	1 (1)	Acta Rheumatologica Scandinavica	1
RADIOLOGIE		THERAPEUTIQUE	
France		France	
Journal de Radiologie et de Méde-		Cahiers de Bibliographie Thérapeu-	
icine Nucléaire	3	tique Française	2
Annales de Chirurgie et de Radio-	2	Allemagne	
logie	2	Therapie der Gegenwart	11 (1)
Annales de Radiologie	2	Therapiewoche	6
Journal de Radiologie, d'Electrolo-			
gie et Archives d'Electricité Mé-	1	UROLOGIE	
dicale		France	
Allemagne		Annales d'Urologie	1
Fortschritte auf dem Gebiete der		Journal d'Urologie et de Néphrologie	1
Röntgenstrahlen vereinigt mit	2	Rapport de la Société Française	
Röntgenpraxis	1 (1)	d'Urologie	1
Atompraxis	1	Allemagne	
Strahlentherapie		Aktuelle Urologie	1
Etats Unis d'Amérique		Zeitschrift für Urologie	1
American Journal of Radiology	1	Etats Unis d'Amérique	
Belgique		Journal of Urology	1
Journal Belge de Radiologie	2	Belgique	
RHUMATOLOGIE		Acta Urologica Belgica	2
France		Suisse	
Rhumatologie	2	Urologica Internationalis	1
Revue du Rhumatisme et des Mala-	2	Grande Bretagne	
dies Ostéo-Articulaires		British Journal of Urology	1
Allemagne			
Zeitschrift für Rheumaforschung	1	Travail de la Société des Sciences Médi-	
Etats Unis d'Amérique		cales du Grand-Duché de Luxembourg.	
Arthritis and Rheumatism	1	Adresse des auteurs: 30, boulevard d'Avran-	
		ches, Luxembourg.	

rofatuss[®]
gegen
husten

CHEPHASAAR GmbH
ROHRBACH / SAAR



gegen
husten
rofatuss[®]

INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Eprenay

Forapin

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

Nitro - Mack Retard caps.

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

Mirapront caps.

freinateur de l'appétit à action retard.
Phenyl-tert.-butylamine, la substance active étant liée à un échangeur d'ions,
emb. à 20, 60 et 100 capsules.

Rhinopront capsules et sirop

thérapie orale du coryza, catarrhes rhinopharyngés, rhume de foin, rhinites vasomotrices. A action retard, la substance active étant liée à un échangeur d'ions,
emb. à 8 et 200 capsules. Sirop: Flacon de 90 cc.

Venosan caps.

Pour la thérapie et prévention des toutes manifestations de l'insuffisance veineuse :
varices, œdèmes, stase veineuse, thrombophlébite superficielle, syndrome postthrombotique, ulcère variqueux,
emb. à 20 et 50 capsules.

Oestro-Feminal

Oestrogènes conjugués naturels pour le traitement de longue durée dans les troubles ménopausiques,
emb. à 20 et 60 capsules.

PRODUITS



Heinrich Mack, succ.,
ILLERTISSEN / Bavière
Allemagne Occidentale
Fondée en 1849

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois

LUXEMBOURG

S.A.

**SOCIETE BENELUXIENNE
DE PHLEBOLOGIE
(Luxembourg)**

1^{re} Partie



ALLOCUTION DU DR ALPHONSE ZOILLER

Au nom de la Société bényluxienne de phlébologie j'ai l'honneur de vous souhaiter la bienvenue.

Je suis particulièrement heureux de saluer les participants de cette réunion, qui pour la deuxième fois en 10 ans fait l'honneur au petit Grand-Duché de Luxembourg d'y tenir ses assises. Je n'ai pas besoin de dire que le Grand-Duché de Luxembourg par sa situation et son caractère de carrefour international, se sent particulièrement bien placé pour donner un cadre plus vaste, voire international à cette société bényluxienne et qu'il est fier et heureux de pouvoir donner l'hospitalité à tant de pays amis.

Je remercie très sincèrement Madame le Ministre de la Santé Publique qui a bien voulu accepter le Haut Patronage de cette séance, je remercie également le Dr René Koltz, directeur de la Santé Publique, le Professeur Henri Loutsch, président du Collège médical, le Dr André Thibeau, président de l'Association des médecins et médecins-dentistes, le Dr Jean Neuen, représentant la Société des sciences médicales, qui tous ont tenu à assister à ce congrès.

Qu'il me soit également permis de remercier très sincèrement tous les conférenciers étrangers à notre société du précieux concours qu'ils apportent à nos journées.

Je m'en voudrais d'oublier de remercier très vivement tous ceux qui ont contribué à maintenir par leur immense activité et leur savoir, le renom scientifique de nos réunions.

Je dois citer le Dr Raymond Tournay, président d'honneur et fondateur des sociétés de phlébologie du monde entier, le Dr Van der Molen, organisateur de nos programmes scientifiques, le Professeur Eugène Haven de l'Université de Louvain, président de notre société et le Dr Pierre-Georges Mileray, président de la Société française de phlébologie.

Je ne peux passer sous silence le dévouement et le grand travail qu'a fait mon ami phlébologue le Dr Guy Meisch, secrétaire général de l'Association des médecins et médecins-dentistes et nos très dévouées secrétaires qui ont fait presque tout le travail d'organisation matérielle de ce congrès.

Je me réjouis d'avance du succès de cette réunion, qui s'annonce brillante, rien qu'à examiner la liste des conférenciers, qui sont venus de France, de l'Allemagne, d'Autriche, d'Espagne, de Belgique, de Hollande et d'Angleterre, pour nous faire part de leur savoir et de leur expérience dans le domaine qui nous concerne ici.

Si nous parcourons le programme de cette réunion, nous constatons qu'il contient des sujets phlébologiques, des sujets artériels et lymphanlogiques, il s'agit donc aujourd'hui d'une séance d'angéiologie générale. Nous avons suivi les conseils du Professeur Comel de Pise qui il y a 10 ans, à cette même tribune, nous a recommandé de considérer la phlébologie (ce chapitre aîné de l'angéiologie, comme il l'a appelé) et de l'artériologie et lymphanlogie, comme parties intégrantes d'une même science, c'est-à-dire l'angéiologie.

«La phlébologie est aujourd'hui parvenue à un stade de développement tel, que de nouveaux progrès dans cette spécialité nécessitent un recours fréquent aux connaissances et aux recherches faites en angéiologie générale, ainsi elle est en train de mieux se développer en adaptant les règles générales de la recherche expérimentale employées en biologie et en médecine.» (Comel)

Chers confrères, permettez-moi — toujours dans le cadre de la phlébologie — de me pencher un peu sur la situation actuelle et passée du médecin-omnipraticien. Je voudrais particulièrement mentionner les mérites des médecins-omnipraticiens dans le développement de notre spécialité. Je peux dire avec une certaine fierté, que simultanément deux omnipraticiens, Heinrich Fischer en Allemagne et un médecin naturalisé français, né Luxembourgeois à Bascharage, le Dr Bourggraf, ont fondé et développé les bases de la phlébologie moderne depuis 1910. Par leur méthode, ces omnipraticiens se sont attaqués avec succès à cet Ulcus cruris, nommé jusqu'alors Ulcus crucis et ont réussi à guérir des malades jusque-là inguérissables, des malades grabataires et piliers des hôpitaux et ont réussi à les réintégrer au travail et ont rendu ainsi un immense service à la vie sociale des pays.

C'est en 1912 que le Dr Bourggraf a commencé à propager une méthode, appelée la méthode du praticien et a fondé un laboratoire à deux kilomètres de notre frontière à Hussigny. C'est de Hussigny que sa méthode s'est répandue à travers toute la France, la Belgique et le Luxembourg. et j'ai le grand plaisir de vous présenter dans cette assemblée même, le gendre du Dr Bourggraf, le Pharmacien Cauchois, qui malgré son âge de 93 ans, a tenu à assister à cette réunion.

Ce sont d'ailleurs partout dans le monde des omnipraticiens qui ont créé des sociétés phlébologiques, ainsi la Société française de phlébologie a été créée en 1947 par l'omnipraticien Tournay, la Société allemande en 1957 par l'omnipraticien Krieg en Allemagne, également en 1957 la Société bénéluxienne par l'omnipraticien Van der Molen et des omnipraticiens belges et luxembourgeois, plus tard les Sociétés de phlébologie suisse et autrichienne par des omnipraticiens de leur pays et plus récemment les Sociétés de phlébologie américaines par l'omnipraticien Biegeleisen. Ce n'est que petit à petit que les efforts conjugués des médecins-omnipraticiens, des médecins-spécialistes chirurgiens et dermatologues, sont parvenus à une vraie unité de doctrine et d'action commune dans le domaine angéiologique.

Or, malheureusement cet omnipraticien polyvalent, qui dans le temps passé a joué un si grand rôle dans la médecine sociale et préventive, parce que mieux que quiconque, il connaissait la misère des malades et de leurs familles, commence à disparaître.

Je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de demander à cette assemblée, à laquelle prennent part tant d'éminents professeurs d'Universités de bien vouloir porter leur attention sur la nécessité urgente de créer et de former de nouveau des médecins omnipraticiens avec une formation spéciale répondant aux besoins de notre temps.

Nous vivons dans une société où le travail dynamique se transforme de plus en plus en travail statique. La pompe musculaire s'en trouve négligée et les maladies des jambes deviennent de plus en plus fréquentes,

grâce au soi-disant progrès de la civilisation des loisirs et du changement profond intervenu dans les conditions de vie et de travail.

Il ne faut pas qu'on abandonne complètement cette profession d'omnipraticien, car elle pourra toujours rendre de grands services dans l'éducation sanitaire, dans la médecine préventive et sociale, et elle l'a déjà suffisamment prouvé dans le domaine de la phlébologie. Elle pourra aussi contribuer efficacement dans d'autres domaines plus spécialisés et aider à résoudre d'autres problèmes médico-sociaux.

Que ce lieu appelé Centre Européen nous inspire à travailler dans un esprit de conciliation et de solidarité et à chercher à unir toutes les disciplines médicales dans l'intérêt des malades et de l'humanité.

Sansilla

Medizinisches Mund- und Gurgelwasser
für unser Klima

Laboratorien HAUSMANN A. G., St Gallen - Schweiz
PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82



RONDONMYCINE[®]

ANTIBIOTIQUE A LARGE SPECTRE

Bronchite chronique

Pfizer

DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE

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

ALGESAL SURACTIVE

baume
antirhumatismal
analgésique

douleurs rhumatismales
lumbagos - courbatures
entorses - contusions

frictions prolongées
2 à 3 fois par jour

pénétration rapide
soulagement immédiat

salicylate
de diéthylamine 4 g
nopoxamine 0,4 g

tube de 40 g

LATÉMA

11 BIS, RUE BALZAC - PARIS 8^e

Ets HERMAN-LABOR,
33, AVENUE DE ROODEBEEK, BRUXELLES 4



LES ULCERES DE JAMBE CONSIDERATIONS GENERALE

par R. TOURNAY (Paris)

Comme entrée en matière de cette séance consacrée aux Ulcères de Jambe, je me permettrai de rappeler devant vous quelques notions qui me sont chères touchant précisément l'étiologie de ces Ulcères ainsi que les dénominations diverses sous lesquelles ils ont été — plus ou moins exactement et plutôt moins que plus — classifiés.

En effet, pendant très longtemps — des siècles — à peu près tous les Ulcères de Jambe ont été étiquetés: Ulcères variqueux. Cette habitude n'a pas, particulièrement à l'étranger, complètement disparu.

Pourtant, depuis un certain nombre d'années, il est devenu de mode de répudier le terme d'«Ulcères Variqueux». Certains ont affirmé: «Il n'y a pas d'Ulcères Variqueux, il y a des Ulcères chez les variqueux». D'autres allant plus loin, ont décidé: «Tous les soi-disant Ulcères Variqueux sont d'origine phlébittique»; et d'autres encore: «Pas d'Ulcère sans capillarite: celle-ci est seule en cause, que ce soit chez des variqueux ou des phlébittiques». Et puis, tout dernièrement, la Phlébographie aidant — cette Phlébographie qui, par ailleurs, a donné lieu à tant d'erreurs d'interprétation — on est revenu, sans se l'avouer toujours, à la vieille notion de la pression et de la stase veineuses, des injections à contre-courant de liquides opaques ayant prouvé la possibilité d'insuffisances valvulaires veineuses et d'absence de valvules, même dans les veines profondes, insuffisances ou absences soit congénitales, soit consécutives à une reperméabilisation post-phlébittique . . . et, du coup, la réalité des «Varices profondes», si longtemps discutée et niée, est apparue.

Je ne conteste pas la part de vérité incluse dans les affirmations — plus ou moins «novatrices» — que je rapporte et si je reste bien certain quant à moi, de l'existence d'Ulcères Variqueux authentiques, autonomes, indépendants, je sais aussi que bien des ulcères de jambe, et même la majorité d'entre eux — non pas 90 % comme on l'a prétendu, mais peut-être 60 à 65 % — sont chez les variqueux ou des non variqueux, à ranger parmi les séquelles post-phlébittiques. Beaucoup de thromboses passent en effet inaperçues, et seul un diagnostic rétrospectif les révèle, à l'occasion précisément de troubles jambiers variés, dont les Ulcères.

Et quant à la question des «Capillarites», il ne peut me venir à l'idée de nier leur réalité: celle-ci ressort trop nettement de travaux comme celui de ce précurseur que fut le Lyonnais Favre, quand il décrivit, sous d'autres termes, il est vrai, son «Angiodermite pigmentée et purpurique des Membres Inférieurs» génératrice d'ulcérations. Elle ressort trop clairement de travaux moins anciens de Jausion et Caillau . . . par exemple, et de leurs dénominations histologiques.

Mais si je reconnais la présence constante, en cas d'ulcère, de lésions locales d'ordre angéitique, capillaritique, je ne saurais leur assigner un ordre de préséance et les rendre responsables en première ligne de la formation de l'ulcère proprement dit. L'angéite, la capillarite (et les «phlébittes chroniques», si bien décrites par Favre) ne sont pour moi — je fais exception pour les ulcères par artérite-artériolite vraie et peut-être pour les ulcères algiques par atrophie blanche de la peau, de Gonin — que manifestation seconde, elles sont la conséquence d'un état antérieur déclenché par la pression, la stase lymphatico-veineuse au niveau des

membres inférieurs produisant une intoxication chronique des tissus, pression et stase elles-mêmes sous la dépendance d'une insuffisance valvulaire des veines superficielles ou profondes. C'est cette stase qui engendre, par sa persistance et sa progression, toutes les altérations diverses portant sur le derme et l'hypoderme, sur les artéριοles, les veinules, les capillaires, sur les nerfs qui les accompagnent, sur le périoste et sur l'os.

La preuve? C'est que si l'on supprime pression veineuse et stase, toutes ces altérations progressivement disparaissent, les «capillaritiques» comme les autres.

La conséquence de ces constatations — concernant les Ulcères de Jambe d'origine veineuse — c'est que leur thérapeutique s'en trouve extrêmement simplifiée et n'a pas à s'encombrer de tous les traitements chers et compliqués qui pour certains ont l'attrait de la nouveauté mais qui en réalité ne peuvent avoir d'action que complémentaire si l'on a commencé — et continué — de lutter contre la stase veineuse et accessoirement lymphatique initiale . . . par la compression, par la sclérose . . . par chirurgie.

Naturellement quand il s'agit d'Ulcères artériels proprement dits, ou de certains Ulcères neuro-trophiques, leur traitement serait d'un autre ordre, mais il faut ajouter qu'un certain nombre sont mixtes, à la fois veineux et artériels, et que dans ces cas la compression, légère bien entendu, reste indiquée ainsi que la sclérose des varices présentes: la cicatrisation s'en trouve très accélérée.

Adresse de l'auteur:
63, boulevard des Invalides, Paris 7ème.

A propos de la communication du Docteur Martorell

R. Tournay

Tout à l'heure je me suis élevé contre la prétention de certains affirmant qu'il n'y avait pas d'ulcères variqueux mais seulement des „ulcères chez des variqueux" car il y a d'authentiques ulcères variqueux comme il y a des ulcères post-phlébitiques chez des variqueux ou non variqueux.

Cette fois à mon tour d'affirmer qu'il y a des ulcères variqueux chez des hypertendus et que l'hypertension n'entre, dans certains cas, pour rien dans leur apparition malgré toutes les apparences.

Ce qui me permet d'ajouter que s'il y a des vrais „Martorell", il en est aussi de faux.

J'en ai rencontré en effet quelques exemples qui m'ont obligé à réformer un premier diagnostic de „maladie de Martorell": il s'agissait de patients qui présentaient toutes les conditions requises pour que ce diagnostic semblât évident: ulcères apparus à peu près au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe sur sa face antéro-externe ou externe, avec le plus souvent sur l'autre jambe, plus ou moins sensiblement au même niveau, soit un autre ulcère, soit une cicatrice d'ulcère, soit une tache pigmentée . . . et ceci chez des patients présentant une hypertension allant de 20 à 24; ces patients par ailleurs ne présentaient pas de diminution de la pulsatilité au-dessus de leur ulcère — ce qui aurait pu diriger l'exploration vers une atteinte artérielle — mais plutôt chez certains une légère hyperpulsatilité. Ajoutons qu'il n'y avait pas apparence de varices du membre inférieur et que ces ulcères étaient relativement anciens pour la plupart et rebelles.

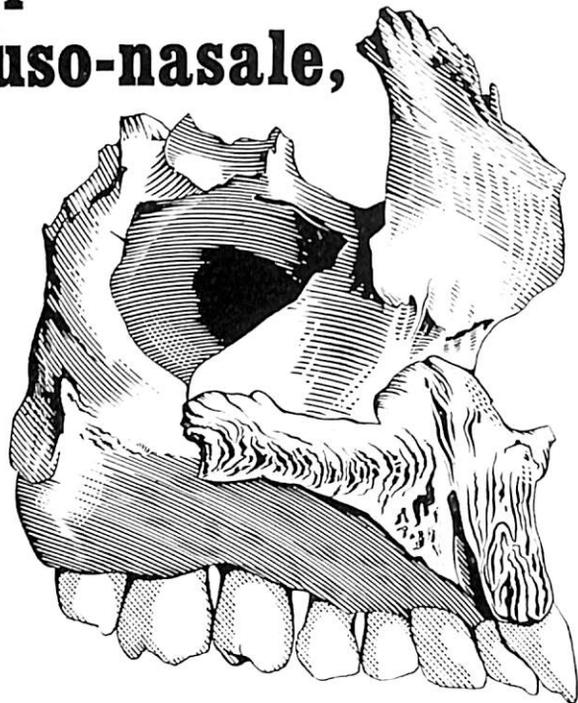
Je m'apprêtais naturellement à conseiller une sympathectomie. Or, un examen plus minutieux de la région sus-ulcéreuse permit à un palper plus attentif de percevoir un trajet veineux superficiel que la vue n'avait pas permis de découvrir.

Le réflexe du phlébologue fut de pratiquer immédiatement une injection sclérosante au salicylate de soude dans le petit vaisseau veineux; ceci à tout hasard et, en l'occurrence, sans grande illusion sur la portée pratique du geste. Trois, quatre, six semaines plus tard selon les cas, l'ulcère était cicatrisé.

Il s'agissait donc ici, sur un terrain vraisemblablement prédisposé, sur une face externe de jambe toujours plus sensible aux traumatismes vasculaires, d'ulcère variqueux vrai chez des hypertendus.

Ces patients d'ailleurs feront peut-être ultérieurement de vrais „Martorell" — ils y auront droit — mais pour le moment le diagnostic étiologique initialement posé s'était révélé ne correspondant pas à la réalité et un geste thérapeutique aussi simple qu'une banale injection sclérosante avait évité une intervention chirurgicale sensiblement plus sévère.

**Pour combattre
toutes les céphalées
d'origine sinuso-nasale,**



**il suffit de prescrire
1 comprimé le matin et
1 comprimé le soir, de**

Sinutab

à action prolongée

Analgésique et antipyrétique * Décongestif * Anti-allergique et sédatif

Echantillons et documentation sur demande.

Substantia

av. Wielemans - Ceuppens 45,
1190 BRUXELLES

RECTOFENAL

Nouveau traitement des hémorroïdes

Le Rectofénal (silicone + rutoside + hexachlorophène) concilie pour la première fois le **soulagement rapide** des poussées et le **traitement d'entretien** des hémorroïdes. Il tonifie la région ano-rectale, à l'abri d'un film isolant et occlusif dont les effets se manifestent rapidement.

La seule protection mécanique par la silicone procure déjà des effets remarquables : sédation de la douleur, décongestion, arrêt des saignements, cicatrisation accélérée.

Avantages particuliers

Le Rectofénal n'est pas résorbé. Il ne contient aucune substance irritante, sensibilisante ou néfaste à long terme.

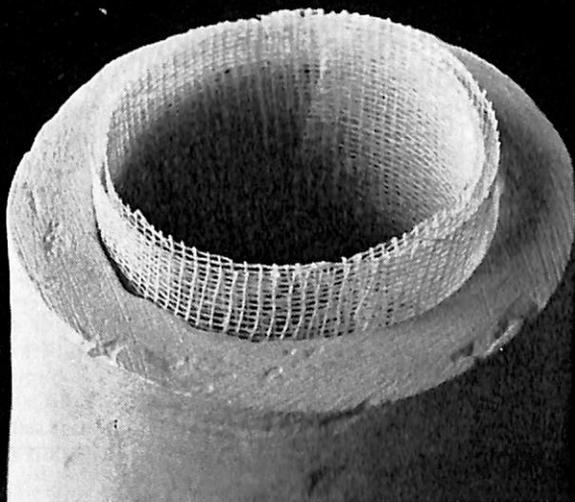
Présentations

Pommade : 60 g.
Suppositoires : boîte de 15.



avenue Jean Jaurès 50.
1030 Bruxelles
Tél. 41.45.70

le premier
"pansement"
ano-rectal
siliconé



**infundibilia
salvia**

**aminomel L - -
salvia**

Alimentation parentérale
optimale
par les acides aminés
lévogyres,
les éléments constitutifs
naturels de l'albumine
humaine.

elomel salvia

Solutés parentéraux
dans les troubles
électrolytiques
et du métabolisme de l'eau.

salvia-werk

Gesellschaft zur Herstellung chemischer und
pharmazeutischer Erzeugnisse mbH

665 Homburg/Saar, Telefon 8001/8003

L'ULCERE HYPERTENSIF

F. MARTORELL (Barcelone)

Au cours de l'année 1944, j'avais été frappé de constater chez des malades atteintes d'ulcères de jambe, d'origine vasculaire, l'existence de quelques cas dont la lésion ne pouvait être attribuée à aucune cause connue. Elles n'avaient pas de varices, pas de trace phlébite ancienne, pas de claudication intermittente, leurs artères étaient pulsatiles sur toute l'étendue du membre. Il ne s'agissait pas non plus d'ulcères par perniose, ni d'un fait neurologique. Le premier cas fut enregistré sans avoir été classé.

Quelque temps après, j'ai pu réunir quatre cas semblables. Leur ressemblance provenait du fait que dans chacun de ces cas, il s'agissait de femmes, qui souffraient d'une très grande hypertension artérielle à l'artère humérale, qu'elles avaient une très grande hypertension artérielle au niveau des jambes avec oscillations très fortes, hyperoscillométrie et hyperpulsatilité. Finalement, l'aspect et la localisation de ces ulcères étaient tout à fait caractéristiques. Je fis alors l'examen histologique du fond et des bords de ces ulcères, et je trouvai dans les artéριοles dermiques des altérations tout à fait semblables aux caractéristiques des lésions artériolaires de la maladie hypertensive. L'histologie de la lésion me permit ainsi d'attribuer toutes les manifestations cliniques à une seule maladie: l'hypertension artérielle, dont l'ulcère serait une complication.

Ma première publication date de 1945. J'ai décrit ces cas sous le titre de: «Ulcère sus-malléolaire chez les grands hypertendus.» Il s'agit de la première publication mondiale sur ce sujet. Un an après, Valls-Serra, à Barcelone, et Hines et Farber de la «Mayo Clinic», publièrent presque simultanément, de nouveaux cas de cette maladie. Hines et Farber désignèrent ces ulcères sous le nom de «hypertensive-ischemic ulcers», en faisant connaître le cas et citant ma première publication. Plus tard, plusieurs publications sur ce sujet ont paru. Chez les Allemands, on désigne ce nouveau type d'ulcère sous le nom «ulcus cruris hypertonicum» et bien souvent on a attaché mon nom à cette maladie qu'on a désigné comme «Ulcère de Martorell ou Syndrome de Martorell».

Allen, Hines et Barker, de la «Mayo Clinic», dans leur livre «Peripheral vascular diseases», 2^e édition, consacrent un chapitre à l'ulcère hypertensif et disent que, jusqu'à 1952, ils ont vu 42 cas d'ulcère hypertensif, 33 chez des femmes et 9 chez des hommes.

En 1948, Wright, dans son livre «Vascular diseases», consacre un chapitre à cette nouvelle entité clinique. Moi-même dans une monographie consacrée à l'ulcère hypertensif, publiée en 1953, j'ai fait la compilation de 53 cas. La bibliographie concernant ces ulcères de jambe chez les hypertendus est donc déjà très abondante. Au point de vue clinique, l'ulcère commence par une tache pigmentée ou cyanotique.

Sous l'action d'un léger traumatisme, ou encore sans traumatisme, il se transforme en une plaque de nécrose ischémique superficielle qui, en tombant, révèle un ulcère. Presque toujours, l'ulcère est bilatéral et symétrique. Il se trouve à la face antéro-externe de la jambe à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. L'ulcère est peu creusé, superficiel. Ses bords ne sont pas calleux. Il est très douloureux et la douleur n'est pas soulagée par le repos au lit, comme cela se produit avec les ulcères phlébostatiques. L'exploration des extrémités ne montre aucune altération du système veineux ou du système artériel. Le pouls est perceptible aux artères les

plus distales et l'indice oscillométrique n'est pas diminué, mais au contraire augmenté.

Du point de vue histologique, on trouve au niveau de ces ulcères les mêmes lésions d'angiosclérose que dans les reins, dans le cerveau, etc., des malades hypertendus. C'est-à-dire une prolifération endartérielle, une hyalinose sous-endothéliale, multiplication nucléaire dans la tunique moyenne, un épaississement pariétal et toujours une diminution de la lumière vasculaire.

Le diagnostic de l'ulcère hypertensif doit se baser sur les faits suivants:

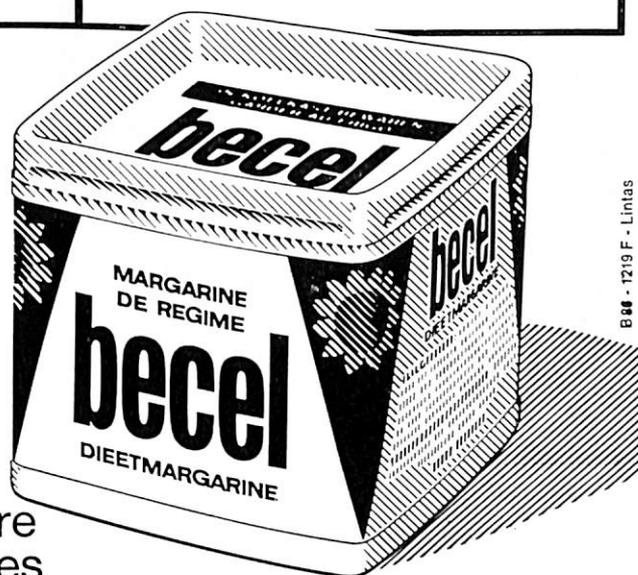
- Hypertension artérielle considérable aux bras;
- Hypertension artérielle considérable aux jambes;
- Hyperpulsatilité et hyperoscillométrie aux jambes;
- Absence d'oblitération tronculaire. Pouls perceptible à toutes les artères des membres inférieurs;
- existence d'un ulcère superficiel à la face antéro-externe de la jambe, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs;
- symétrie de la lésion; ulcère des deux côtés, ou au moins, existence d'ulcères d'un côté et taches pigmentaires du côté opposé;
- Augmentation de la douleur avec le repos au lit;
- Fréquence plus grande chez les femmes.

Au point de vue thérapeutique, on peut obtenir la guérison de ces ulcères avec la médication hypotensive et vaso-dilatatrice. Dans les cas rebelles à cette thérapeutique, j'ai obtenu la guérison complète et permanente de l'ulcère avec disparition rapide des douleurs au moyen de la sympathectomie lombaire. Tenant compte qu'il s'agit parfois de malades avec hypertension diastolique grave, on peut prendre en considération l'opportunité d'étendre la sympathectomie au splanchnique, et jusqu'au sympathique thoracique.

Adresse de l'auteur:
580, Avenida Generalissimo Franco, Barcelona,
Espagne

Des chiffres qui parlent

Composition des acides gras de Becel	Autres propriétés
poly-insaturés P ca 64 %	<p>SANS ADJONCTION DE SEL</p> <p>Les traces de sodium dans Becel proviennent uniquement de l'eau et du lait écrémé qui entrent nécessairement dans sa composition. Becel est donc quasiment dépourvue de sel : elle contient au grand maximum 0,02 % de sodium.</p> <p>GOUT AGREABLE</p> <p>Bien que Becel soit très pauvre en sel, nous avons cependant réussi à lui donner une finesse de goût comparable à celle d'une excellente margarine de table.</p>
mono-insaturés M ca 16 %	
saturés S ca 20 %	
rapport P/S = 3 garanti	



Becel
est la meilleure
alliée de toutes
vos ordonnances hypocholestérolémiantes

lipoclair lipoclair lipoclair

hépato protecteur original
restaure la cinétique
fonctionnelle du foie

composition :

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

AFFECTIONS HEPATIKES

Hépatites ictériques
et non ictériques

Hépatites infectieuses
et séquelles d'hépatites infectieuses

Hépatites d'origine toxique

Cirrhoses compensées
et décompensées

Stéatose hépatique

Sclérose hépatique

Troubles dyspeptiques

Migraines digestives

posologie moyenne :

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

Cures de 15 jours à 1 mois.

Dans certains cas sévères,
cette posologie peut être doublée.

Cures itératives, si nécessaire.

tolérance :

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

Le LIPOCLAIR peut être associé
à toute autre thérapeutique.

présentation :

Boîte de 20 ampoules buvables de 10 ml

Remboursé par la Sécurité Sociale
N° d'autorisation de mise sur le marché:
AD 4223 du 4-9-1968

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

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.
23, rue Mercier à Luxembourg

LES ULCERES D'ORIGINE ARTERIELLE OU MIXTE

J. VAN DER STRICHT, M. GOLDSTEIN, J. BELENGER et J.-P. FLAMAND
(Bruxelles)

Il nous est difficile de vous présenter sur les ulcères d'origine artérielle, une vue statistique, voire même une vue d'ensemble systématique des lésions et des traitements.

Il s'agit de cas relativement isolés qui présentent des lésions polymorphes. Nous allons essayer de relever à travers les quelques cas que nous allons vous présenter les facteurs constants.

Nous devons distinguer deux catégories de malades: ceux qui développent une ulcération jambière sur une artérite et ceux qui présentent un ulcère d'aspect variqueux mais à pathogénie mixte.

LES ULCERES SUR ARTERITE

L'ensemble de ces malades consulte en général assez longtemps après l'apparition du trouble trophique, qu'ils rattachent presque toujours à un traumatisme. Ce qui frappe d'emblée, c'est la disproportion entre le traumatisme initial et la lésion constatée. Il s'agissait le plus souvent d'excoriation ou de plaie ou contusion superficielle, à l'extrême dans un cas des Docteurs Zoller et van der Stricht, il s'agissait d'une piqûre par épine de rose! Ces lésions initiales sont soit non traitées, soit traitées par pansements et pommades diverses et, c'est la durée de l'évolution ou plutôt l'absence d'évolution qui finit par attirer l'attention vers une pathologie artérielle. Il est fort rare que ces patients nous soient adressés immédiatement ou dans des délais courts; il s'agit alors d'artéritiques connus de longue date. Mais en général, le trouble trophique est révélateur d'une artérite méconnue ou ignorée.

L'interrogatoire révèle toujours des plaintes de claudication de longue date souvent sévère, on note fréquemment des épisodes de douleur de décubitus parfois peu importante.

Ces malades sont âgés. La moitié d'entre eux a plus de 70 ans, un seul a moins de 60 ans et présentait un ulcère d'origine mixte.

Les examens révèlent souvent l'existence d'un diabète; plus de la moitié de nos malades avaient des triangles d'hyperglycémies fortement perturbés. Nous voudrions à ce propos insister une fois de plus sur l'importance de cette épreuve au cours des mises au point artérielles.

Chez un seul de nos malades, l'artériographie et la radiographie à blanc montraient des lésions typiques d'artérite diabétique.

Les lésions cutanées siègent le plus souvent à la face antéro-externe de la jambe, au $\frac{1}{3}$ moyen ou inférieur, l'ulcération s'étend jusqu'à l'aponévrose, les tendons sont parfois nécrotiques. Un malade présentait une ulcération pré-tibiale importante, l'os était dénudé sur une assez grande surface, le périoste détruit. Nous avons traité trois cas d'ulcération au niveau du tendon d'Achille, nous les envisagerons séparément.

Les lésions artérielles sont variables parfois peu spectaculaires, sténoses multiples avec ou sans oblitération distale d'une artère jambière. Ces lésions multiples, peu importantes si on les considère isolément, entraînent finalement des perturbations hémodynamiques périphériques avec leurs répercussions sur le métabolisme tissulaire.

Nos trois cas d'ulcération au niveau du tendon d'Achille entrent dans cette catégorie. Le caractère rebelle de ces lésions est bien connu chez le sujet sain, aussi est-il aisé d'admettre qu'une perturbation même mineure du débit sanguin entraîne une évolution catastrophique. Il faut noter que malgré un traitement adéquat par sympathectomie puis glissement cutané, un de ces malades n'était pas guéri après un délai d'un an.

Pour les lésions jambières antérieures, on note toujours l'association d'une lésion haute, sténose ou le plus souvent oblitération fémorale associée à une oblitération tibiale antérieure. Cette association lésionnelle paraît nécessaire à l'apparition de l'ulcère.

Du point de vue thérapeutique, nous suivons les mêmes critères que pour toute artérite, c'est-à-dire sympathectomie lombaire si l'épreuve vasomotrice est positive; reconstruction artérielle associée si l'épreuve est insuffisante, ou greffe seule s'il s'agit d'artérite diabétique. Ce traitement est régulièrement suivi de la guérison de l'ulcère, mais celle-ci reste longue; il faut parfois avoir recours secondairement à des greffes cutanées. Nous donnons la préférence aux classiques greffes de Davis ou à la greffe en treillis de Merse.

LES ULCERES MIXTES

Il faut hélas dire que chez certains de ces malades, la pathologie artérielle avait été méconnue. L'un d'eux avait été saphenectomisé avec le résultat désastreux que vous devinez, désunion des cicatrices, ulcération au niveau de zone de striction des bandages. Ces lésions ont parfaitement guéri grâce à une simple sympathectomie.

Chez une de nos malades présentant un ulcère mixte où un traitement antérieur par contention élastique classique avait échoué, l'artériographie montrait une oblitération fémoropoplitée. Une sympathectomie fut effectuée, l'amélioration de l'apport artériel étant acquise, un nouveau traitement par contention amenait finalement la guérison.

Nous voudrions enfin vous présenter le cas d'une malade présentant une stase veineuse avec ulcère; l'examen révélait un anévrisme poplité avec insuffisance artérielle. La résection de l'anévrisme, une greffe poplitée supprimant la stase entraînaient une récupération des pouls périphériques et la guérison du trouble trophique.

CONCLUSION

Les ulcères jambiers paraissent être l'apanage de l'artérite sénile, associée souvent au diabète. Ils n'apparaissent que s'il existe des lésions à plusieurs niveaux. Leur cause réelle est souvent méconnue. La sympathectomie lombaire et ou la reconstruction artérielle permettent presque toujours la guérison, aucun de nos patients n'a dû être amputé.

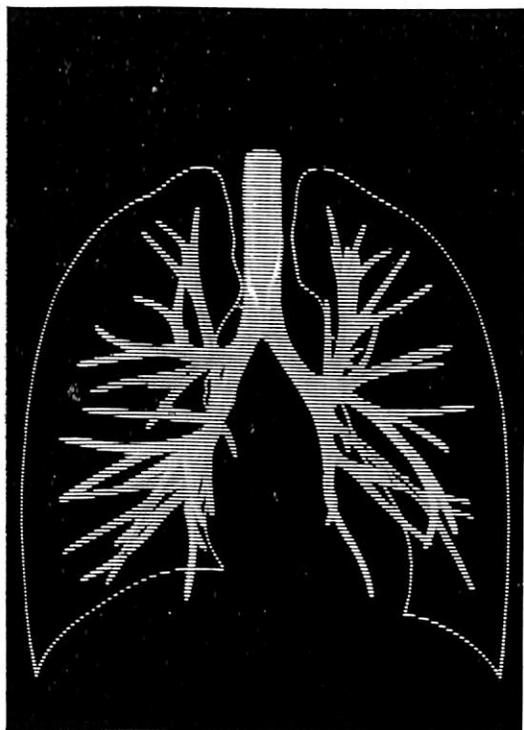
Adresse des auteurs: Dr. J. van der Stricht,
Hôpital St. Pierre, Bruxelles, Belgique

Bisolvomycine®

Pour le traitement efficace
de la bronchite infectieuse

si une bronchite fébrile appelle des mesures
thérapeutiques énergiques,
si une bronchite chronique nécessite une
prophylaxie efficace des poussées aiguës,
s'il s'agit d'améliorer le pronostic de la bronchite,
Bisolvomycine assure une antibiothérapie élargie
des bronchites, car elle associe oxytétracycline
et Bisolvon.

Gélules contenant chacune
4 mg de Bisolvon
et 250 mg de chlorhydrate d'oxytétracycline



1508/B/frz

Bisolvon®

dans toutes les infections
bronchiques, constitue
le soutien électif de
l'action de l'oxytétracycline.

Bisolvon normalise la
sécrétion bronchique
Bisolvon élève de 100 %
le taux de tétracycline
dans les sécrétions
bronchiques
Bisolvon assure une
action régulière de l'anti-
biotique au niveau de
l'infection

Boehringer Ingelheim



Concessionnaires :
Etablissements
E. Baudrihaye - Verviers

glifan an

ROUSSEL

antalgique pur et puissant

sans action

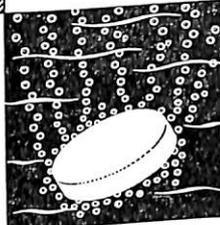
rénale
sanguine
digestive

SEDERGINE*

Comprimés effervescents

Analgésique
bien toléré

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



* Réservé à la prescription médicale.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

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

LA CICATRISATION DES ULCERES DE JAMBE D'ORIGINE VEINEUSE

par R. STEMMER (Strasbourg)

La cicatrisation des ulcères de jambe est le plus souvent appréciée d'après des critères purement subjectifs. Ce procédé ne permet pas d'évaluer avec la précision indispensable la part respective des différents paramètres de l'ulcère dans sa cicatrisation.

Pourtant dès 1952 Luger avait introduit des données chiffrées en mesurant la surface de 153 ulcères par décalque et comptage sur papier millimétré. Il a divisé la surface ainsi obtenue par le nombre de jours de traitement et obtenu un «coefficient de cicatrisation».

Haeger a publié en 1963 les résultats chiffrés d'un groupe de 68 ulcères de jambe d'origine veineuse. Il calcule la surface suivant une formule mathématique avec une marge d'erreur de 10 %. Il tire des conclusions en comparant le coefficient de cicatrisation avec la surface de l'ulcère, l'âge et le sexe des malades.

Kaden et Wanjura ont publié en 1968 le contrôle planimétrique des ulcères veineux, qui leur permet de surveiller la cicatrisation des ulcères.

Mais tous ces résultats sont fragmentaires, car les calculs ne portent que sur quelques paramètres et ne se réfèrent qu'à des groupes restreints. Aussi avons-nous voulu vérifier sur un nombre important d'ulcères un premier groupe de 546 ulcères et un deuxième de 100, quels étaient les paramètres mesurables influençant la cicatrisation.

CHOIX DES MALADES

Il a été laissé au hasard de la consultation. Seuls ont été éliminés tous les cas avec participation artérielle évidente, estimée d'après la palpation des pouls jambiers et, en cas de doute, mesure des oscillations du mollet. Tous les ulcéreux avec oscillations amples et symétriques ont été retenus.

TRAITEMENT

Tous ces ulcéreux ont été traités en consultation par élasto-compression ambulatoire suivant le schéma:

- nettoyage instrumental de l'ulcère et des zones périulcéreuses
- désinfection par solution alcoolique d'éosine ou de violet de gentiane
- application d'une pommade selon état de l'ulcère:
 - infecté: pommade antibiotique (tétracycline-polymyxine) pendant une semaine au maximum
 - nécrotique: poudrage à la trypsine
 - ulcère détergé: pommade au peroxyde de zinc
 - ulcère profond: rapprochement des bords par leucoplaste
 - éczéma péri-ulcéreux: légère couche de pommade corticoïde
- couverture par compresses stériles
- capitonnage au coton cellulosique
- pose éventuelle d'un coussinet de caoutchouc mousse
- application serrée d'une bande élastique collante (pression de 50 mm de Hg mesurée d'après la méthode de Van der Molen).

Ce pansement est renouvelé deux fois par semaine jusqu'à détersion de l'ulcère, puis une fois par semaine. Après disparition de l'œdème, la sclérose des varices responsables de l'ulcération a été associée au traitement local.

PARAMETRES ETUDIES

Lors de la première consultation on note les paramètres suivants:

- paramètres du malade: sexe, poids en kg, âge en années
- paramètres de l'ulcère:
 - durée en mois depuis son ouverture jusqu'à la consultation
 - surface de l'ulcère: les contours de l'ulcère sont reportés sur papier calqué posé sur l'ulcère, la surface ainsi obtenue mesurée avec un planimètre à 0.1 cm² près.
 - coefficient périmétrique: la circonférence de l'ulcère est mesurée sur le décalque avec un curvimètre. Le coefficient périmétrique est calculé en divisant la circonférence de l'ulcère par celle d'un cercle de même surface que l'ulcère. Ce coefficient est égal ou supérieur à 1 suivant la conformation de l'ulcère.
 - distance plan du pied — milieu de l'ulcère en cm.
 - varices sous-ulcéreuses: repérées par la seule palpation au cours des consultations successives.
- syndrome post-thrombotique ou non confirmé par l'anamnèse et les données cliniques, sans examen phlébographique.
- situation de l'ulcère: jambe droite ou gauche, interne, externe ou tibial. Ont été considérés comme tibiaux les ulcères ayant toute ou une grande partie de leur surface dans une zone située 3 cm de part et d'autre de la crête tibiale.
- morphologie de l'ulcère:
 - fond de l'ulcère:
 - bourgeonnant, bourgeons charnus bien vascularisés sur toute la surface
 - nécrotique avec tissus sphacelés
 - scléreux, avec fond nacré d'allure torpide
 - infecté, avec pus et couennes
 - profondeur: plan, au niveau de la surface cutanée environnante peu creusé, 1-2 mm de profondeur profond, soit plus de 2 mm
 - région périé et sous-ulcéreuse:
 - peau normale, sans lésions dermatologiques
 - atrophie blanche
 - dermite ocre
 - éczéma
 - ulcère calleux avec importante induration sous-ulcéreuse ne cédant que lentement à la compression.

En cours de traitement ont été mesurés à chaque consultation:

- les axes transversal et longitudinal de l'ulcère, ce qui renseigne immédiatement sur les progrès de la cicatrisation

- les circonférences de la cheville et du mollet, permettant d'apprécier l'efficacité de la compression
- la surface de l'ulcère.

En fin de traitement, uniquement après cicatrisation complète, ont été calculés:

- la vitesse de cicatrisation (V.C.), c'est-à-dire la surface de l'ulcère, exprimée en mm², divisée par le nombre de jours de traitement, donc mm² cicatrisés par jour
- le pourcentage de réduction de la circonférence de la cheville, c'est-à-dire la circonférence en fin de traitement divisée par la circonférence initiale de la cheville.

RESULTATS ET DISCUSSION

Tous ces résultats (27 paramètres par ulcère) ont été colligés sur une liste et dépouillés par ordinateur selon les méthodes statistiques usuelles en médecine: test de Student avec moyenne et écart-type, test d'indépendance, droites de régression, etc.

Ils sont fournis par deux groupes d'ulcères. Un premier, de 546 ulcères, comprend des ulcères de toute taille, allant de 0.1 à 65.8 cm². Un sous-groupe en a été extrait qui comprend les ulcères de 0.1 à 2.9 cm² inclus. Un deuxième groupe de 100 ulcères a été formé indépendamment du premier, avec des ulcères de 0.1 à 2.9 cm² inclus. Entre les groupes de 408 ulcères et 100 ulcères, de même surface, il n'y a pas de différences statistiquement significatives, ce qui autorise la comparaison ultérieure des résultats de l'un ou l'autre groupe avec celui des 546 ulcères de toute taille. Cette séparation en sous-groupe a été faite en cours de dépouillement statistique, quand les premiers résultats ont montré la dépendance étroite entre la V.C. et la surface de l'ulcère et dans l'intention d'éliminer les ulcères de grande surface, important facteur d'erreur perturbant l'estimation fine des résultats.

On peut assimiler la dépendance de la surface et de la V.C. à une fonction linéaire, estimée par la droite de régression. Les différences de V.C. des cinq tranches de surface sont statistiquement significatives entre tous les groupes ($p < 0.001$ à une exception près). Ceci corrobore les résultats de Luger et Haeger, mais avec une signification plus grande. Une première série de recherches statistiques a été consacrée aux paramètres influençant la surface de l'ulcère. Elle dépend de l'âge du malade, c'est-à-dire qu'elle augmente avec l'âge. Ceci est sans doute dû au fait que les malades âgés consultent plus tardivement que les jeunes, opinion qui est confirmée par la durée des ulcères en fonction des tranches de surface. En effet dans le groupe des 546 ulcères, la surface de l'ulcère augmente avec sa durée. Mais cette différence ne se retrouve pas dans le groupe des petits ulcères.

La surface de l'ulcère augmente également avec le poids du malade, différence non significative dans le groupe des 100 ulcères. Il faut toutefois pondérer ce résultat avec celui de l'âge. En effet, les hommes de 50 à 59 ans d'une taille de 1.70 m pèsent 73.3 kg, soit 2.2. kg de plus que les hommes de même taille de 30 à 39 ans (tables scientifiques GEIGY). Il existe une relation entre la surface de l'ulcère et le pourcentage de réduction de la circonférence de la cheville. Cette réduction peut être interprétée de deux façons: au départ il peut s'agir aussi bien d'un oedème de la cheville, bien que les malades aient porté avant la première consul-

tation une contention plus ou moins efficace, que de varices très saillantes dont la protubérance augmente la circonférence. Notre statistique ne permet pas de faire la différence. Cette tendance se confirme dans le groupe des petits ulcères de 0.1 à 2.9 cm² ($p < 0.02$ entre les deux tranches). Le coefficient périmétrique intervient faiblement dans la taille des ulcères, c'est-à-dire que les petits ulcères tendent vers la forme circulaire, alors que les grands ont des formes plus tourmentées.

En séparant les ulcères suivant le sexe des malades, on constate que le poids des hommes est significativement plus élevé que celui des femmes, la différence moyenne est de 6.50 kg ($p < 0.001$). Les ulcères des hommes sont plus grands, bien que leur durée soit plus petite que celle des ulcères des femmes. Contrairement aux résultats publiés par Haeger, notre groupe de 546 ulcères ne montre aucune différence significative entre les V.C. des deux sexes. Cette différence n'existe pas non plus dans le sous-groupe des ulcères de petite taille. Les malades avec syndrome post-thrombotique ont un poids supérieur de 3.00 kg en moyenne par rapport aux autres ulcéreux ($p < 0.025$). La V.C. n'est pas statistiquement différente entre les post-thrombotiques et les autres. Alors que l'on pouvait s'attendre à une différence nette, la statistique a infirmé l'impression clinique.

De même il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la V.C. rapportée à la réduction de la circonférence de la cheville. Les malades avec varices sous-ulcéreuses ont un poids significativement plus élevé que ceux sans, soit une différence moyenne de 6.82 kg ($p < 0.001$). Les varices sous-ulcéreuses retardent significativement la cicatrisation, et ce malgré le traitement sclérosant, mais uniquement dans le groupe des ulcères de toute taille. Ce facteur ne semble pas jouer pour les ulcères de petite taille.

La V.C. est indépendante de l'âge. Cette donnée confirme les résultats de Haeger et Luger. Les V.C. suivant les tranches de poids de 10 en 10 kg donnent des résultats peu probants. Seuls les malades de 60-69 kg et de 90-99 kg cicatrisent plus vite que ceux de 80-89 kg ($p < 0.01$). On ne peut en tirer des conclusions valables.

Les ulcères récents, ayant de 1 à 3 semaines, cicatrisent significativement moins vite que tous les autres ulcères, mis à part ceux ayant 12.0 moins ou plus. Un ulcère récent est encore en voie de formation et cette évolution n'est pas stoppée immédiatement par le traitement. Un ulcère ancien serait plus torpide après une durée d'un an. Nos chiffres sont en contradiction avec ceux de Luger, qui ne trouve pas de différence suivant la durée de l'ulcère.

La tranche avec réduction de la circonférence de la cheville de 7.0-8.9 % cicatrise significativement plus vite que tous les autres groupes ($p < 0.002$ au minimum). La réduction de la circonférence rapproche les bords de l'ulcère, donc sa surface diminue.

La cicatrisation se faisant en général à partir des lisérés épidermiques du bord de l'ulcère, on pouvait supposer que plus le périmètre de l'ulcère serait important par rapport à la surface, plus la cicatrisation se ferait rapidement. Ce fait s'est vérifié par la statistique mais non dans les proportions espérées. La forme de l'ulcère est donc un facteur accessoire.

Les ulcères cicatrisent aussi rapidement à droite qu'à gauche, ce qui importe est leur localisation. Les ulcères internes cicatrisent moins vite que les externes et les tibiaux ont une V.C. encore plus élevée. La différence est significative entre les internes et les tibiaux ($p < 0.001$).

Pour vérifier l'influence de la distance milieu de l'ulcère — plan du pied, le sous-groupe des ulcères de 0.1-2.9 cm² a été divisé en trois tranches de nombre égal, soit inférieure, moyenne et supérieure. Les ulcères de la face interne de la jambe cicatrisent d'autant plus vite que l'ulcère est haut situé. Les ulcères externes donnent un résultat paradoxal. Le groupe des ulcères tibiaux n'a pu être calculé que pour le groupe supérieur, qui a une V.C. significativement plus élevée que 4 autres tranches. Les résultats de Luger n'ont été confirmés que partiellement, les ulcères tibiaux de notre statistique ont une bonne V.C. Cette différence est certainement due au fait que cet auteur ne tient pas compte de la surface. Il semble logique que les ulcères bas situés aient une surface plus petite que ceux du tiers moyen de la jambe.

Le résultat le plus étonnant est fourni par la relation de la V.C. avec les caractères morphologiques de l'ulcère. Dans aucun des différents cas ils n'ont une influence statistiquement significative sur la V.C. des ulcères de petite taille.

CONCLUSIONS

Le facteur le plus important et hautement significatif qui influe la V.C. est la surface de l'ulcère.

Les seuls paramètres propres à l'ulcère de 0.1 à 2.9 cm² agissant sur la V.C. sont:

Les ulcères récents de 1 à 3 semaines et les ulcères bas situés ont une V.C. significativement plus faible.

Les ulcères sans varices sous-ulcéreuses, ceux avec une forte réduction de la circonférence de la cheville ont une V.C. plus élevée.

La V.C. des ulcères internes est plus petite que celle des externes, qui est elle-même plus faible que celle des ulcères tibiaux.

RESUME

Tous les paramètres mesurables et les caractères morphologiques de deux séries d'ulcères, une de 546 ulcères de toute taille et de 100 ulcères de 0.1 à 2.9 cm² inclus ont été dépouillés statistiquement sur ordinateur. L'influence de tous ces paramètres sur la vitesse de cicatrisation est indiquée avec leur signification.

BIBLIOGRAPHIE

1. Naeger K., Preoperative Treatment of Leg Ulcers with Silver Spray and Aluminium Foil, Acta Chir. Scand.: 32-41, (1963).
2. Kaden R., Wanjura H. J., Planimetrische Verlaufskontrolle venöser Ulzera, 28. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Tübingen, 1968.
3. Luger A., Heilungstendenz beim Ulcus Cruris, Der Hautarzt, 3: 360-365, (1952).
4. Van der Molen H. R., Mesure de la compression en thérapeutique phlébologique, Anthologia Phlebologica, 1962.

Travail du service de Chirurgie Cardio-vasculaire,
C. H. U. de Strasbourg (Prof. R. Kiény).

Inderal, en agissant comme inhibiteur des récepteurs adrénérgiques bêta, protège le cœur contre toute activité sympathique excessive.

Le besoin en oxygène du myocarde pendant l'effort physique est réduit; la tolérance à l'effort est donc augmentée.

Résultat : le patient peut mener une vie normale.

Inderal 

Pharma-Union S.A. - Destelbergen
I. C. I. Pharmaceuticals Division.



Présentation : Flacons de 50 comprimés de 40 mg.

LES ULCERES ARTERIELS

C. HURIEZ et J. C. ALLART (Lille)

Il y a 25 ans seulement, 2% d'ulcères de jambes paraissaient relever d'une insuffisance artérielle. Le pourcentage n'a cessé de croître puisqu'il était:

- de 4% en 1955
- 10% en 1963
- 15% en 1969

Il a donc plus que triplé ces 15 dernières années.

Sur les trois milliers d'ulcéreux que nous avons hospitalisés dans notre service en un quart de siècle nous nous sommes particulièrement intéressés aux 250 ulcères *artéritiques* de 1960 à fin 1969.

L'allongement de la durée de la vie jouait certes entre les pourcentages de 1945 et 1960, mais beaucoup moins dans cette dernière décennie.

Il est possible que la recherche systématique des artérites latentes chez tous les ulcéreux soit un facteur important puisque

40% de nos ulcères athéromateux étaient au *stade I* sans signes fonctionnels

24% au *stade II* avec claudication intermittente

36% au *stade III* avec douleurs de décubitus

Les excès d'aliments lipidiques, et surtout de tabagisme jouent un rôle indiscutable. Sans investigations particulières $\frac{1}{4}$ avaient ces 2 derniers excès, 12% s'accompagnent d'obésité, 2% de goutte.

Autre aspect confirmatif:

les *ulcères veineux* ont une *prédominance féminine* atteignant presque 64%, alors que ce pourcentage tombe à 56% dans les ulcères artériels.

L'âge des ulcéreux artériels est bien plus avancé en général que celui des ulcères veineux: 31% de ces derniers étaient apparus *avant l'âge de 50 ans* et seulement 6% des ulcères artériels: *leur fréquence maxima se situe entre 60 et 80 ans* (59%) et 16% même surviennent après 80 ans.

L'ulcère artériel apparaît en moyenne 10 ans plus tard chez la femme que chez l'homme.

Un *tabagisme extraordinaire* explique que chez des hommes, nous ayons cependant 13% d'ulcères artériels avant 50 ans et moins de 1% chez la femme.

D'autre part, le *diabète* était relevé chez plus du quart (27%) de nos malades (alors qu'il n'est noté que chez moins de 10% des ulcères veineux, comme dans toute la population).

La *syphilis* n'a jamais eu de localisation élective sur les artères des membres (4% de nos sujets avaient une sérologie positive).

Mais il faut souligner que *l'association d'une hypertension veineuse et d'une insuffisance artérielle* était notée dans $\frac{1}{4}$ des cas; c'est dire nécessité absolue de rechercher celle-ci chez des variqueux âgés, si l'on veut éviter la mise en oeuvre de thérapeutiques veineuses médico-chirurgicales, aux conséquences redoutables.

Il y aura donc nécessité d'une division dans l'étude des ulcères artériels: d'autant que *l'ulcère diabétique* est féminin dans 70% des cas. Ceci montre que *l'ulcère athéromateux* est par contre avant tout masculin.

ASPECTS CLINIQUES:

L'*ulcère athéromateux* est beaucoup plus souvent unilatéral (85 %) que l'*ulcère veineux* (un traumatisme ne le localise que dans 40 % des cas). Certes les localisations malléolaires s'observent encore dans 1/3 des cas (contre 84 % dans l'*ulcère variqueux*). On note surtout des sièges pratiquement inconnus dans les *ulcères veineux*:

20 % aux pieds dos du pied 14 %
talon 3 %
orteils 3 %

Deux types cliniques doivent être séméiologiquement individualisés, de fréquence à peu près semblable, sans qu'il y ait de différence de sexe ou d'âge:

A) les *ulcères profonds* (53 %) sont rarement spontanés, 20 % vastes, dans plus de la moitié des cas, susceptibles de couvrir la presque totalité du 1/3 inférieur de jambe.

Dans 3 cas sur 4 les douleurs sont très vives, à recrudescence avec le *décubitus nocturne*.

B) les *ulcères superficiels* sont un peu moins fréquents (45 %) un peu moins grands, sphacéliques seulement dans 30 % des cas, le plus souvent à fond rose jaunâtre, à bords nettement limités.

Mais ce qu'il faut souligner, dans les 2 types d'*ulcères artériels*, c'est la beaucoup moindre fréquence que dans les *ulcères veineux* des atteintes cutanées périphériques.

- Les *dermites* ne s'observent que dans 1/4 des cas
- les *eczémas* chez 11 % de ces ulcéreux sont le plus souvent consécutifs à une sensibilisation à un topique
- les *capillarites* ne s'observent que dans 11 % contre 25 % dans les *ulcères post-variqueux* et 40 % dans les *ulcères post-phlébitiques*
- les *hypodermites aiguës* (13 %) s'observent surtout dans la variété profonde. Une forme subaiguë relevant surtout de l'association des troubles veineux.

Mais ce trouble ne suffit pas à expliquer toujours les *oedèmes* qui résultent de positions déclives antalgiques prolongées et de variations de la perméabilité capillaire (l'anoxie est constante). Ces oedèmes ont été étudiés par Doumer et Lorriaux chez les artéritiques sans troubles veineux (Angéiologie nov. 1959 et Lille Médical n° spécial sur les oedèmes locaux) au symposium sur les oedèmes locaux que nous avons organisé lors d'un doublé Lille-Liège en 1959.

Les *douleurs* des *ulcères veineux* sont surtout fonction de la *surinfection*. Celle-ci a été retrouvée chez 78 % de nos ulcéreux artériels, mais les algies ont aussi un substrat artéritique plus permanent. La flore, très polymorphe, des *ulcères athéromateux*, comporte avant tout le pyocyanique (58 %), le staphylocoque doré (25 %), mais encore l'entérocoque (37 %), le protéus (13 %) et le colibacille (10 %).

Par ailleurs on retrouve chez ces ulcéreux une simple *disparition* — latente — des poulx pédieux dans 40 % des cas (stade I), un refroidissement du pied, un changement de coloration des téguments, normale en position horizontale, anormalement pâle en surélévation, érythrocyanotique en position déclive avec *claudication intermittente* (stade II dans 24 %) et des *douleurs de décubitus* (stade III dans 36 %).

La classification de Leriche rangeait en un stade IV les *artérites avec ulcère gangréneux*, or nous avons observé des gangrènes extensives, avec latence de la lésion artérielle.

Les *radicographies artérielles* peuvent montrer, sans préparation, un trajet de *calcifications pariétales*.

Les artériographies montrent que dans $\frac{3}{4}$ des cas, il y a des lésions au niveau des gros troncs, les artères les plus souvent lésées étant la *tibiale postérieure*, étant la *fémorale superficielle*, surtout au niveau du canal de Hunter.

Mais nous avons enregistré, même chez des sujets jeunes, des *lésions beaucoup plus étendues*: oblitération d'une ou 2 *iliaques primitives* avec reprise de la circulation collatérale au niveau des fémorales, ou après un 2^e arrêt au niveau de la poplitée ou des tibiales postérieures.

Cet *athérome étagé ou diffus* a été objectif, même chez des sujets de moins de 50 ans, grands fumeurs et éthyliques.

L'artériographie a trop souvent mis en évidence des *lésions* très avancées.

Voici des cas avec athérome de la fourche aortique. Les artères iliaques sont sinueuses et godronnées.

Dans d'autres cas elles sont complètement obturées d'un ou des 2 côtés avec reprise de la circulation par les collatérales.

Mais quelquefois en cas d'ulcères d'apparition spontanée, elle révèle des stades moins avancés, susceptibles de bénéficier de *pontages by pass* après résection qui dans ce dernier cas comportait celle de la bifurcation aortique.

Du point de vue vasculaire en général, il s'agissait dans plus de la moitié des cas d'*hypertendus*, à maxima supérieure à 18, avec dans 40 % des cas les signes de *coronarites* et *hypertrophie ventriculaire gauche*.

Dans 80 % des cas l'*examen du fond d'oeil* montrait des signes de sclérose vasculaire plus ou moins avancée. Il y avait donc bien dans la plupart des cas un tableau d'*athéromatose généralisée*. Il n'y avait par ailleurs *pas d'augmentation significative* des taux des lipides totaux et du cholestérol.

Celle des triglycérides est plus significative.

La glycémie le plus souvent normale dans les ulcères athéromateux, entraîne à parler des *ulcères par artérites* chez les *diabétiques* (27 % de nos malades).

Ils frappent surtout la *femme* et débutent le plus souvent *sans traumatismes préalables* et à un *âge moins avancé* (50 à 70 dans 65 % des cas). Une localisation préférentielle supplémentaire dans cet état est la *région talonnière* (17,2 %).

Il s'agit encore d'ulcères avec peu de lésions périphériques *encore plus souvent surinfectés* que les ulcères purement athéromateux, avec présence de *staphylocoque doré* dans $\frac{2}{3}$ des cas, et de *pyocyanique* seulement dans 1 cas sur 2.

L'atteinte des troncs artériels est plus distale avec *prédominance sur les axes jambiers*, particulièrement sur le tronc tibiopéronier et la *tibiale postérieure*, avec assez souvent *artérite segmentaire à 2 étages*.

Il s'agissait le plus souvent de diabètes connus et traités souvent imparfaitement mais parfois méconnus (12 %). L'apparition de l'ulcère surinfecté provoquait souvent une *déséquilibre du diabète*. Les *troubles du métabolisme lipidique* étaient plus fréquents.

Les autres variétés d'ulcères artériels ne représentent que 2,4 % des cas:

1) 2 ulcères de *maladie de Buerger* chez les hommes de moins de 40 ans siégeaient au niveau des orteils et étaient très douloureux.

Dans ce cas, les troubles artériels étaient assez discrets et contrastaient avec une oblitération de toute la fourche aortique (l'interrogatoire mettait en évidence la frigidité du syndrome de Leriche).

2) *Ulcère post-poliomyélitique* était survenu sur un membre à trophicité très altérée, au pied déformé en varus.

3) Nous n'avons discuté que 3 fois les *ulcères de Martorell* qu'on ne doit pas appeler hypertensifs, mais des *hypertendus diastoliques*. Ils sont symétriques, douloureux, à la face antéro externe de l'union des $\frac{1}{3}$ moyen et inférieur de jambes, sans oblitération tronculaire.

L'histologie montre une hyalinose sous-endothéliale et un épaissement de la média.

4) Mais la prédominance de l'étiologie artérielle dans les ulcères gangréneux n'est pas constante et il y a des *ulcères gangréneux superficiels*, dont il faut faire le diagnostic différentiel d'avec ces ulcères artéritiques.

Telles sont les *angiodermites nécrotiques en plaques superficielles* de Colomb et Rouhani, chez des femmes surtout d'une cinquantaine d'années. Après déterision ou excision des tissus sphacelés le plus souvent, on découvre au tiers inférieur du mollet, en une zone neutre, une ulcération superficielle, à bords cyanotiques, taillés à pic. Ces lésions sont très douloureuses. Les Collègues nancéiens et toulousiens ont vérifié plusieurs fois une *étiologie ricketisienne*: dans la région du Nord, il y a peu de mairais et de ce fait peu de tiques. Les séro-diagnostic pour divers typhus, fièvres Q et boutonneuses sont revenus négatifs des laboratoires des Professeurs Girard et Caretti dans des ulcères gangréneux, juvéniles et non artéritiques.

5) Pas plus, nous n'avons trouvé chez eux de *macro-globulinémie de Waldenstrom* ni de *cryoglobulinémie*.

6) Par contre, nous n'avons pas trouvé d'artérite chez une femme de 35 ans, dont chacune des 7 grossesses s'était accompagnée d'une protéinurie atteignant parfois 40 g au litre. Elle présente 3 mois après le dernier accouchement une angine avec fièvre à 40°, artralgies et éruption érythémato purpurique des membres à laquelle succédèrent des nécroses superficielles insulaires très étendues, sans signes d'artérite. Quelques jours plus tard, elle présente un épanchement pleural gauche, puis une péricardite.

Cette *angiodermite nécrosante* fut rattachée à un *lupus érythémateux subaigu*, du fait d'une *anémie* à 3 millions, d'une leucopénie à 3 000, d'un taux élevé d'ASTO s'élevant de 960 à 1 600 et d'un test d'Haeserich positif à 2 reprises, sans mise en évidence d'anticorps anti DNA ni antihématies ni *antiplaquettes* (sous *céphalosporine* il y eut amélioration des lésions cutanées mais aggravation des lésions rénales (on ignorait en 1967 la néphrotoxicité des céphalotines) elles régressèrent sous chloraminophène, tandis qu'apparaissait une multinévrite du radial droit et du médian gauche.

8) Enfin ce n'est que pour compléter le *diagnostic différentiel* que nous projetons trois images de *pyoderme gangrenosum* qui furent rattachées. 2 fois à des rectocolites hémorragiques. Nous avons rapporté à Paris en mars 69 qu'elles ne guérissent qu'après colectomie, qui dut être complétée dans un cas par une amputation du rectum.

Notre collaborateur Leclaire démontra dans un cas une immunofluorescence de l'infiltrat lymphoplasmocytaire, du cytoplasme des glandes de Lieber Kuhn et des cellules du corps muqueux de Malpighi. Ceci plairait en faveur d'une maladie auto-immune.

Le 3e cas fut présenté en mars 1970 à Paris, sans qu'on découvrit (même à l'autopsie) de recto-colite hémorragique. Il avait tout moins été aggravé du point de vue hématologique par une cure de sultrirène, mais nous devons signaler qu'une stomatite ulcéreuse avait été notée avant l'administration de ce sulfamide retard.

LA THERAPEUTIQUE

La thérapeutique des ulcères artéritiques s'avère beaucoup *plus difficile que celle des autres ulcères vasculaires*.

Aussi doit-elle obéir à une tactique thérapeutique prolongée associant:

1) *La liquidation de la surinfection* par une *antibiose générale* où la gentamycine tient une grande place quand il y a du pyccyanique.

Chez eux, on doit d'abord recourir uniquement aux compresses de polymyxine.

Nous avons déjà fait une allusion à la néphrotoxicité des céphalotines. Dans les thèses de notre élève Bourra en 1968, basée sur 60 cas, nous n'avions pas constaté d'incidents rénaux. Ce dernier hiver, nous avons dû enregistrer 4 élévations considérables (au-delà du gramme) d'azotémies initialement normales: deux furent réductibles après arrêt de la gentamycine mais 2 autres restèrent définitives, dont une se maintient à plus de 1,5 g chez un malade qui avait initialement quelques oedèmes d'insuffisance cardiaque légère, mais une azotémie de départ de 0,25. C'est dire la prudence avec laquelle il faut recourir à la gentalline chez les artérioscléreux.

2) des médicaments vaso-dilatatrices

a) telles les injections intramusculaires de complamine, en longues séries, 1 à 2 fois par jour

b) infiltrations lombaires

c) massage électropneumatique (Syncardon). Après 23 000 séances en 10 ans chez ces artéritiques nous pouvons dire qu'il n'y a jamais eu de désobstruction d'un gros tronc mais développement de la circulation collatérale particulièrement utile (8 à 10 à intervalles de 15 jours).

3) *Médications tissulaires*

Parmi elles signalons l'action favorable des *implants placentaires*, sauf troubles glycorégulateurs qui sont aggravés, démontrant que l'action biostimulante n'est pas un mythe.

Les *soins locaux* demandent patience et minutie, ils doivent viser à obtenir une détersion rapide de l'ulcère par les antiseptiques locaux.

Par ailleurs, il faut pratiquer l'ablation des zones mortifiées à la pince.

Puis à obtenir la cicatrisation par divers stimulants locaux (mèches de Dakin, compresses d'acérbine) dont le risque de sensibilisation moindre n'est pas cependant négligeable.

C'est en suivant strictement et de façon prolongée cette tactique thérapeutique que nous avons pu obtenir:

- Une *guérison totale* dans 42 % des cas des ulcères artéroscléreux et 30 % des ulcères diabétiques
- une *amélioration très notable* dans un peu moins de 30 % des cas dans ces deux types d'ulcère
- Une *diminution* très nette du taux des amputations qui atteignaient il y a 20 ans, près de la moitié des cas et qui n'est plus actuellement que de 15 %.

Encore faut-il distinguer dans ces amputations entre les *précoces* qui représentent la *moitié du total* chez les malades où elles constituent une indication d'urgence, et les *amputations tardives* qui sont décidées après échec du traitement médical.

Cette tactique thérapeutique permet d'obtenir des cicatrisations mais le pronostic final ne se trouve réellement pas modifié du fait de la fréquence des rechutes; nous avons néanmoins retardé celles-ci parfois de 5 à 10 ans.

Le traitement des ulcères artéritiques ne saurait être complet si l'on n'envisageait pas de *solutions chirurgicales*, visant à pallier l'insuffisance artérielle et aussi améliorer la circulation profonde.

La *chirurgie restauratrice* doit être envisagée mais il faut bien avouer que l'âge trop avancé des malades, leur état de sclérose vasculaire diffuse contre-indiquent très souvent ces interventions.

Par contre, la *sympathectomie lombaire* par son action à la fois sur la circulation cutanée périphérique (comme le rappelait Natali en 1961) et sur le développement de la circulation collatérale, constitue un acte simple, et les résultats favorables que nous avons obtenus nous encouragent à en multiplier les indications.

RESUME

La technique thérapeutique décrite et appliquée de façon prolongée, avec le recours si nécessaire à la chirurgie constituent les éléments du traitement des ulcères artéritiques. Ainsi, les amputations diminuent et le pourcentage des guérisons augmente.

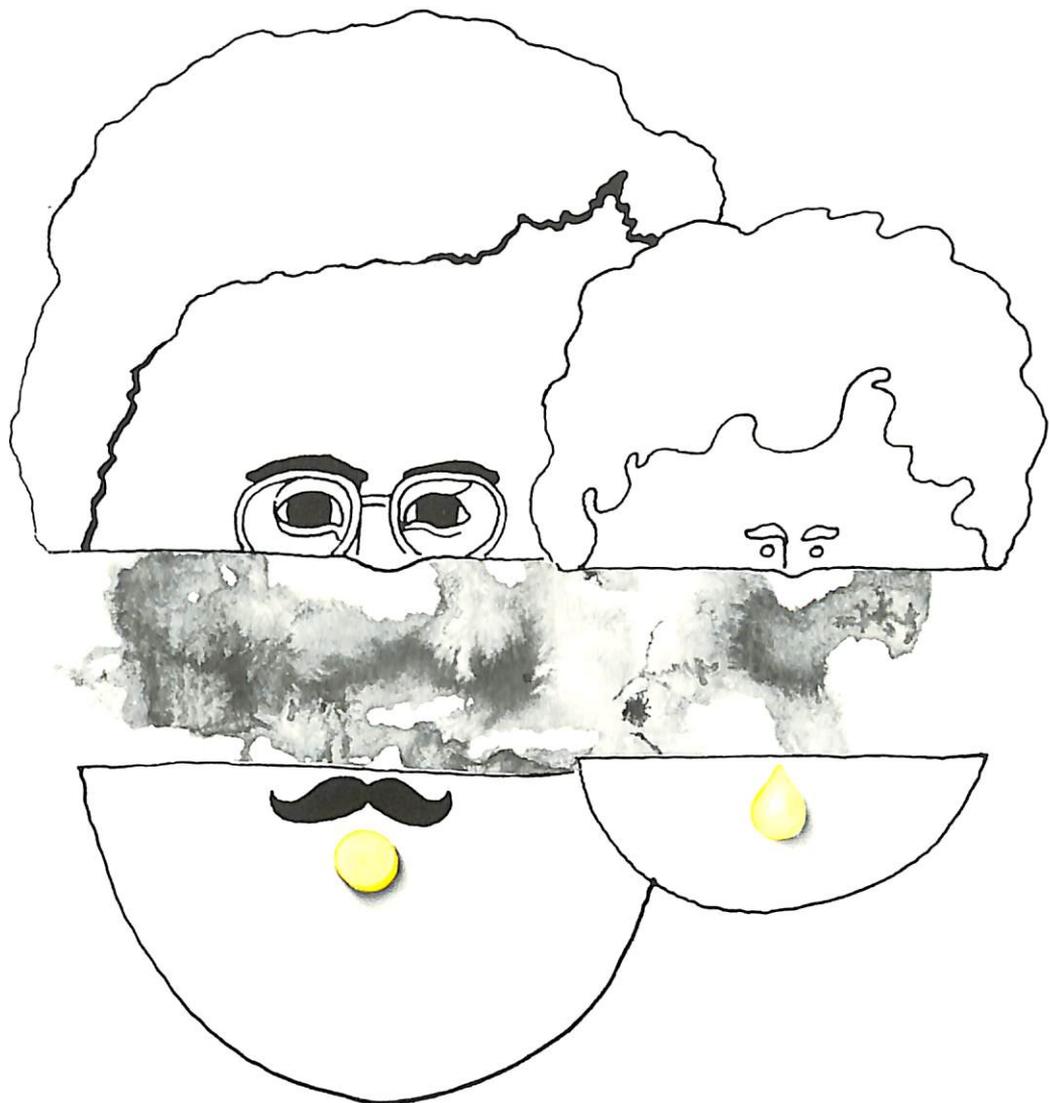
Le pronostic reste essentiellement lié au stade de l'artérite auquel il survient. Il est *aggravé par le terrain diabétique*; que l'ulcère soit profond ou superficiel.

De toutes façons, un diagnostic précoce du trouble artériel est indispensable si l'on veut diminuer encore le nombre des amputations au cours de ces ulcères artériels, dont le nombre a *quintuplé en un quart de siècle* du fait de l'allongement de la vie et de l'accroissement déraisonnable de l'alcoolisme et de la lipopolyphagie.

L'accroissement considérable des ulcères artériels est un des exemples les plus démonstratifs pour rappeler aux Français et aux autres que souvent beaucoup mangent trop, mais surtout fument beaucoup trop.

La prophylaxie des ulcères artériels est fort simple, mais ne s'adopte pas à l'âge mûr, mais dès l'adolescence, oserai-je dire.

Adresse des auteurs:
512, avenue de la République, Lille, France



2 rhumes
1 traitement : Triaminic

Gouttes buvables pour enfants.
Bitabs pour adultes.

Triaminic[®] 
WANDER

Gouttes buvables pour enfants Bitabs pour adultes



Traitement moderne du rhume

- par voie orale
- pour l'**adulte** et l'**enfant**

TRIAMINIC agit

- de façon rapide, intense et durable
- sur tous les symptômes du rhume
- en protégeant les muqueuses et l'épithélium cilié
- en évitant les complications infectieuses

Pour l'adulte : TRIAMINIC

Bitabs

3 x 1 bitab par jour
Flacons de 12 bitabs

Pour l'enfant : TRIAMINIC

Gouttes buvables :

3 gouttes par année d'âge
3 fois par jour
Flacons de 10 ml.

Triaminic® 
WANDER

Wenn
Penicillin oral,
dann Ispenoral
Wenn Penicillin-V-Kalium,
dann Ispenoral
Wenn rationelle Penicillin-Therapie,
dann Ispenoral



Ispenoral

Denn orale Applikationen von Ispenoral sind
sowohl für den Arzt als auch für den Patienten
sehr angenehm.

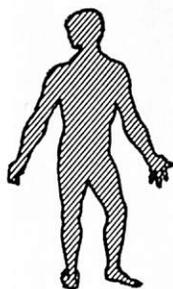
Ispenoral 500
OP mit 9 Tabl. ◦

Ispenoral Mega
OP mit 9 Tabl.

Chephasaar GmbH - 6672 Rohrbach/Saar

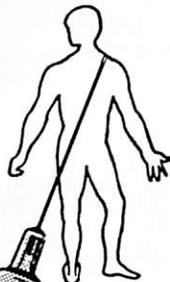
INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Epernay

VOTRE PATIENT



=

SA CONSTITUTION



+

SA MALADIE



DECA DURABOLIN
Constitution optimale

Organon

RESULTAT :

Retour accéléré à une vie normale.

ULCERES ET HYPODERMITE

M. VIGONI (Bruxelles)

Le thème qui m'a été assigné (Ulcères et hypodermite) a des frontières tellement étendues qu'il pourrait me permettre, si j'étais ambitieux, de parler de presque tous les ulcères des jambes.

En effet, si on excepte les ulcères des jeunes variqueux, qui sont des ulcères infectieux dont le trouble circulatoire conditionne la rapidité d'évolution, on trouvera toujours un certain degré de sclérose dermohypodermique (SHD) et parfois même d'hypodermite à l'origine des ulcères qui surviennent chez les variqueux chroniques.

Je limiterai mon exposé aux ulcères compliquant la SDH organisée et irréversible et à ceux compliquant l'hypodermite scléreuse de même type, faisant une distinction nette entre ces deux formes de sclérose, le terme hypodermite impliquant un élément infectieux qui n'existe pas dans le premier.

Dans la SDH, l'ulcération représente le stade ultime de l'affection. Ce n'est pas un accident, c'est une échéance. C'est au surplus une conséquence de la SDH et cela implique que l'on ne puisse pas guérir l'une sans l'autre.

Je ne veux pas m'étendre sur l'histopathologie de l'affection, mais rappeler simplement comment, sous l'influence conjuguée de la stase et d'une prédisposition tissulaire (hydrophilie dermique le plus souvent) on aboutit aux lésions vasculaires, aux micro-thromboses et surtout à la dégénérescence graisseuse qui conduit à la fibrose et finalement à la SDH du type en chaussette ou du type hypertrophique. Les différentes étapes de cette évolution ont été objectivées histologiquement par les études très précises que le Dr Gompel a pratiquées sur d'innombrables prélèvements opératoires.

Dans la SDH tout comme dans l'hypodermite scléreuse, l'ulcère peut siéger au centre de la plaque scléreuse ou à la malléole interne, siège classique des ulcères variqueux. Les ulcères sont plus fréquents dans la sclérose atrophique que dans celle hypertrophique, et encore davantage dans les hypodermites scléreuses où ils succèdent généralement à des poussées d'eczéma ou de lymphangite.

La SDH étant constituée et jugée irréversible, il faut l'opérer à plus forte raison si elle est compliquée d'ulcères.

Le temps principal de l'intervention est celui qui vise la SDH. J'en rappelle les différents temps:

Incision très longue dans l'axe de la jambe, passant au milieu de la plage indurée;

- Réséction du placard fibreux;
- Fasciectomy large;
- Ligature des perforantes;
- Suture;
- Compression élastique.

Si l'ulcère siéger au centre de la plaque indurée, il est enlevé d'un bloc avec elle. La suture de la plaie n'est alors que partielle. On greffe secondairement.

Si l'ulcère siéger à la malléole, il sera excisé et greffé directement, le plus souvent par des greffes de Davis.

Dans la sclérose en chaussette (jambe ficelée) l'attitude sera la même en ce qui concerne les ulcères, mais ici, encore qu'il n'y ait pas de bloc scléreux à réséquer, il est non moins indispensable de pratiquer la longue incision de Linton et une fasciectomy étendue. Cette intervention permet la ligature des perforantes que l'examen n'arrive presque jamais à mettre en évidence, supprime la guêtre inextensible qui comprimait la jambe et améliore la vascularisation superficielle.

Dans quelques cas très anciens, l'ulcère a creusé en profondeur, siège sur un soubassement fibreux et est entouré de bords calleux. Dans ces cas, il faut exciser largement, attendre sous le couvert d'un traitement ambulatoire de compression élastique le comblement de la plaie par des granulations saines et greffer secondairement.

Citons encore pour être complet les SDH atrophiques pigmentées, dont le préjudice, pour n'être qu'esthétique, est important quand la pigmentation est très foncée ou même noire. Ici, le traitement consiste en une résection limitée à la zone pigmentée et en une greffe immédiate par un lambeau libre demi épais. Ces sclérodermies pigmentées sont souvent compliquées d'ulcères.

Dans les hypodermes scléreuses, le traitement est plus difficile et surtout plus long. On doit combattre deux causes: celle anatomique et celle infectieuse.

Un traitement de stérilisation et d'assèchement des lésions sera le premier temps, poursuivi le plus souvent sous compression élastique et de façon ambulatoire. Dans quelques rares cas, il sera nécessaire de recourir au repos alité, ce qui, à tout prendre, est préférable à l'utilisation inopportune d'antibiotiques, avec les dangers qu'ils comportent ici de sensibilisation et d'eczématisation.

L'intervention pourra se limiter à des greffes qui seront toujours des greffes en pastilles de Davis qui résistent mieux à l'infection. L'utilisation de pansements imbibés de Rifocine augmente les chances de prise quand la stérilisation du lit reste douteuse.

Faute de temps, il m'a été impossible de réunir une statistique complète de mes résultats. J'ai opéré à ce jour plus de 250 cas de SDH, mais j'ignore combien de ceux-ci étaient compliqués d'ulcères.

Je puis cependant faire état d'une enquête récente qui a porté sur 100 cas de SDH opérés de 1953 à 1964. 80 malades ont pu être retrouvés parmi lesquels 71 s'estiment complètement guéris et n'ont plus présenté de complications. 7 cas sont incomplètement guéris et 2 ne sont pas guéris du tout.

Sur ces 80 cas, 8 avaient été greffés. 6 sont complètement guéris avec un recul qui est actuellement de 16, 14, 10, 10, 7 et 6 ans.

Les 2 cas non guéris sont les mêmes que ceux de la statistique précédente. L'un est un artéritique qui a refait des ulcères, l'autre un cas d'ulcères récidivants pour lequel j'aurais dû faire une résection avant de greffer.

Je voudrais en terminant insister sur le fait qu'un traitement bien conduit et minutieusement appliqué parvient toujours à guérir un ulcère survenant sur terrain de SDH ou d'hypodermite scléreuse, que le traitement peut, à de rarissimes exceptions près, être toujours conduit de façon ambulatoire, que les greffes prennent toujours à condition que le lit ait été bien préparé.

Les seuls succès qu'on puisse rencontrer sont ceux où il y a association à des lésions artérielles graves, mais nous entrons ici dans une catégorie à part.

Les succès qu'on peut rencontrer chez des personnes très âgées sont également dus à des facteurs artériels périphériques.

Adresse de l'auteur:
349, Avenue Louise, Bruxelles, Belgique

BROSPECT L'ANTIBIOTIQUE AU SPECTRE ELARGI

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

PRESENTATIONS

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



DIVISION PHARMACEUTIQUE
68, rue Berkendael - Bruxelles 6

Calparine sous-cutanée

(Héparinate de Calcium)

Héparinothérapie par voie sous-cutanée, pour la prévention et le traitement des accidents thrombo-emboliques

Présentation:

Boîte de 2 ampoules de 1 ml, contenant 25.000 U.I. d'héparinate de calcium (équivalant à 250 mg. d'héparine à 100 U.I./mg.) + 2 seringues stériles.

Posologie:

1 injection toutes les 12 heures, pratiquée lentement dans l'épaisseur du tissu sous-cutané de la région de la crête iliaque, assure une hypocoagulabilité continue. Les doses sont à déterminer régulièrement par référence à un test explorant la coagulabilité globale (temps de HOWELL).

Contre-Indications:

Syndromes hémorragiques -
Lésions organiques hémorragiques.

Licence Choay - Paris
Ets. A. de Bournonville & Fils S.A.

rue aux Fleurs, 30-38, 1000 Bruxelles
Téléphone: 17 89 00 - 17 53 34

Fett in der Diätetik

Neue biochemische und klinisch-experimentelle Untersuchungen haben zu gesicherten Empfehlungen hinsichtlich des Fettanteiles in verschiedenen Diät- und Schonkostformen wesentlich beigetragen.

Ernährung bei Erkrankungen des Verdauungs- Apparates

In der Diät und Schonkost bei Erkrankungen des Verdauungsapparates sind besonders wichtig die leichte Verdaulichkeit und gute Bekömmlichkeit von Fetten. Daher wird die Art der verwendeten Fette immer mehr beachtet: Linolsäurereiches Keimöl wird gut resorbiert und ausgenutzt. Darüber hinaus übt die essentielle Linolsäure verschiedene wichtige Funktionen im Leberstoffwechsel aus. Sie reguliert außerdem den auch bei Erkrankungen des Verdauungsapparates häufig gestörten Cholesterin- und Neutralfettstoffwechsel.

Mazola[®]
ECHTES KEIMÖL

Reines, unter schonenden Bedingungen gepreßtes Maiskeimöl mit besonders hohem Gehalt an der essentiellen Linolsäure. Ausgeglichener Gehalt an Vitamin-E-wirksamen Tocopherolen. Durch experimentelle und klinische Forschung erwiesene Wirkung, u. a. schnelle Lipämieklärung, keine Beeinflussung der Blutgerinnung, Senkung bzw. Normalisierung erhöhter Serumcholesterin- und Serumtriglyceridspiegel. Milder, angenehmer Geschmack, ausgezeichnete Verträglichkeit, vielseitige küchentechnische Verwendbarkeit.

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH
2000 HAMBURG 1, MAIZENAH AUS



Literatur, Muster und Diätvorschläge auf Anfrage.

Neu!

Esberiven[®]

Liniment

**bei entzündlichen
und ödematösen Gewebeprozessen**

Prompte Resorption

**Steigerung
der Blut- und Lymphzirkulation**

Antiphlogistische Wirkung

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch

Ausgezeichnete Hautverträglichkeit

bereits eingeführte Formen: **Esberiven Depot**

Esberiven forte

Esberiven Salbe



Schaper & Brümmer

3324 Salzgitter-Ringelheim

Dépôt: 52, Grand-rue, Luxembourg Pharmacie LEGROS

ARTICLES D'AUTEURS LUXEMBOURGEOIS PARUS A L'ETRANGER

KUTTER, D., HUMBEL, R. et METZ, H. — Fetale Hirnschäden bei mütterlicher heterozygoter Phenylketonurie.
Med. Kith., 65, 653-656 (1970)

Résumé

Il est connu qu'une mère phénylcétonurique homozygote enceinte peut léser le cerveau du fœtus par la haute teneur en phénylalanine de son sang. Ceci soulève la question de savoir si une mère hétérozygote peut infliger des lésions semblables à l'enfant qu'elle porte. De telles mères sont en effet caractérisées par une moindre tolérance à la phénylalanine et par là par des phénylalaninémies plus élevées à certains moments de la journée. Au cours d'un programme de dépistage les auteurs ont examiné 22 mères d'enfants mentalement retardés et constaté chez 6 d'entre elles une nette hyperphénylalaninurie, qui constitue une forte suspicion de phénylcétonurie hétérozygote. Dans un des cas cette suspicion a été confirmée par un test de surcharge. Ces mères ont mis au monde entre un et huit enfants mentalement retardés. Les auteurs suggèrent une lésion cérébrale prénatale du fœtus qui pourrait s'expliquer par le métabolisme ralenti de la phénylalanine chez les hétérozygotes. Une telle hypothèse expliquerait certaines observations déroutantes de la littérature.

* * *

KUTTER, D., HUMBEL, R. et BISSORFF, J. — Biochemische Untersuchungen bei einem typischen Fall von Xanthinurie.
Dtsch. Med. Wschr., 95, 1269-1270 (1970)

Résumé

La littérature mondiale ne mentionne jusqu'ici que 8 cas de xanthinurie étudiés à fond. Cette publication est consacrée au neuvième cas.

La patiente de 74 ans présentait lors d'un examen de laboratoire de routine une uricémie pratiquement nulle ainsi qu'une uricurie extrêmement faible, ceci à plusieurs reprises. Des examens spectrophotométriques et chromatographiques du sang et des urines de la patiente ont bien confirmé l'absence de l'acide urique, une xanthinémie nulle, mais une très forte excrétion urinaire de xanthine en absence totale d'hypoxanthine. On se trouve donc bien devant un cas de xanthinurie typique. Il y a blocage de la xanthinoxydase, l'absence d'une hyperxanthinémie pouvant s'expliquer par une forte augmentation de la clearance de la xanthine. L'absence totale de l'hypoxanthine suggère une révision de la conception actuelle selon laquelle la xanthine-oxydase serait responsable et de la transformation de l'hypoxanthine en xanthine et de celle de la xanthine en acide urique. Les présents résultats indiquent plutôt que la première de ces deux réactions serait l'oeuvre d'une hypoxanthine-oxydase spécifique.

KUTTER, D. et METZ, H. — Chromatographie sur couche mince des acides aminés dans les milieux biologiques. Application au dépistage et au diagnostic des amino-acidopathies.
Pharm. Acta Helv., 45, 553-563 (1970)

Résumé

Description détaillée d'une technique des chromatographies sur couche mince de cellulose et de ses applications à l'examen du sang, du sérum, des urines. Présentation de nombreux chromatogrammes d'acido-acidopathies parfois fort rares. La technique se prête particulièrement aux examens en grandes séries.

pentrexyl

(ampicilline)

Bactéricide à large spectre et à diffusion tissulaire maximale.

Présentations

Flacon de 16 gélules dosées à 250 mg

Flacon de 16 gélules dosées à 500 mg

Sirop 80 ml à 125 mg / 5 ml

Sirop H. D. 80 ml à 250 mg / 5 ml

Fioles à 250 mg, 500 mg et 1 g pour usage parentéral.

3 fioles à 500 mg et 1 g pour usage parentéral

PRODUCT OF BRISTOL LABORATORIES
Division of Bristol-Myers Company, Syracuse, N. Y.

Distributeur

Laboratoires **BRISTOL BENELUX S.A.**
Avenue Brugmann, 27 • 1060 Bruxelles
tél. : (02) 37.75.56



amphocycline® squibb

l'antibiothérapie spécifique

pour vos patients "high risk"

l'antibiothérapie des patientes sous anovulatoires

les modifications locales
de l'épithélium vaginal,
les altérations générales
du métabolisme glucidique
favorisent l'apparition
d'une candidose vaginale
et intestinale.

l'antibiothérapie des patients à l'état général altéré

les défenses immunologiques
sont fortement amoindries,
les antibiotiques inhibent
la synthèse des anticorps et
l'activité phagocytaire.
L'antibiothérapie chez
ces patients peut provoquer
des candidoses
aux complications graves.

l'antibiothérapie du "3^e âge"

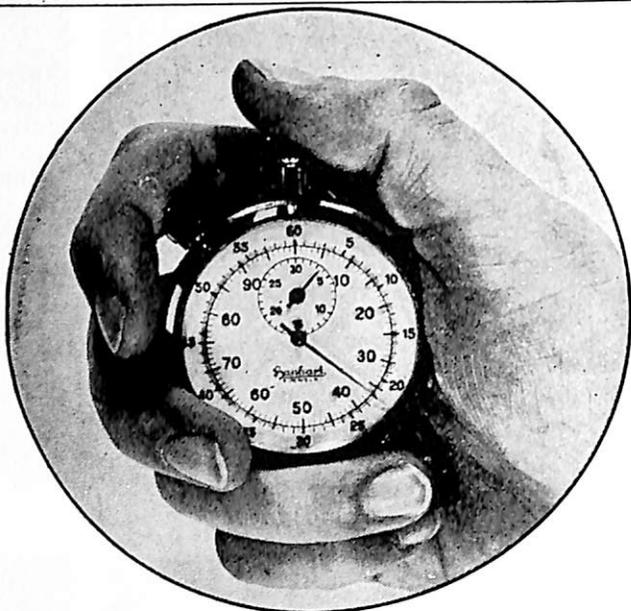
la malnutrition, la malabsorption,
les modifications
endocriniennes, l'immobilisation
totale ou partielle
altèrent leur état immunologique
et peuvent entraîner
une candidose viscérale
ou généralisée.



L'action puissante de

Dolo — Adamon[®]

supprime les douleurs
intenses à l'instant.



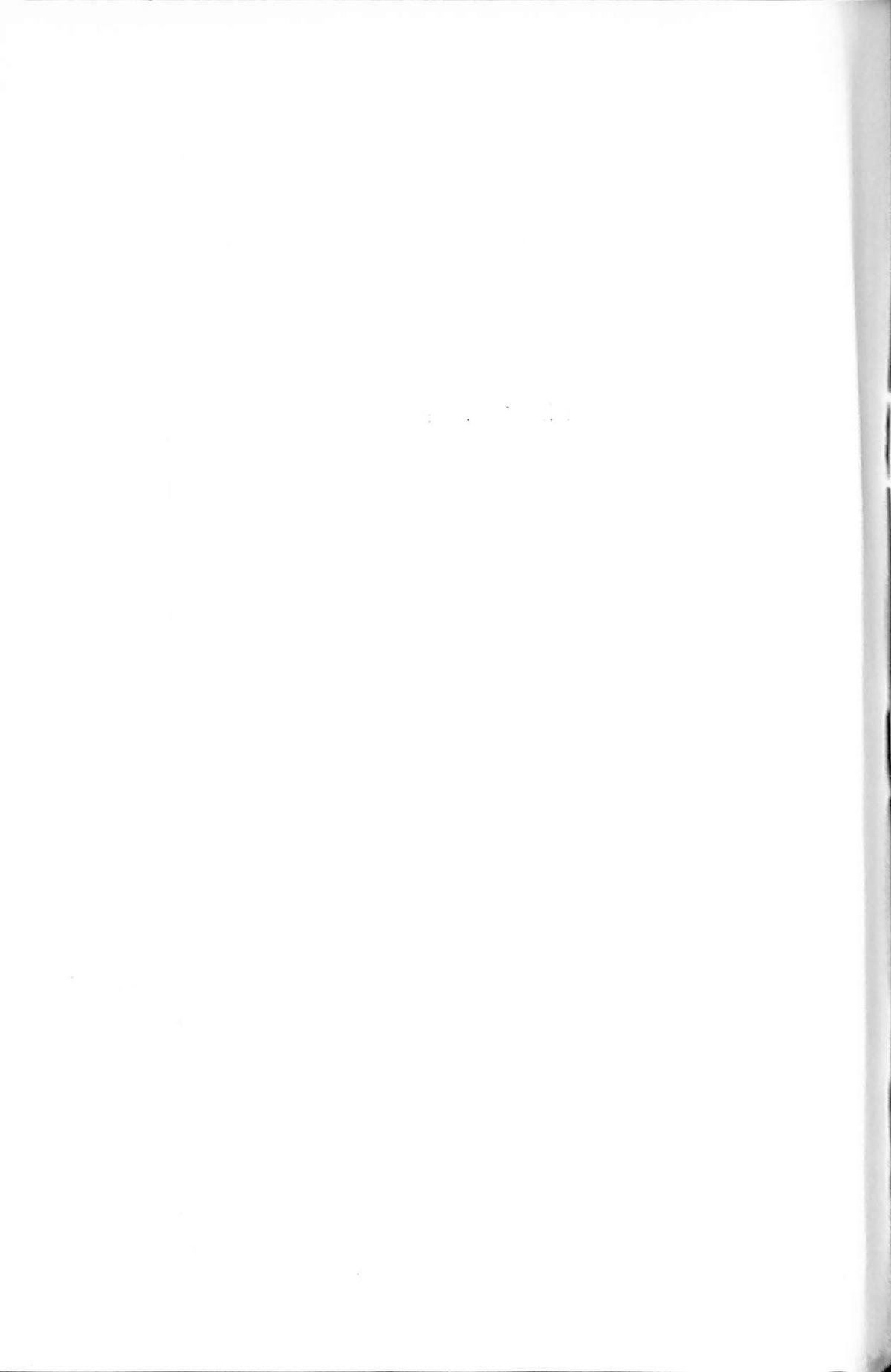
Dolo-Adamon est le
médicament de choix
dans le traitement des

- Douleurs intenses du tractus gastro-intestinal y inclus les douleurs biliaires et urinaires
 - Douleurs tumorales et post-opératoires
 - Rigidité du col utérin (obstétrique)
- Dolo-Adamon possède une durée d'action prolongée. Ampoules, dragées, suppositoires, permettant une thérapeutique individuelle.



ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede / Allemagne

LES · LIVRES



HANDBUCH DER PHYSIKALISCHEN THERAPIE, Band II/1.

Herausgegeben von *Prof. Dr. J. Grober*, Bodendorf, und *Prof. Dr. F.-E. Stieve*, München, 1971. XVI, 455 Seiten, 175 Abb., Form. 16,4x24,4 cm, Ganzleinen DM 128,— (Subskriptionspreis für die Bezieher des Gesamtwerkes DM 110,—). (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart)

Rappelons tout le bien que nous avons écrit sur le 1er volume (voir Bull. Soc. Sci. Méd. Luxemb., 104, 133, 1967) et sur le 4ème volume (voir Bull. Soc. Sci. Méd. Luxemb., 105, 158, 1968) de cet ouvrage, dont l'unité de conception et la qualité ne faiblissent pas au fur et à mesure de la parution des nouvelles livraisons.

Cette première partie du vol. II («Bewegungstherapie und Rehabilitation, Massage, Thermotherapie, Apparative Pneumotherapie») sera suivie d'une deuxième partie («Balneo- und Klimatherapie, Hydrotherapie»). Elle constitue un ensemble de pierres solides et capitales à un édifice d'une rare ampleur.

La kinésithérapie et la rééducation sont envisagées selon toutes les affections entrant en ligne de compte. Les différentes techniques de massage sont décrites et illustrées grâce à une iconographie très parlante, un vaste chapitre concerne la thérapeutique par les aérosols et les respirateurs, un autre la thérapeutique par la chaleur.

Les auteurs tiennent compte des dernières acquisitions, ainsi, par exemple, en signalant les dangers des aérosols-doseurs, bien qu'ils pêchent par optimisme en considérant leur nocivité comme non encore démontrée.

Les médecins spécialement en cause, mais également les omnipraticiens, les internistes, les chirurgiens ont dans ce volume une véritable mine de renseignements à leur disposition. Pour leur prouver son utilité quotidienne, nous devrions transcrire tout le sommaire. Bornons-nous à citer un certain nombre de sujets dont l'intérêt est frappant: scolioses, gymnastique respiratoire, «Reflexzonenmassage», aérosolthérapie (appareils, médicaments), respirateurs (description des différents types, de leur utilisation pratique selon les indications), méthodes d'application et mode d'action de la chaleur, etc.

Les références sont nombreuses. Regrettons que certaines, contrairement à d'autres, ne donnent pas les titres des travaux. L'unité bibliographique aurait dû facilement être réalisable par les éditeurs, qui ont par ailleurs si remarquablement réussi à communiquer aux auteurs le souci de composer une oeuvre commune bien équilibrée.

Ouvrage exceptionnel et qui n'est pas loin d'être indispensable.

R. Schaus

* * *

EINFÜHRUNG IN DIE NEUROLOGIE

Von *Dr. J.P. Schadé, M.D., Ph. D.*, Associate Director, Amsterdam. Deutsche Übersetzung von *Priv.-Doz. Dr. R. Suchenwirth*, Erlangen 1970. VIII, 263 Seiten, 134 Abbildungen, Format 15,4x22,9 cm, Balacron DM 24.— (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart)

Obwohl Schadé selbst darauf hinweist, daß dieses Werk auf die Bedürfnisse der Medizinstudenten und Angehörigen medizinischer Hilfsberufe ausgerichtet ist, und daß das Buch nur als Einführung und Repetitorium gedacht ist, übersteigt sein Wert sowohl als didaktisches Hilfsmittel, wie auch als Nachschlagewerk diese allzu bescheidene Definition. Die Schemata sind einfach aber auch vollständig, die fundamentalen Definitionen sind klar, können aber auch als Grundlagen für ein vertiefendes Studium

gebraucht werden. Die klinische Neurologie kann nur verstanden werden durch ihre Querverbindungen mit den anatomischen, physiologischen und histologischen Grundlagen und dieses Ziel ist hier durch eine verblüffende durchsichtige Methode erreicht worden. Dieses handliche und reich bilderte Einführungs- und Nachschlagewerk sollte in keiner neurologischen und sogar medizinischen Bibliothek fehlen. Aber auch Übersetzer an internationalen neurologischen Kongressen werden von dieser kompletten und leicht verständlichen Liste der Terminologie klinischer Neurologie, Neuro-Anatomie und Neurophysiologie nicht enttäuscht sein.

G. E. Müller

* * *

SELBSTENTSPANNUNG TRAININGSHEFT

Von *Prof. Dr. H. Kleinsorge*, Professor für Innere Medizin und Psychosomatik an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, 1970. XIII, 56 Seiten, 1 Abb., Taschenbuchformat, DM 4.— (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart)

En guise d'introduction à la technique des exercices de relaxation, ce texte sera utile au médecin, au psychologue et au malade, comme à ceux qui s'en serviront dans un but prophylactique. Ses recommandations sont faciles à mettre en oeuvre.

Parallèlement au texte, l'auteur a enregistré un disque à commander séparément, qui favorise l'acquisition des notions requises.

S. Cordin

* * *

PHYSIKALISCHE THERAPIE IN DER PRAXIS

Ein Leitfaden zur Verordnung und Anwendung physikalischer Heilmethoden, von *Dr. D. von Arnim*, Nürnberg, 1970. VI, 109 S., Form. 11,5x 18,5 cm, Balacron DM 15.— (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart)

La mode — justifiée — en étant aux livres dits de poche, l'auteur condense dans cet opuscule facile à consulter l'essentiel des notions physiothérapeutiques telles qu'elles doivent être connues de tous les médecins. La subdivision du livre se base sur les différentes entités pathologiques, et indique brièvement les procédés manuels et instrumentaux pouvant entrer en ligne de compte: Rarement prescrite isolément, la physiothérapie constitue un appoint utile auquel on n'a pas toujours suffisamment recours. Avec l'aide du Dr. von Arnheim, on le fera à bon escient.

S. Cordin

* * *

LES ENFANTS DIFFICILES

Par le *Dr. Clément Launay* et *Mme le Dr. Davy*, en collaboration avec le *Dr. Col. Maloine* Editeur 1969. Un livre relié 21x13,5 cm, 364 pages, 6 figures.

Cet ouvrage du Dr Clément Launay et deux de ses collaborateurs fait partie de la collection «Pour le Praticien». Il a donc pour but de répondre aux préoccupations du médecin non spécialisé en pédo-psychiatrie, dans les cas si fréquents où il se trouve consulté pour un enfant présentant des troubles du comportement.

Après avoir situé le rôle du médecin, rappelé les modalités dans de tels cas de l'examen médical et psychologique, complété si besoin par une

période d'observation, l'ouvrage aborde l'aspect séméiologique des troubles. Ceux-ci sont envisagés comme correspondant à des déviations des conduites de l'enfant normal. L'étude en est faite en distinguant les troubles à expression somatique (alimentation, sommeil, contrôle sphinctérien, manifestations sexuelles), les principaux comportements psychopathologiques (instabilité, colère, inhibition, tics) et les troubles tels mensonges, vols, fugues.

Puis les symptômes qui précèdent sont rattachés à leur signification et à leur contexte: états réactionnels, troubles caractériels, névrotiques et psychotiques. Les particularités tenant à la survenue de ces troubles chez l'enfant et les problèmes de pronostic sont deux perspectives essentielles, de cette étude. Sont également abordés les troubles du comportement accompagnant une débilité mentale et les maladies chroniques, en particulier affections motrices et comitialité.

Un abord sociologique vient ensuite: étude du cadre familial qui peut intervenir suivant des modalités très diverses, vie scolaire susceptible d'être marquée de bien des difficultés qui sont envisagées successivement; enfin facteurs liés à l'urbanisation, au statut socio-professionnel, au travail de la mère, etc.

L'ouvrage se termine par un exposé thérapeutique: conseils éducatifs, modes de rééducation et orientations pédagogiques, prescriptions médicamenteuses, psychothérapie individuelle et de groupe. Les divers types de placement, avec leurs objectifs propres et leurs indications sont également envisagés.

F. Françon
(Aix-les-Bains)

* * *

GRUNDRISS DER PSYCHIATRIE

Von Prof. Dr. H. H. van der Berg, Leiden. Aus dem Niederländischen übersetzt von M.R.C. Fuhrmann-Plemp van Duiveland, Augsburg, 1970, 222 Seiten, 80 Abb., Taschenbuchformat, DM 12,80. (Gustav Fischer Verlag, Stuttgart)

Ce petit livre est une traduction de l'édition originale néerlandaise et apporte «dans une coquille de noix» un résumé de la psychiatrie moderne. La terminologie évite tout jargon, la disposition du texte est claire, il se lit d'affilée en trois heures environ: ce n'est pas un sacrifice de temps exagéré pour survoler un ensemble de notions auxquelles tout médecin se voit confronté.

L'auteur précise qu'il n'a pas eu l'intention d'ajouter un nouveau manuel de psychiatrie à ceux qui existent déjà, mais que jusqu'ici un livre concis et bien illustré faisait défaut dans ce domaine. Il réussit à nous captiver tant en décrivant pour le non-spécialiste les affections traditionnelles qu'en abordant des sujets de grande actualité récente (drogues hallucinogènes, sexualité, etc.).

La caractérisation des affections médicales à conséquences psychiatriques possibles est par la force des choses trop sommaire et aurait avantageusement pu être omise. D'autres que nous s'étonneront de rencontrer chemin faisant un chapitre sur le diagnostic différentiel des ictères, sous le prétexte combien discutable d'une étiopathogénie éventuellement purement psychogène («Ärger», «Eifersucht», etc.).

L'ouvrage se termine remarquablement par une page et demie sur ce qu'il convient d'entendre par un état de santé normal du point de vue psychique. A la conception conformiste et insipide de Soddy, l'auteur confronte sa vue personnelle, dont les accents-résonnent comme un vigoureux point d'orgue final.

R. Schaus



MERVAN[®]

Antalgique majeur
non-morphinique
doué d'activité
antipyrétique et
anti-inflammatoire

Substance originale
développée
par les
Laboratoires de Recherches
CONTINENTAL PHARMA



Traitement anti-algique par doses massives de Vitamine B1

BETAMINE 500

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

Tolérance parfaite.

Doses: 3 à 6 dragées par jour.

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

Flacon de 30 dragées

I.N. 042/6811/31

Remboursé par l'I.N.A.M.I.



Laboratoires WOLFS sprl
70, Haantjeslei - ANVERS

uteplex

atrophies musculaires post-lésionnelles
syndromes musculaires dégénératifs
syndromes involutifs de 3^e âge



présentation

UTEPLEX injectable boîte de 8 ampoules de 1 ml
dosées à 4 mg d'UTP

Remboursé S.S. et collectivités

UTEPLEX buvable boîte de 12 ampoules de 2 ml dosées
à 2 mg de sel de Na d'UTP

Remboursé S.S. et collectivités

posologie moyenne chez l'adulte
UTEPLEX injectable (voie intra-musculaire)
1 ou 2 ampoules par jour

UTEPLEX buvable : 2 à 3 ampoules par jour

La forme injectable sera généralement utilisée pour les traitements
d'attaque, le relais étant assuré ensuite par l'UTEPLEX buvable.

LABORATOIRES AUCLAIR

4 rue Guillot - 92 Montrouge - 735 42 01

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.
23, rue Mercier à Luxembourg

ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE DU 13 DECEMBRE 1970

EXPOSE DU PRESIDENT

Hommage au Dr d'Huart

Mes chers confrères,

J'ai le triste devoir d'évoquer, au début de cette Assemblée Générale, la mémoire du Dr François d'Huart, membre de notre Conseil d'Administration de 1967 à 1970.

Il naquit à Luxembourg le 13 février 1915, comme sixième enfant du Professeur de chimie Emile d'Huart. Ayant terminé ses études secondaires en 1935, et après l'habituelle année de Cours Supérieurs à Luxembourg, il commence sa médecine à Fribourg-en-Brisgau, la continue à Munich, et s'inscrit en 1939 à la Faculté de Médecine de Strasbourg, qu'il suivra lorsqu'elle se repliera à Clermont-Ferrand au début de la seconde guerre mondiale. Rentré en mai 1940 à Luxembourg, il y est surpris par l'invasion allemande, et va terminer ses études à Bonn. Son diplôme luxembourgeois de «docteur en médecine, chirurgie et accouchement» est daté du 9 août 1941.

Se destinant à la chirurgie, il obtient donc le titre de médecin-spécialiste dans cette branche. Après la libération, sa formation prend une orientation résolument française: Centre Hospitalier de Mulhouse rattaché à la Faculté de Médecine de Strasbourg; Service du Professeur Fontaine à Strasbourg; plusieurs services parisiens auxquels plus tard il restera fidèle en allant s'instruire régulièrement de 1957 à 1959 auprès du Professeur Moulonguet à la Salpêtrière, et de 1959 à 1961 auprès du Professeur Gosset à l'Hôpital Saint-Antoine.

Nous savons tous l'espèce de culte qu'il vouait à l'Ecole parisienne, ce qui ne l'empêchait pas de s'abreuver, et cela de plus en plus souvent ces derniers temps, à des sources anglo-saxonnes. En 1952, il avait d'ailleurs visité les Etats-Unis pendant trois mois et s'était penché sur les méthodes américaines à la Mayo Clinic de Rochester et dans différents services de Boston.

Cette double polarité se manifestait, dans son expression française, par le titre de «Maître ès Sciences Médicales» qui lui fut décerné en 1962 sur proposition unanime du Conseil de la Faculté de Médecine de Paris; par son appartenance à l'Association Française de Chirurgie, et surtout, couronnement suprême, par son élection en tant qu'«Associé Etranger» à l'Académie de Chirurgie de Paris en 1967.

L'attrance qu'il éprouvait pour tout ce qui était français, ne se limitait pas au domaine professionnel. Un intérêt passionné pour la langue de Voltaire l'animait, et il était membre de la Ligue de la Défense de la Langue Française, ainsi que membre effectif de la Société des Ecrivains luxembourgeois de Langue Française.

Comme preuve de ses liens avec la médecine et la chirurgie anglo-saxonnes, je ne citerai que ses titres de Fellow of the American College of Surgeons depuis 1954 et de Fellow of the Royal Society of Medicine de Londres depuis 1956. En ma qualité de Fellow de la Société Royale de Médecine je suis autorisé à associer le Président Sir John Richardson et nos collègues britanniques à notre hommage d'aujourd'hui.

A Luxembourg, ses mérites avaient valu à François d'Huart en 1962 le Prix des Sciences, et en 1969 d'être élu membre correspondant de la Section des Sciences de l'Institut Grand-Ducal.

Enfin, il était membre titulaire de la Société Internationale de Chirurgie et Fellow of the International College of Surgeons.

En 1970, on lui demanda de siéger dans la Commission pour l'attribution du «Prix Européen Professeur D. Ganassini».

Vous savez qu'il a beaucoup publié dans le Bulletin de notre Société et dans des revues françaises.

De nombreuses décorations, tant étrangères que luxembourgeoises, lui furent décernées, et depuis 1949 il portait le titre de médecin de la Cour grand-ducale.

Par-delà l'énumération de ces jalons de la vie de François d'Huart transparissent certaines constantes de sa personnalité, à laquelle on ne saurait dénier l'ambition infléchissable de toujours mieux faire, servie par une volonté peu commune.

Permettez-moi deux citations afin d'éclairer deux facettes, essentielles à mon avis, de son caractère.

Sa façon de concevoir l'éducation continue démontre qu'il avait fait sienne cette prière du médecin et théologien juif Maïmonide: «Puisse l'impression ne jamais se développer en moi que mon éducation est complète, mais qu'au contraire me restent toujours la force et le temps et le zèle pour augmenter sans cesse mes connaissances.»

François d'Huart aurait certainement aussi approuvé une adaptation à la médecine des paroles de Charles de Gaulle sur le commandement — ne nous trouvons-nous pas tous également à un poste de combat? — et selon lesquelles sa «... véritable école... est dans la culture générale. Par elle, la pensée est mise à même de s'exercer avec ordre, de discerner dans les choses l'essentiel de l'accessoire, d'apercevoir les prolongements et les interférences, bref, de s'élever à ce degré où les ensembles apparaissent sans préjudice des nuances...»

Notre regretté confrère et ami qui nous a quittés le 29 juillet 1970, avait donc le souci d'être non seulement un médecin hautement qualifié, mais également un homme cultivé, deux aspirations capitales qui fournissent les plus sérieuses garanties aux malades.

L'exemple qu'il nous a ainsi donné contribue puissamment à lui assurer une place de choix dans la fidélité de notre souvenir.

Rapport moral sur l'exercice écoulé

Chers confrères,

Mon rapport sur les activités de la Société des Sciences Médicales pendant l'exercice écoulé sera succinct.

Je rappelle d'abord nos conférences: le 7 décembre 1969, en collaboration avec la Société de Chirurgie, sur la chirurgie artérielle restauratrice dans les oblitérations artériosccléreuseuses, par le Professeur Fontaine de Strasbourg; le 21 décembre, en collaboration avec la Société de Neurologie, sur les circuits neuronaux en relation avec la neuropsychiatrie par le Dr Schade d'Amsterdam; le 4 janvier 1970 sur le traitement chirurgical de la maladie coronarienne, par le Professeur Steichen de New York; le 1er février sur le rôle de la psychopathologie en médecine générale, par le Professeur Mergen de Mayence; le 11 février sur les formes graves de la recto-colite hémorragique par le Professeur Agrégé Weil de Strasbourg; le 15 mars sur quelques urgences médicales un peu méconnues par le Professeur Larcant de Nancy; le 14 juin sur les pancréatites aiguës par le Professeur Grosdidier de Nancy; le 2 octobre sur les modifications pigmentaires cutanées par le Professeur Rohde de Hambourg; le 7 octobre sur les antibiotiques par le Professeur Orzechowski de Cologne; le 29 novembre sur les otites de l'enfant par le Professeur Agrégé Wayoff de Nancy; le 6 décembre sur des aspects nouveaux de technique opératoire en oto-rhino-laryngologie par le Dr Willems de Luxembourg.

Nous avons collaboré à la Table Ronde sur la prévention du suicide le 22 mai, ayant réuni le Professeur Ringel de Vienne, le Professeur Stengel de Sheffield et le Dr Soubrier de Paris.

Sous notre patronage traditionnel a eu lieu la Journée Médicale de Mondorf-les-Bains le 31 mai, sur le traitement des scolioses par le Dr Cotrel de Berck-Plage et sur les lombalgies par les Drs Welfling, Dreyfus et Stora de Paris.

Nous avons prêté notre concours à deux manifestations organisées par la Ligue Luxembourgeoise contre le Rhumatisme: l'une le 5 décembre 1969 sur la lutte contre le rhumatisme et la prévention des rhumatismes, avec le Professeur Böni et le Dr Belart de Zurich; l'autre le 31 octobre 1970 sur des aspects modernes du rhumatisme avec les Drs Josenhans, Dettmer, Tillmann et Binzus.

Nous avons enfin collaboré avec la Direction de la Clinique Pédiatrique lors d'une conférence le 17 décembre 1969 sur les déséquilibres ioniques et hydriques en pédiatrie par M. le Pharmacien Weil de Bruxelles, et avec les Sociétés de Neurologie et d'Ophtalmologie à l'occasion de la conférence du 21 août 1970 sur les névrites optiques, par le Professeur Agrégé Rose de Londres.

Dans le domaine de l'éducation continue, nous avons envisagé de déplacer en partie notre effort vers des réunions à type de symposiums, séminaires, etc. réunissant plusieurs conférenciers, pensant que resteraient comme conférences individuelles essentiellement, encore que pas exclusivement celles qui seraient organisées avec l'aide des laboratoires pharmaceutiques dont le concours nous a toujours été précieux. Ainsi sommes-nous déjà en mesure d'annoncer une matinée d'enseignement post-universitaire sur l'endocrinologie le dimanche, 21 mars 1971, par une équipe de cinq conférenciers liégeois sous la direction du Professeur Van Cauwenberge.

Dans le domaine de nos relations internationales nous avons établi le contact avec les responsables de l'enseignement continu de la région de Trèves, qui nous feront parvenir régulièrement un certain nombre d'invitations.

Sur le Bulletin de la Société des Sciences Médicales je serai bref. Nous sommes préoccupés par son prix de revient rapidement croissant. Nous comptons approcher, en vue de l'obtention d'articles, les jeunes médecins poursuivant leur spécialisation dans des centres étrangers.

Notre Bibliothèque de revues médicales a suivi la Bibliothèque Nationale qui a occupé l'ancien Athénée grand-ducal où une pièce spéciale nous sera réservée lorsque le définitif remplacera le provisoire. Nous étudions les moyens de mieux renseigner nos membres sur le contenu des périodiques abonnés.

Nous sommes d'autre part en train de nous pencher sur l'ensemble des méthodes non hospitalo-universitaires d'enseignement continu, avec la pleine conscience des changements qui dans ce domaine sont en train de s'opérer grâce à des moyens modernes.

Nous avons, enfin, pris l'initiative de suggérer au Ministère de la Santé Publique que des moyens rapides soient mis en oeuvre pour informer le corps médical sur les problèmes posés par l'abus des stupéfiants et des drogues psychotropes.

Je terminerai cet exposé par des remerciements: aux membres du Conseil d'Administration et tout particulièrement au Dr Jean Neuen pour leur collaboration efficace dans l'intérêt de leurs confrères; aux auteurs d'articles confiés au bulletin; à Monsieur Roth, Directeur du Centre Culturel Français pour son hospitalité d'aujourd'hui et les deux films qui vont être projetés; à vous tous, enfin, d'être venus à cette réunion.

★ ★ ★

Le rapport financier présenté par le Dr. Jean Neuen, a été suivi d'élections pour le Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales, Section Médicale de l'Institut Grand-Ducal. Douze candidats se sont présentés, 9 étaient à élire.

Le nouveau Conseil d'Administration se compose comme suit:

Président: *Dr. R. Schaus*

Secrétaire Général: *Dr. J. Neuen*

Membres:

Médecins: *Dr. E. Loos, Dr. R. Koppes, Dr. J.-Cl. Schaack*

Médecins-Dentistes: *Dr. P. Heisbourg, Dr. L. Schiltz*

Médecin-Vétérinaire: *Dr. A. Kremer*

Pharmacien: *M. A. Nimax*

Le Dr. E. Loos s'occupera particulièrement de certains aspects de nos relations internationales; le Dr. R. Koppes assurera une plus étroite liaison avec le Centre Médical d'Esch-sur-Alzette; le Dr. J.-Cl. Schaack assumera dans le courant de l'année les fonctions de rédacteur en chef de notre Bulletin; le Dr. P. Heisbourg supervisera le fonctionnement de notre Bibliothèque.

amoquine houdé



level kraemer 65

**Laboratoires
HOUDE**

Chaussée
d'Alsemberg, 1001
1180, Bruxelles

sédatif général

**modérateur
de l'excitabilité
myocardique**

hypnotique léger

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

comprimés dosés à 80 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine
tube de 30 - emballages cliniques de 100 et de 500
posologie habituelle : 2 à 6 par jour

suppositoires dosés à 155 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine
boîte de 6 - emballage clinique de 120
posologie habituelle : 1 à 3 par jour

Médecine interne, chirurgie, gynécologie et obstétrique,
urologie, dermatologie, ORL:

Proterciclina

L'antibiotique à large spectre combat
toutes les infections Gram + et Gram —
Solubilité élevée au pH des tissus et liquides
physiologiques

Absorption rapide: niveau hématologique
élevé et persistant

Action synergique supérieure à l'activité du mélange
de Tétracycline et Chloramphenicol pris dans
les mêmes proportions.

Tolérance parfaite même dans les traitements prolongés;
pas d'apparition de formes bactériennes résistantes.

Présentation:

16 gélules à 250 mg. (per os)
1 flacon à 300 mg avec 1 amp. solv. de 3 ml (I.M.)

Laboratori PRO-TER SPA, Milano

Conces. Benelux: CHEMIELUX, rue Cents, 97, Luxembourg

Dans toutes les infections de la bouche et du pharynx :

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

la **ROVAMYCINE**

Spiramycine

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

DEUX
PRÉSENTATIONS

POSOLOGIE

- ▶ comprimés dosés à 250 mg - Flacons de 20 comprimés
 - ▶ suppositoires dosés à 500 mg et 1 g - Boîtes de 5
- ADULTES : 2 à 3 g par jour
ENFANTS : 50 à 75 mg par Kg de poids

Documentation détaillée et échantillons sur demande

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

ENSEIGNEMENT CONTINU: MATINEE D'ENDOCRINOLOGIE

Une matinée d'enseignement postuniversitaire, consacrée à l'endocrinologie, aura lieu le dimanche, 21 mars 1971, avec la collaboration de conférenciers de la Faculté de Médecine de Liège et sous la direction du Professeur H. Van Cauwenberge à l'Athénée grand-ducal, boulevard Dupong, Luxembourg.

Programme:

- 1) Un problème d'actualité en endocrinologie: la Calcitonine
Docteur F. Denis
- 2) Méthode dynamique d'exploration de la sécrétion de l'hormone de croissance et des gonadotrophines
Chargé de cours associé P. Franchimont
- 3) Exploration de la fonction hypophyso-surrénalienne
Docteur P. de Meyts
- 4) Fonctions normales et pathologiques de la post-hypophyse
Docteur J. J. Legros
- 5) Le diagnostic clinique et biologique de l'insuffisance hypophysaire
Professeur H. van Cauwenberge

Les exposés, d'une durée de 20 minutes environ, seront suivis d'une discussion.



Traitement sclérosant des varices
par complexe iodo-ioduré stable

VARIGLOBINE

Efficace
Sans danger
Esthétique
Indolore

Un produit: Lab. GLOBOPHARM
Zurich - Suisse

Représentant: **Cosima**
Boomsesteenweg 546
B 2610 - Wilryk Tél. (03) 27 24 19
BELGIQUE

Écrivez-nous ou documentez-vous
auprès de notre délégué lors de
sa visite

Lorsque
les voies respiratoires
sont en cause

Spectre Respiratoire

ERYTHROCINE



ABBOTT S.A.
rue Defacqz, 115 - 1050 Bruxelles

Glucophage Retard action étalée

Glucophage Retard tolérance excellente

Glucophage Retard posologie simple et réduite thérapeutique moderne du diabète

Indications :
diabète métabolique { diabète de la cinquantaine
diabète sénile
diabète du vieillard amaigri
diabète insulinsé
diabète instable
diabète insulino-résistant

posologie : en moyenne 2 comprimés par jour. Cette posologie peut être augmentée sans inconvénient.

contre-indication : diabète acidosique, diabète de l'enfant, diabète de la femme enceinte. Les stress (infections, interventions chirurgicales, corticothérapie, etc.) nécessitent une surveillance attentive du métabolisme et une insulinothérapie transitoire si le traitement oral devient insuffisant.

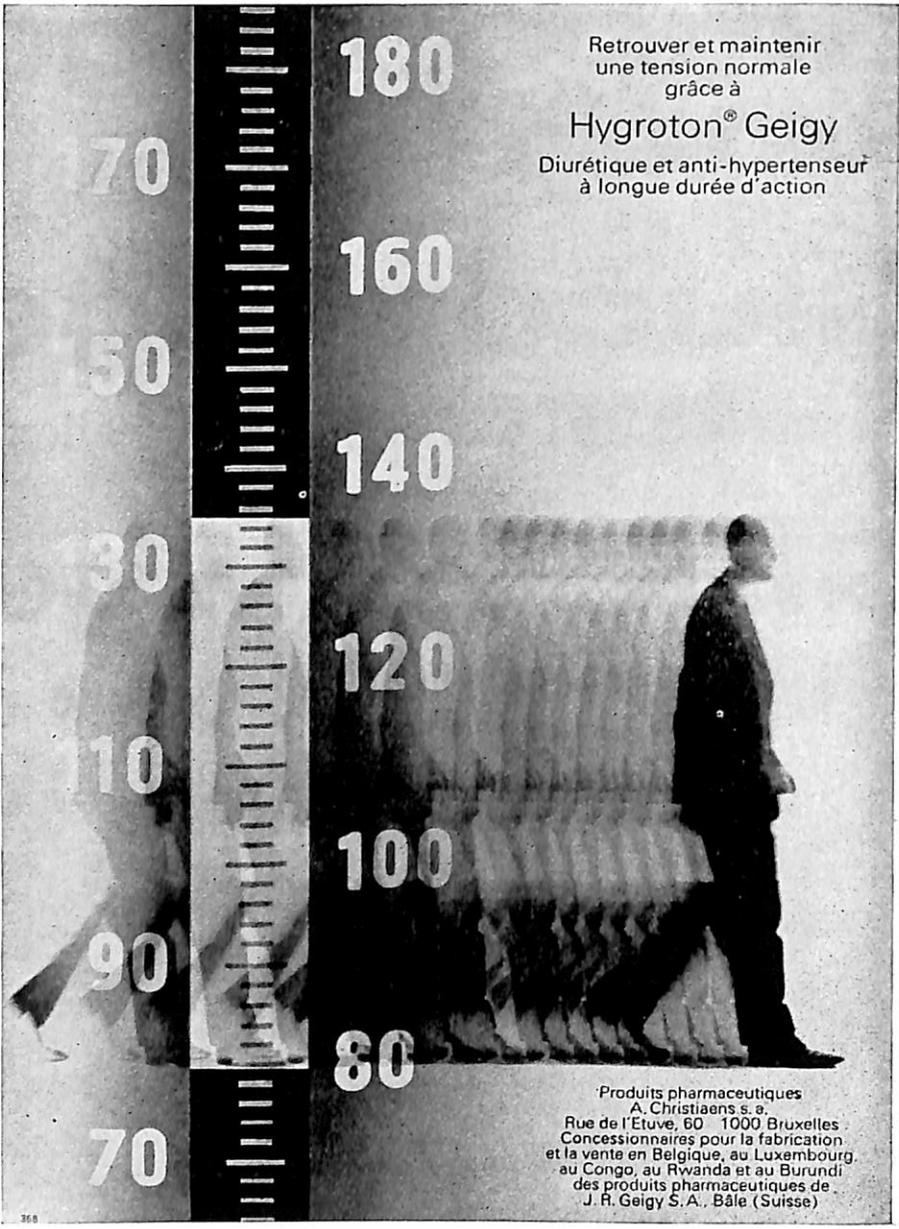
présentation : boîte de 100 comprimés enrobés, dosés à 0,85 g de Diméthyl Biguanide (95-90)
boîte de 30 comprimés enrobés, dosés à 0,85 g de Diméthyl Biguanide (95-89)

oscar pharm.



S.N.E. des Laboratoires ARON
116, rue Carnot - 92-SURESNES 906.64.20

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.
23, rue Mercier à Luxembourg



Retrouver et maintenir
une tension normale
grâce à

Hygroton® Geigy

Diurétique et anti-hypertenseur
à longue durée d'action

Produits pharmaceutiques
A. Christiaens s. o.
Rue de l'Étuve, 60 - 1000 Bruxelles
Concessionnaires pour la fabrication
et la vente en Belgique, au Luxembourg,
au Congo, au Rwanda et au Burundi
des produits pharmaceutiques de
J. R. Geigy S.A., Bâle (Suisse)

CORRESPONDANCE

**FELICIEN M. STEICHEN,
ASSOCIATE SURGEON-IN-CHIEF AT MONTEFIORE**

Felicien M. Steichen, M.D., has recently been appointed associate surgeon-in-chief at Montefiore, serving with Dr. Mark M. Ravitch, surgeon-in-chief, in the Department of Surgery, Montefiore Executive Director Irwin Goldberg has announced.

Dr. Steichen has also been simultaneously appointed associate professor of surgery at the University of Pittsburgh School of Medicine.

His new responsibilities at Montefiore will include, in addition to care of patients, supervision of House Staff and medical students in the Department's growing programs, and various research endeavors.

In recent years, Dr. Steichen has served as assistant director of surgery, visiting surgeon, and director of professional services in the Emergency Department at Lincoln Hospital in New York, and attending thoracic surgeon at the Bronx Municipal Hospital Center there.

He comes to Montefiore from Switzerland's University of Geneva Medical School and «Hôpital Cantonal», where he was a visiting professor in the Division of Cardiovascular Surgery, Department of Surgery.

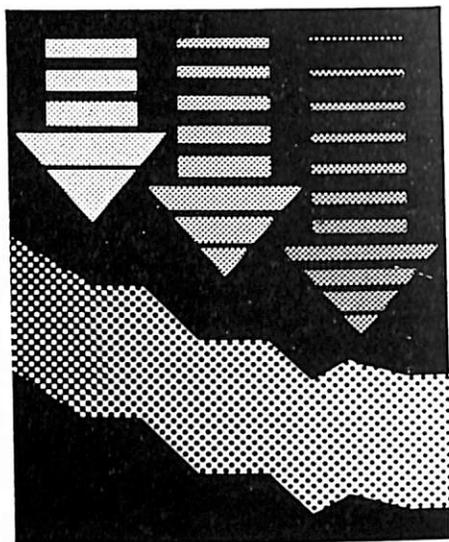
His university appointments have included assistant and associate professorships in surgery at the Albert Einstein College of Medicine during the past six years. Prior to that, he was an assistant and fellow in surgery at the Johns Hopkins University.

A native of Luxembourg, Dr. Steichen is a graduate of the University of Lausanne Medical School, Switzerland. He served an internship at the «Hôpital Cantonal» Department of Surgery and University of Lausanne Medical School, and a rotating internship at Lakewood Hospital, Lakewood, Ohio. He served a surgical residency at Baltimore City and Johns Hopkins hospitals from 1954-1961.

Dr. Steichen is a diplomate of the American Board of Surgery and the American Board of Thoracic Surgery, and is active in numerous professional societies, including the American College of Surgeons, the Society of Head and Neck Surgeons, and the Surgical Section of the American Academy of Pediatrics.

In addition, he is associate editor of «Current Problems in Surgery» and a member of the editorial advisory board of «Resident and Staff Physician». He has authored 36 contributions to literature in his field.

(Communiqué par le Department of Public Relations,
Montefiore Hospital, Pittsburgh)



Brinerdine®

L'antihypertenseur
pour cas graves et résistants
comme pour cas légers

posologie simple
action progressive et durable
excellente tolérance

1 dragée par jour fait disparaître
les troubles subjectifs en l'espace de 4 à 7 jours
et normalise la tension artérielle
en 2 à 4 semaines

2-3 dragées par jour en cas d'hypertension
grave ou résistante

Admise par les caisses-maladie!





reparil[®]

reparat

HWS-
BWS-
LWS-
Syndrom

Reparil[®]
Ampullen 5 mg
Dragées

Gel zur perkutanen
Unterstützung
der Behandlung
des WS-Syndroms,
bei Prellungen,
Quetschungen,
Verstauchungen.



INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Épernay

MONDORF - les - Bains

station thermale
de l'Etat luxembourgeois



Indications

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

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

Saison:

1^{er} février - 15 décembre

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

