

*Contra coptis*

*27*

# BULLETIN

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

N° 1

Mai 1975 - 112<sup>e</sup> année



# LEGALON®

Dragées mit 35 mg Silymarin

# LEGALON® 70

Dragées mit 70 mg Silymarin

# LEGALON® LIQUIDUM

1/1 Meßlöffel 100 mg Silymarin



- bietet die Möglichkeit der protektiven und kurativen Beeinflussung der Leberzelle

- beeinflusst auch toxische Schädigungen der Leberzelle

- bessert klinische Symptome und richtet leberspezifische biochemische Kriterien signifikant zur Norm aus

- steigert als Membranstabilisator die Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Leberzelle

- restituiert, stabilisiert und schützt die Integrität der Elementarmembranen, der funktionstragenden und -vermittelnden Bau- und Strukturelemente der Leberzelle

- bessert die Erfolgsaussichten der Lebertherapie

#### Zusammensetzung:

1 Dragée Legalon enthält 35 mg Silymarin, 1 Dragée Legalon 70 enthält 70 mg Silymarin, 1/1 (1/2) Meßlöffel Legalon Liquidum enthält 100 (50) mg Silymarin

#### Indikationen:

Chronisch-persistierende und chronisch-aggressive Hepatitis, Leberzirrhose, toxisch-metabolische Leberschäden (z. B. Fettleber); als Leberzellenschutz bei Zufuhr leberbelastender Stoffe.

Kontraindikationen und Nebenwirkungen:  
Bisher nicht bekannt.

#### Dosierung:

In schweren Fällen 3mal täglich 2 Dragées Legalon 70 (4mal täglich 1/1 Meßlöffel Liquidum) nach den Mahlzeiten einnehmen, zur Nachbehandlung und als Initialdosierung bei mittelschweren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon 70 (3mal täglich 1/1 Meßlöffel Liquidum), in leichteren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon zu 35 mg (3mal täglich 1/2 Meßlöffel Liquidum).

Weit. Hinweise siehe wissenschaftlichen Prospekt Dr. Nr. 144/14/10.74.

#### Handelsformen:

Legalon: O.P. mit 80/400 Dragées  
Legalon 70:  
O.P. mit 80/400 Dragées  
Legalon Liquidum: O.P. mit 450 ml



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

# **BULLETIN**

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

**N° 1**

Mai 1975 - 112<sup>e</sup> année

# 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 Général: Dr. J. Neuen  
Membres: Dr. R. Koppes  
Dr. E. Loos  
Dr. J.-Cl. Schaack  
Dr. G. Kayser  
Dr. M. Schroeder  
Dr. A. Kremer  
M. P. Hippert

## Bulletin de la Société des Sciences Médicales

Administration et  
Publicité

Secrétaire Général: Dr. J. Neuen  
3, rue Conrad 1<sup>er</sup>, Luxembourg

## Rédaction

Rédacteur en chef: Dr. J.-Cl. Schaack  
15. avenue de la Faïencerie  
Luxembourg

## Comité de Rédaction 1974 - 1975

Médecine : Dr. R. SCHAUS  
Dr. J. RUPPERT  
Chirurgie : Dr. N. DIEDERICH  
Dr. J. NOSBAUM  
Biologie : Dr. A. BETZ  
Dr. R. HUMBEL  
Stomatologie : Dr. R. SCHMIT  
Pharmacie : M. P. HIPPERT

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 1975 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

# Sommaire

<b>Assemblée Général Ordinaire de la Société des Sciences Médicales au Grand-Duché de Luxembourg</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>Staging and Therapy of Hodgkin's Disease</b> M. A. DICATO M. D. . . . .	<b>15</b>
<b>Les incidents objectifs et subjectifs des moyens modernes de contraception</b> M. P. MOLITOR . . . . .	<b>27</b>
<b>Un problème d'actualité : les piqûres d'Hyménoptères</b> R. SCHAUS . . . . .	<b>37</b>
<b>Etude clinique du Restovar</b> M. P. MOLITOR . . . . .	<b>47</b>
<b>L'Abus des Médicaments</b> P. HIPPERT . . . . .	<b>57</b>
<b>A propos de rééducation psychomotrice</b> M. KIEFFER . . . . .	<b>79</b>

# Nomenclature des Laboratoires et Firmes

ayant annoncé dans le présent numéro

Abbott  
Anphar  
Baudrihayé  
Benelupharm  
S. A. Ciba-Geigy N. V.  
Chemielux  
Coles  
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois  
    Auclair, Hermal-Chemie, Mack, Rowa-Wagner  
Laboratoires Ely Lilly  
I.C.I.  
Integral S. A., Luxembourg  
    Blend-a-med, Madaus, Zwintsher  
Kass & Fils, Luxembourg  
    Monda  
Laboratoires Dr Kirchner  
Labaz  
Laboterm  
Latema  
Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains  
Organon Belge S. A.  
P.C.B.  
Pfizer  
Prophac, Luxembourg  
    Agpharm, Boehringer, Hausmann, Lepetit  
Sanders S. A.  
Sandoz  
Schaper & Brümmer  
Laboratoires S.M.B.  
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale  
Squibb  
Union Pharmaceutique Belge  
Union S. A.  
Laboratoires Wolfs  
Wülfing Belgium  
Zyma-Galen

# 10 mg proviron 25 mg

toutes les indications  
de l'androgénothérapie  
chez l'homme

troubles de l'andropause

hypogonadisme

stérilité fonctionnelle

troubles de la puissance virile

troubles cardio-circulatoires

PROVIRON : androgène actif per os  
1 comprimé renferme 10 ou 25 mg de mes-  
térone (1- $\alpha$ -méthyl-androstanolone).

doses quotidiennes	comprimés à	
	10 mg	25 mg
début du traitement :	3 x 2	3 x 1
poursuite du traitement :	3 x 1	1 ou 2 x 1
dose d'entretien :	2 ou 1 x 1	1 x 1 ou 1/2

**Contre-indication :**  
Cancer de la prostate.

NB. : Lorsque des doses supérieures à 60  
mg par jour sont administrées pendant plu-  
sieurs semaines, il est recommandé de sur-  
veiller l'intégrité de la fonction hépatique.

En cas d'hypogonadisme, il faut adminis-  
trer des doses plus élevées :  
pendant plusieurs mois, 1 comprimé à  
25 mg 3 ou 4 fois p.j., ensuite, comme dose  
d'entretien, 1 comprimé à 25 mg 2 fois p.j.

**Présentations**

30 et 150 comprimés à 10 mg  
20 et 50 comprimés à 25 mg

Remboursé par l'I.N.A.M.I.



Documentation scientifique :  
**R. COLES S.A. - 1920 DIEGEM**  
Tél. : (02) 20.48.20 (lignes group.)

SCHERING BENELUX S.A. - 1920 DIEGEM

# blend-a-med unterstützt Sie bei der Behandlung von Parodontopathien.

① **blend-a-med Fluid.\***  
Zur Therapie entzündlicher  
Prozesse in der Mundhöhle.  
Anwendung im Spray,  
in der Mundbadeanlage, zum  
Touchieren und zur Tamponade.

② **blend-a-med Zahnpasta.**  
Schützt vor Karies und  
Parodontose. Denn blend-a-med  
enthält hochaktive Antikaries-  
faktoren und zum besonderen  
Schutz des Zahnfleisches  
Allantoin und Pyridyl-carbinol.

③ **blend-a-med "medic"**  
Zur richtigen Reinigung  
der Zähne und zur schonenden  
Massage des Zahnfleisches.

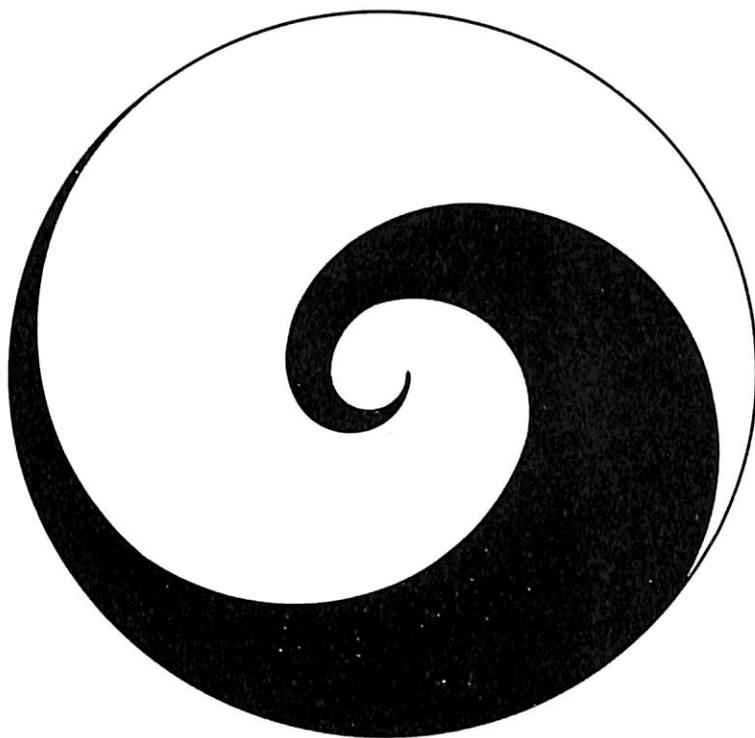


\* Zusammensetzung  
blend-a-med Fluid  
100 g enthalten (in g)  
2,2' Dihydroxy-3,3' dibrom-  
5,5' dichlordiphenylmethan 0,1,  
1,4 Dimethyl-7-isopropylazulen 0,006,  
Tinctura-Arnicae 1,0, Tinctura-Myrrhae  
1,0, Saccharin-Na 0,03 und Geschmacks-  
korrigentien in alkoholischer Lösung  
\* Indikationen - Gingivitis - Stomatitis  
- Parodontitis  
\* Kontra-Indikationen = keine

**blend-a-med Forschung Mainz**

**une thérapeutique  
anti-épileptique  
de sécurité**

**EPIPROPANE<sup>®</sup>**



**LABORATOIRES PCB THERAPEUTICA  
512, rue de Genève - 1030 Bruxelles**

# Mondorf-les-Bains

Grand-Duché de Luxembourg

La seule station hépatique du Benelux

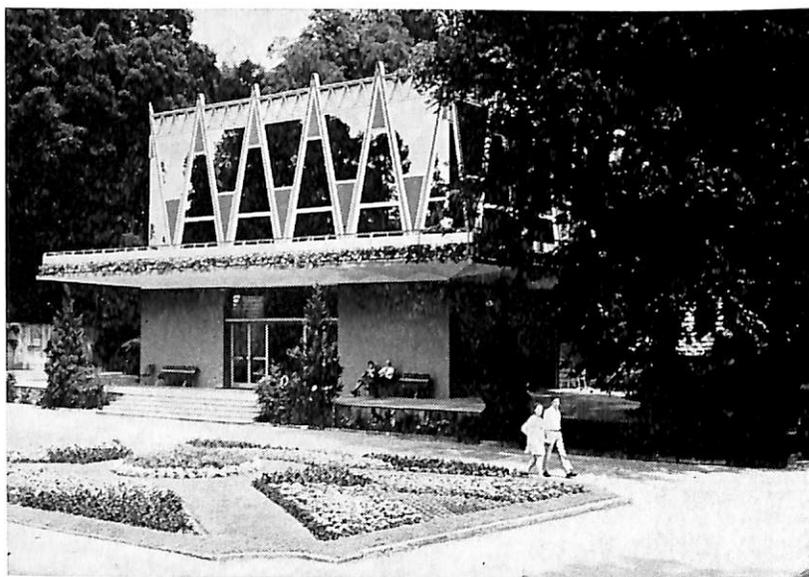


**Conservation  
Amélioration  
Rétablissement de la Santé**

Indications :

Lithiase biliaire - séquelles d'hépatites -  
maladies de la nutrition  
(Hypercholestérolémie, Goutte)  
Rhumatismes

**Saison: ouvert toute l'année**



Pavillon Source Kind

Renseignements Mondorf-Etat - Téléphone 6 70 11

Staatsbad Mondorf

Großherzogtum Luxemburg

Indikationen und Gegenindikationen  
der Mondorfer Thermalkur

# ERKRANKUNGEN DER VERDAUUNGSORGANE

## LEBER

### INDIKATIONEN:

Zustand nach Hepatitis epidemica.  
Chronische Hepatitis mit positiven Serumlabilitätsproben.  
Viele Fälle von Migräne und chronischer Urtikaria.  
Leberschwellung bei Fettsucht, Alkoholismus usw.  
Toxische Leberschäden durch Medikamente und Gifte.  
Periodisches, azetonämisches Erbrechen der Kinder.  
Tropenleber.  
Präzirrrose (im anasztischen Stadium) mit den Zeichen der Pfortaderstauung: Hämorrhoiden, Magenblutung durch Oesophagusvarizen usw.

### GEGENINDIKATIONEN:

Lebertumoren.  
Leberabszeß.  
Ikterus durch Hepatitis und extrahepatischer Verschlussikterus.  
Stauungsleber der Herzkranken.  
Leberzirrrose mit Aszites.

## GALLENWEGE

### INDIKATIONEN:

Gallensteinleiden. Fälle mit immer rezidivierenden Koliken sollen operativ behandelt werden. Aber die vorsichtige Thermalkur vor der Operation bereitet die Patienten bestens auf den Eingriff vor; nach der Operation beseitigt die Thermalkur den fast immer gleichzeitig vorhandenen Leberschaden (Caroli: hépatite satellite).  
Die leichten und die latenten Fälle werden durch die Thermalkur meist beschwerdefrei. Auch bei schweren Fällen, die eigentlich operiert werden müßten, aber durch besondere Umstände (Emboliegefahr, Herzzustand) vom Chirurgen abgelehnt werden, werden durch die Thermalkur oft schöne Erfolge erzielt.  
Chronische Cholezystopathien: Banale Cholezystitis. Atonie der Gallenblase.  
Cholangitis.

### GEGENINDIKATIONEN:

Akute fieberhafte Erkrankungen der Gallenwege.  
Choledochusstein.

## **MAGEN**

### **INDIKATION:**

Chronische hypo- oder anazide Gastritis.

### **GEGENINDIKATION:**

Ulcus.

## **DICKDARM**

### **INDIKATIONEN:**

Die unkomplizierte chronische Obstipation.

Bei Dolichocolon werden durch die Mondorfer Kur in einzelnen Fällen auffällige Erfolge erreicht, aber es gibt auch totale Versager. Bei diesem hartnäckigen Leiden ist jedoch immer ein Versuch gerechtfertigt.

# **STOFFWECHSELLEIDEN**

## **STÖRUNGEN DES EIWEISS-STOFFWECHSELS:**

### **INDIKATIONEN:**

Gicht und harnsaure Diathese. Mono- und polyartikuläre Gelenkgicht, Nierensteine.

Die Mondorfer Kur ist diuretisch und vermehrt die Harnsäureausscheidung, reguliert den Eiweißstoffwechsel und mildert die Harnsäurebildung. Sie mobilisiert die in den Geweben abgelagerte Harnsäure und man findet meistens dadurch am Schluß der Kur einen erhöhten Harnsäurespiegel im Blut.

Hyperazotämie nicht renalen Ursprungs.

### **GEGENINDIKATIONEN:**

Schrumpfnieren und Nephritis.

## **STÖRUNGEN DES FETTSTOFFWECHSELS:**

Die Hypercholesterolämie. Sie wird in 90% der Fälle durch die Kur herabgesetzt.

Dieser Kureffekt gewinnt erheblich an Bedeutung wenn man annimmt, daß die Arteriosklerose wesentlich durch eine Störung des Fettstoffwechsels verursacht wird.

## **STÖRUNGEN DES ZUCKERSTOFFWECHSELS:**

### **INDIKATION:**

Das Frühstadium des Diabetes.

Der voll in Erscheinung getretene Diabetes ist verursacht durch eine definitive Insuffizienz des endokrinen Pankreas und unheilbar. Die Vorstufe — Hyperglykämie ohne Glykosurie — wird durch die Kur in den meisten Fällen rückgängig gemacht.

### **Zusammenfassend:**

Gicht, Nierensteinleiden, Hypercholesterolämie, Fettsucht und Diabetes im Frühstadium sind gute Heilanzeigen.

## **RHEUMATISMUS**

### **Alle chronischen Formen.**

Arthrose der Gelenke und der Wirbelsäule.

Restschäden nach akutem Gelenkrheumatismus.

Infektarthritiden nach Abklingen des akuten Schubes.

Gicht.

Periarthritis humeroscapularis.

Ischialgien und Neuralgien.

Lumbago.

Epicondylitis.

Tendinosen und Tendovaginosen.

Acroparesthesia nocturna.

Cellulitis.

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

Renseignements Mondori-Etat - Téléphone 070 11

# Assemblée Générale Ordinaire de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

(11 décembre 1974)

## Exposé du Président

Je déclare ouverte l'Assemblée Générale ordinaire de la Société des Sciences Médicales.

Fait sans doute unique dans les annales de notre Société, nous aurons assisté à deux assemblées générales ordinaires en 1974, puisque celle de 1973, vous vous en souvenez, avait dû être remise à janvier dernier. Cette entorse à nos habitudes, et aussi aux statuts, il faut l'avouer, fut une des conséquences les moins dramatiques de la crise dite énergétique.

Comme l'année dernière, nous avons décidé de donner à cette assemblée un caractère purement administratif. Il nous a paru bon d'accorder sans partage toute notre sollicitude à la Société des Sciences Médicales, à sa vie et à ses problèmes. L'entreprise est peut-être aride, mais elle revêt à nos yeux le mérite d'être précise et nettement circonscrite. Le faisceau lumineux ramassé de notre attention fournira un éclairage sans dispersion. Ambition que justifient doublement les élections à l'ordre du jour . . .

Rien n'empêche cependant qu'on revienne un jour à une tradition plus ancienne, en agrémentant ces réunions statutaires par des réjouissances plus populaires, telles que des projections de films médicaux, par exemple, ou d'autres divertissements scientifiques.

Permettez que la toute première remarque de mon bref exposé ait trait aux activités déployées par le Conseil d'Administration sortant. Je tiens à en remercier les membres pour leur travail, qui plus qu'aucun

autre mérite les qualificatifs de désintéressé et d'utile. Je veux éviter de céder à la forte tentation de prononcer tel nom ou tel autre, la direction collégiale ne souffrant pas le culte de la personnalité. Vous me pardonnerez si je viole ce principe, sinon dans la lettre, du moins dans l'esprit, en soulignant que les centres de gravité ont été le secrétariat et la rédaction du Bulletin.

Les rapports d'activité et de gestion prévus à l'ordre du jour seront succincts. Nous les considérons surtout comme une introduction à une discussion fructueuse. Nous serions heureux si cet échange d'idées que nous espérons sincèrement critique — l'adverbe concerne et notre espoir et la critique — pouvait s'imposer comme la caractéristique principale de cette assemblée de 1974. Qu'il en soit ainsi dépend de la dynamique que l'assistance saura engendrer en son sein.

Le Dr. Neuen vous exposera la situation financière. Le Dr. Schaack vous parlera de notre publication. Je me limiterai cette fois à cette partie de nos activités que représentent nos conférences d'enseignement continu.

En voici le relevé :

- le 23 janvier 1974 : hémostasie et coagulopathies, Dr. Samana (Paris) ;
- le 2 février : les bradycardies et leur traitement, Dr. J. Carlier (Liège) ; les tachycardies et les rythmes ectopiques-aspects cliniques, Dr. N. Lisin (Liège) ; le traitement actuel des tachycardies et des rythmes ectopiques, Dr. M. Andrianne (Liège).
- le 2 mars : physiologie et pathologie de la puberté, Dr. J.-M. Limal (Paris). En collaboration avec la Société de Pédiatrie.
- le 3 mars : acquisitions récentes en pathologie surrénalienne de l'enfant, Dr. J.-M. Limal (Paris). En collaboration avec la Société de Pédiatrie.
- le 6 mars : intérêt des dosages radio-immunologiques dans les explorations médicales, Professeur P. Franchimont (Liège). En collaboration avec le Laboratoire des Radio-isotopes.
- le 27 mars : les bases chimiques de la mémoire, Professeur G. Ungar (Houston). En collaboration avec la Section des Sciences naturelles, physiques et mathématiques de l'Institut Grand-Ducal.
- le 27 mars : les varices -attitude médicale et chirurgicale, Dr. Cl. Elbaz (Paris) et Dr. D. Reinharez (Paris).
- le 2 avril : hyperimmunisation et maladies neurologiques à virus persistants, Professeur A. Löwenthal (Bruxelles). En collaboration avec la Société de Neurologie et la Société de Pédiatrie.
- le 17 avril : la réanimation en salle de travail, Professeur P. Vert (Nancy) et Dr. G. Brunel (Nancy). En collaboration avec la Société de Gynécologie et la Société de Pédiatrie.
- le 12 mai : l'organisation et la mise en oeuvre des soins d'urgence, Professeur F. Steichen (Pittsburgh).
- le 22 mai : Aphasia in Bilinguals and Polyglots, Dr. Macdonald Critchley (Londres). En collaboration avec la Société de Neurologie.
- le 15 juin : la rééducation psychomotrice, Dr. S. Masson (Paris), Dr. J.-Fr. Espinas (Paris) et Dr. J. Cl. Carric (Paris). En collaboration avec la Société de Neurologie et la Société de Pédiatrie.
- le 26 juin : moderne Richtungen in der Säuglingsernährung. Allergien im Kindesalter, Professeur Erdmann (Mainz). En collaboration avec la Société de Gynécologie et la Société de Pédiatrie.
- le 2 octobre : internistische Tumorenbehandlung, Professeur P. G. Scheuerlen (Homburg/Saar). Behandlung der

malignes Tumoren des Urogenital-Systems, Professeur C. E. Alken (Homburg/Saar).

- le 5 octobre à Sarrebruck : moderne Gesichtspunkte in der Behandlung der koronaren Herzerkrankungen, Professeur H. J. Schieffer (Homburg/Saar) et Professeur K. Stapenhorst (Homburg/Saar). En collaboration avec la Bezirksärztekammer des Saarlandes et la Bezirksärztekammer Trier.
- le 9 octobre : exploration hémodynamique et métabolique de la circulation cérébrale. Application à l'étude des drogues vasoactives, Professeur L. Arbus (Toulouse).
- le 6 novembre : résistances bactériennes aux antibiotiques, Dr. Butzler (Bruxelles).
- le 17 novembre : pourquoi la gériatrie, Professeur J.-P. Junod (Genève).
- le 27 novembre : apports de la cholangio-wirsungographie endoscopique dans les affections des voies biliaires et du pancréas; Colonoscopie et polypectomie endoscopique, Professeur M. Cremer, Dr. J.-P. Peeters, Dr. M. Deltenre, Dr. A. Hermanus, Dr. N. Dumont (Bruxelles).
- le 4 décembre : les facteurs de risque de la maladie coronarienne, leur dépistage et leur traitement, Dr. W. Page (Bruxelles).
- le 13 décembre : cent diagnostics de radiologie osseuse du crâne, Professeur Aug. Wackenheim (Strasbourg). En collaboration avec la Société de Neurologie.

Si nous faisons le compte, il s'agissait donc de 21 réunions, nous ayant amené 32 conférenciers : 12 Belges, 10 Français, 5 Allemands, 2 américains, 1 Suisse, 1 Anglais.

La réponse de nos membres aux invitations a été très bonne, sauf pour la réunion de Sarrebruck, ce qui était dommage.

Les médecins luxembourgeois prennent de plus en plus conscience de la nécessité de tenir leurs connaissances à jour, par un effort inlassable qui dans notre système comporte essentiellement la lecture et la participation à des conférences et à des symposiums. Dans ceux-ci comme dans celles-là, nous constatons que le caractère «ex cathedra» a largement été supplanté par le souci d'un enseignement vivant, articulé avec les besoins de la pratique quotidienne, en partie grâce à la combinaison audio-visuelle. Nous en sommes reconnaissants à nos éminents conférenciers.

Beaucoup de confrères manifestent un véritable acharnement à rester dans la foulée des progrès de la médecine. Le grand public ignore généralement l'immense bénéfice qui découle pour lui de cette attitude, le profit direct qu'il tire de ces «prestations» ne coûtant qu'un considérable investissement de temps et de travail de la part de ses médecins. Dans ce contexte, pas plus que dans d'autres, nous n'avons à rougir de notre profession !

Je serais incomplet, si je ne terminais en soulignant que notre programme a largement bénéficié de la collaboration des sociétés monospécialisées de neurologie, de pédiatrie, de gynécologie, ainsi que de l'intervention des Laboratoires pharmaceutiques. Le style de ces derniers a été discret et élégant, en échange de la garantie de sérieux qu'a toujours constitué et que devra continuer à constituer le label de qualité de la Société des Sciences Médicales.

Dr. R. Schaus, M.R.C.P.



**Venoruton<sup>®</sup> 300**  
**traitement**  
**du syndrome variqueux**

▀ Zyma-Galen SA

---

**En diminuant la perméabilité  
des capillaires  
et en augmentant la résistance  
de leur paroi,**

# **Venoruton® 300**

**prévient et réduit  
l'œdème,  
la douleur  
et la sensation de pesanteur,  
les troubles trophiques.**

#### *Indications*

Etats prévariqueux: lourdeurs et douleurs de jambes, jambes enflées, œdèmes malléolaires.

Paresthésie d'origine vasculaire: fourmillement dans les membres la nuit et au réveil, crampes nocturnes.

Etats variqueux: douleurs et œdèmes des varices constituées, phlébites ou périphlébites, troubles postphlébitiques.

Troubles trophiques: ulcères variqueux et dermites variqueuses.

Adjuvant dans le traitement sclérosant et l'exérèse des varices.

Hémorroïdes et leurs complications.

#### *Posologie*

Traitement d'attaque:

600 à 900 mg par jour, soit 2–3 capsules Venoruton 300 jusqu'à disparition des manifestations aiguës.

Traitement de consolidation:

300 à 600 mg par jour, soit 1–2 capsules Venoruton 300.

Prendre Venoruton de préférence pendant les repas.

#### *Présentation*

Etui de 50\* capsules à 300 mg.  
Emballage clinique de 250 capsules.

#### *Formule*

O-( $\beta$ -hydroxyaethyl)-rutosidea (Factor P Zyma) (cum Natr. chlorid. et Aethylen. glycol.) 324 mg – Glycolumpolyethyl. pro capsula gelat. una cum aq. – Titan. oxyd. – Erythrosin. – Tartrazin. pro colore.

#### *Autres présentations*

Gouttes: flacon de 100\* et 250\* ml.

Ampoules de 5 ml à 10%:

étui de 5\* ampoules i.m./i.v.

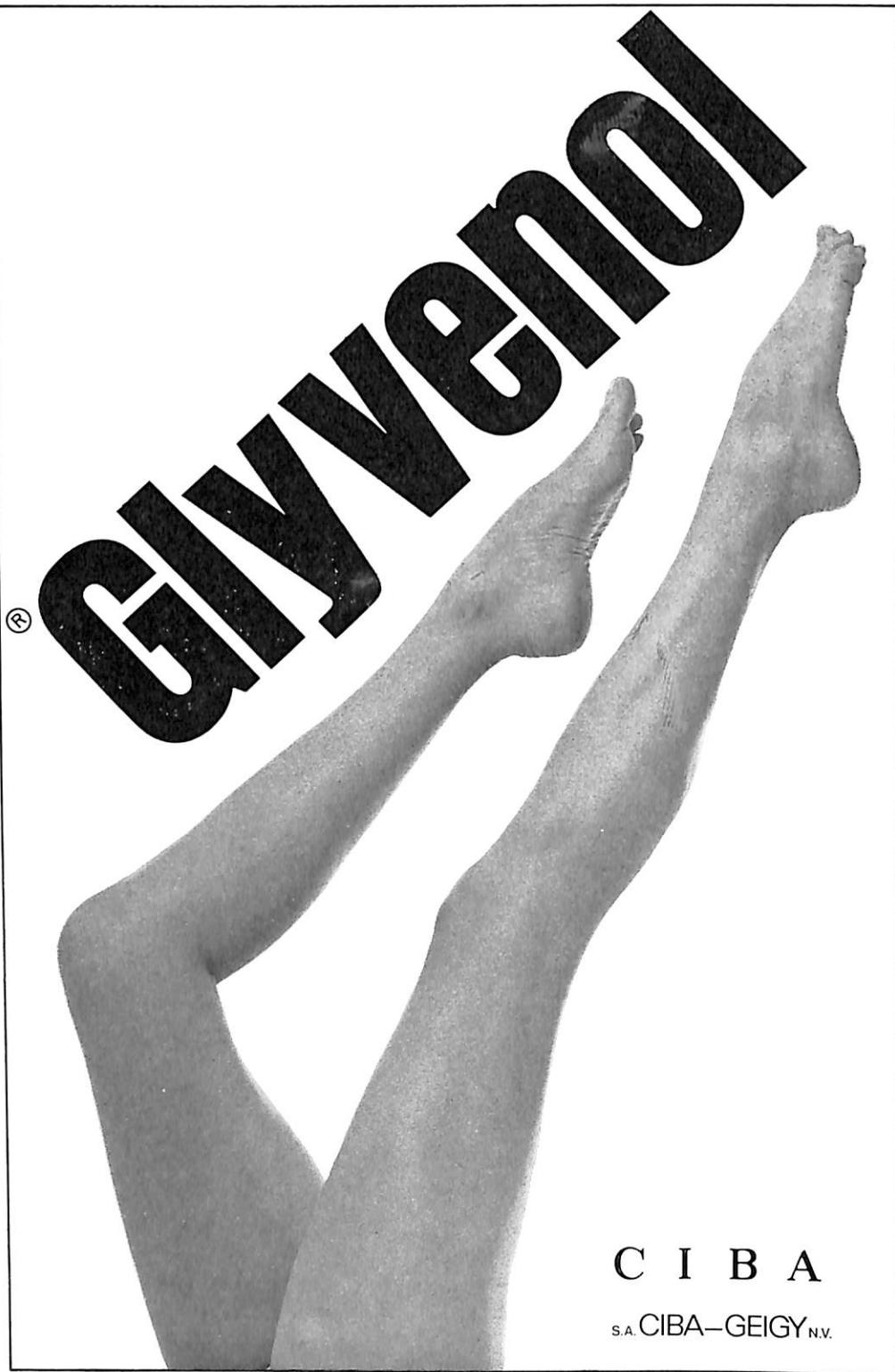
Gel: tubes de 40 et 100 g.

\* Remboursés par l'I.N.A.M.I.

I.N./034/7308/81

■ Zyma-Galen SA  
209–213, rue De Wand, 1020 Bruxelles

---



®

**Givlenol**

**C I B A**

S.A. CIBA-GEIGY N.V.

# Staging and Therapy of Hodgkin's Disease

M. A. DICATO M. D.

## INTRODUCTION

The classification of the lymphomas has been revised over the past few years, and it seems appropriate to give an outline of the terminology used presently (<sup>1</sup>). Except for Burkitt's lymphoma, all the other entities are further characterized as nodular or diffuse. Mycosis fungoides, the Sézary syndrome and malignant cutaneous reticulosis are variants of the lymphomas and are usually described separately. The lymphomas are the sixth most common form of cancer and are the fifth cause of death from malignancy in industrialized (<sup>2,3</sup>), 40 % of lymphomas are of the Hodgkin type. In contrast to well differentiated lymphoma and chronic lymphocytic leukemia which are B-lymphocyte disorders, in Hodgkin's disease, the etiological agent, most likely an oncogenic virus, acts on the T-lymphocytes (<sup>1</sup>). The still experimental use of surface markers to distinguish B and T-lymphocytes gives promising results and in the near future the lymphoma classification might undergo further modifications.

Hodgkin's disease has a unique feature of spreading in a contiguous and predictable pattern, while the other lymphomas are usually generalized at onset.

In Hodgkin's disease the pathologic states lymphocytic predominance and nodular sclerosis are of good prognosis, mixed cellularity is fair and lymphocytic depletion poor (<sup>4, 20</sup>).

present terminology	popular terminology
malignant lymphoma, undifferentiated, Burkitt's type	Burkitt's tumor
malignant lymphoma, undifferentiated, pleomorphic type malignant lymphoma, histiocytic type malignant lymphoma, histiocytic-lymphocytic type malignant lymphoma, lymphocytic type, poorly differentiated malignant lymphoma, lymphocytic type, well differentiated	Reticulum cell sarcoma  Lymphosarcoma
malignant lymphoma, Hodgkin type lymphocytic predominance nodular sclerosis mixed cellularity lymphocyte depletion	Hodgkin's lymphoma

## STAGING

The clinical staging currently used is according to the Ann Arbor classification<sup>(35)</sup> as follows :

Stage I : single lymph node region or single localized extralymphatic organ or site (I<sub>E</sub>).

Stage II : disease in two or more anatomic regions on same side of diaphragm (II), or solitary involvement of an extralymphatic organ or site of one or more lymph node regions on same side of diaphragm (II<sub>E</sub>). The spleen may be involved in case of localization below the diaphragm.

Stage III : disease in anatomic regions on both sides of the diaphragm (III), may be accompanied by involvement of the

spleen (III<sub>S</sub>), or by localized involvement of an extralymphatic organ or site (III<sub>E</sub>), or both (III<sub>SE</sub>).

Stage IV : diffuse or disseminated involvement of one or more extralymphatic organs or tissues with or without associated lymphnode involvement.

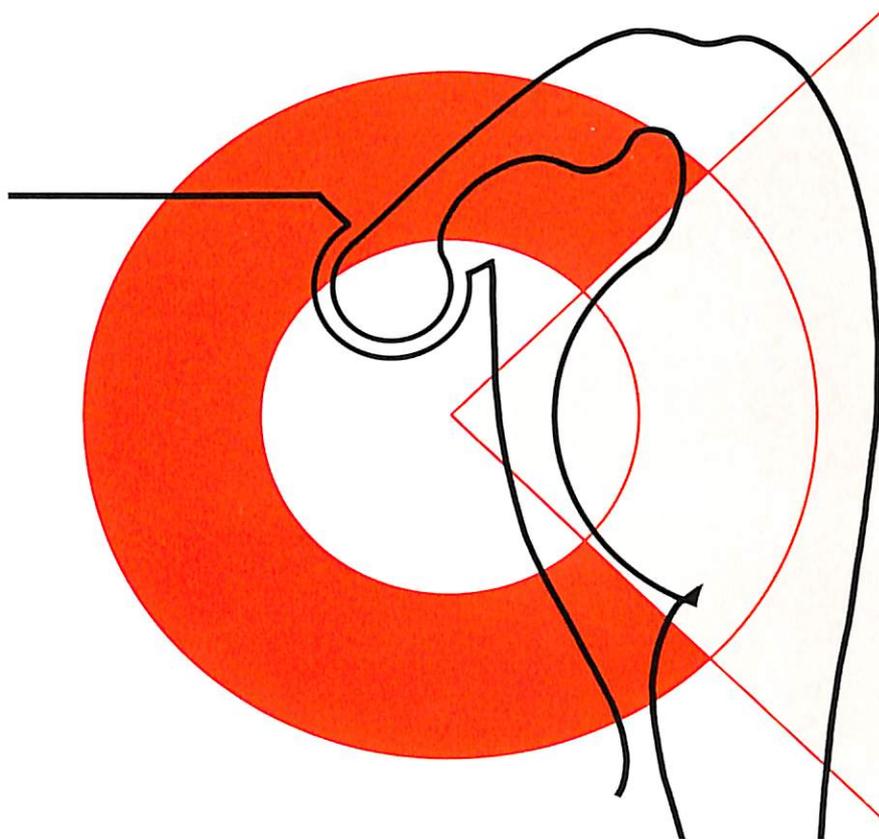
The localized involvement of an extralymphatic region has the same prognosis as the involvement of an additional lymphatic region and does not change the stage in contrast to the extralymphatic involvement due to dissemination which makes the patient a stage IV and is of a poor prognosis.

Involvement of the spleen or of non-lymphoid tissues should be indicated by an additional symbol : S = spleen, H = liver, L = lung, M = marrow, P = pleura,

# Catapressan<sup>®</sup> 150

Antihypertenseur  
à action **centrale**

Bien toléré  
en traitement **ambulatoire**  
et à **long terme**, grâce à  
son point d'impact central  
au niveau des centres  
vasomoteurs bulbaires.



**Formule** : 2-(2,6-dichlorophénylamino)-2-imidazolín, (clonidín) hydrochlorid, 0,150 mg - Sacchar. lact. - Dicalcii phosphas - Amyl. - Silic. oxyd. colloïd. - Polyvidonum - Acidum stearicum - q.s. pro compr. uno. **Indications** : Tous les cas où la tension artérielle est pathologiquement élevée. **Posologie** : Dans le cas où le régime sans sel est difficilement applicable, p. ex. chez les malades ambulants, l'adjonction d'un salurétique est souhaitable. Cette adjonction permet généralement une réduction de la posologie Catapressan. Le traitement débutera par l'administration de 1/2 comprimé Catapressan 2 à 3 fois par jour (1 comprimé sécable contient 0,15 mg de Catapressan). Selon l'effet, la dose sera augmentée ou diminuée jusqu'à fixation de la posologie la mieux adaptée à chaque cas particulier. Cette posologie ayant été établie, il sera souvent possible d'administrer la dose quotidienne en deux prises au lieu de trois. Si nécessaire, on peut, dans les cas extrêmes, augmenter graduellement la dose jusqu'à 6 comprimés par jour et même 12 chez les malades traités en milieu hospitalier. **Remarques** : Au début du traitement, on peut observer une sédation qui, dans la plupart des cas, rétrocede après 1 ou 2 semaines sans aucune réduction de l'activité hypotensive du médicament. Cette sédation - souvent souhaitable au début du traitement - peut diminuer les facultés de réaction. Il convient d'avertir de cette éventualité les conducteurs de véhicules, les personnes appelées à travailler sur des échafaudages et tous les autres travailleurs courant des risques. La sécheresse de bouche observée au début du traitement ne doit pas préoccuper, d'autant plus qu'elle disparaît généralement après 8 à 15 jours ; elle ne doit pas être confondue avec de la soif (ne pas boire plus que de coutume). Un bonbon à la menthe peut estomper ce phénomène. On observe parfois, et le plus souvent passagèrement : étourdissements, constipation, manque d'appétit, nausées, inquiétude, pâleur et bradycardie. A doses thérapeutiques, aucun de ces effets secondaires n'a de gravité. Les effets des calmants, des somnifères et de l'alcool sont accentués chez les sujets traités par le Catapressan. Le traitement des hypertendus porteurs d'affections vasculaires cérébrales importantes devra débuter avec une posologie très prudente et graduelle. Chez les malades souffrant simultanément d'insuffisance rénale, il est indiqué de contrôler régulièrement l'azote résiduel et éventuellement aussi la créatinine et l'urée dans le sérum. **Antagoniste** : En cas de surdosage, l'antagoniste de choix est la tolazoline à la dose de 30 mg par 0,3 mg de Catapressan. **Présentations** : Comprimés sécables à 0,150 mg - Flacon de 30 comprimés - Flacon de 75 comprimés - Conditionnement clinique de 250 comprimés.

Boehringer  
Ingelheim



Concessionnaires :  
Etablissements E. Baudrihay - 4800 Verviers

# Persantine<sup>®</sup> 75



**Boehringer  
Ingelheim**



Concessionnaires :  
Etablissements E. Baudrihaye  
4800 Verviers

O = osseous, D = skin. All stages are further classified into A and B to indicate the absence or presence of the following systemic symptoms : unexplained weight loss (of more than 10 % of body weight), unexplained fever (of more than 38°C), night sweats.

Pruritus is not used as a systemic symptom any more.

It is imperative, once the diagnosis of Hodgkin's lymphoma is made, to stage the patient in order to give appropriate therapy, stages I to IIIA being treated conventionally by radiation and IIIB and IV by chemotherapy (<sup>11, 19, 31, 32</sup>).

Recommended procedures for staging are :

**Detailed history :** fever, sweats, weight loss, any of these being positive, makes the patient a subclass B. There is a significant correlation between the occurrence of systemic symptoms, and disease below the diaphragm (<sup>17</sup>).

Additional symptoms : pruritus and alcohol pain.

**Physical examination :** with attention to Waldeyer's ring, liver, spleen, bone tenderness, and obviously lymphadenopathies, keeping in mind that right cervical involvement frequently goes along with mediastinal nodes and left cervical lymphadenopathy with retroperitoneal nodes (<sup>6, 40</sup>).

**Laboratory studies :** complete blood count in regard to anemia, leukopenia, leukocytosis, eosinophilia, lymphocyte and platelet count. Reticulocyte count, sedimentation rate, Coomb's test, iron-ironbinding-capacity, liver function tests, BUN, creatinine, calcium, uric acid, urin-analysis.

**Radiological studies :** chest X-ray, and if indicated tomograms; skeletal survey. Bilateral lower extremity lymphangiogram. Under certain conditions : inferior venacavagram, intravenous pyelography and upper gastro-intestinal study. The lymphangiogram has mostly (<sup>6, 23, 34</sup>) replaced the inferior venogram and pyelography as

these show only very marked abdominal disease and have a high incidence of false negatives. Depending on the strictness of the criteria used, about 10 % of lymphangiograms are equivocal, the incidence of false negatives is low, false positives are more frequent. The therapeutic response can be followed by repeated X-rays as the dye of the lymphangiogram is present for months afterwards. The lymphangiogram is helpful in evaluating the pelvic and para-aortic nodes, while the mesenteric nodes as well as the splenic hilum and porta hepatis usually do not show. Furthermore the lymphangiogram is useful to the surgeon as a guide to node biopsy when an exploratory laparotomy and splenectomy is performed.

**Scans :** (useful, but not required) bone scan, liver-spleen scan, Gallium scan.

**Bone marrow biopsy :** simple percutaneous procedure, if positive, the patient is stage IV<sub>M</sub>, and obviates the need for a staging laparotomy. On the initial work-up the bone marrow biopsy is positive in 6 - 20 % and in 75 % of postmortem studies (<sup>20, 37</sup>).

**Exploratory laparotomy and splenectomy :** if management depends on the identification of abdominal disease.

**Immunological testing :** Tuberculin, Candida, trichophyton, streptokinase, mumps skin tests. Stage I at onset usually has normal immunity as well as 30 - 40 % of stage II, III and IV at onset and untreated (<sup>1</sup>). It is logical to believe that patients with normal immunity have a better prognosis, but no study has proven it yet.

**Percutaneous liver biopsy :** is usually not done as the yield is poor; if, however, a liver scan shows a focal lesion which seems easy to reach, this procedure can be performed.

There is a direct correlation between the histopathological classification and the clinical stage and consequently also to survival. Most cases of lymphocytic predominance initially present as stage I or II without systemic symptoms, most cases

of lymphocyte depletion are usually seen in stages III and IV, usually with systemic symptoms.

The initial presentation of Hodgkin's disease is such that the question of abdominal involvement is almost always raised:

Initial presentation: lymph nodes of neck 60 - 80 %, of axillary nodes 6 - 20 %, mediastinal nodes 6 - 11 %, inguinal nodes 6 - 12 %, extranodal presentation 9 % (3, 44, 45). 10 - 20 % of patients have pruritus at some time; fever (more than 38°C), sweats and weight loss (more than 10 %) are present in almost 40 % of patients.

Exploratory laparotomy and splenectomy is at the present time the best way to establish the presence of intra-abdominal disease, as the clinical prediction is unreliable. Comparing preoperative and postoperative evaluation shows appreciable changes in staging, and consequently also in treatment. In one series (16) the liver was scored as positive if there was hepatomegaly and one abnormal liver function test (BSP, alkaline phosphatase, SGOT), or no liver enlargement and two abnormal liver function tests. Of the patients thought to have liver involvement preoperatively, only 40 % turned out to be positive after laparotomy and wedge biopsy of the liver. Histologic examination of the tissue is the only way of assessing specific involvement, as a very large number of patients with Hodgkin's disease have non-specific liver involvement, the significance of which is not clear (33). This non-specific involvement can produce abnormal liver function tests.

Clinically palpable spleens are histologically positive in about 75 % of the patients, non-palpable spleens are positive in 50 % of the cases. All the spleens above 400 g are histologically positive. When the spleen is found to be positive, the liver is involved in 50 - 75 % of the cases, when the liver has disease, the spleen is always positive (16).

In Hellman et al's series (19), 40 out of 111 patients' staging was altered after la-

parotomy and splenectomy, and of these 18 received less radiation, 10 received more, 2 received radiation instead of chemotherapy and 4 chemotherapy instead of radiation.

The involvement of the spleen has also prognostic implication. If spleen-positive patients do not relapse during the first six months of therapy, their prognosis becomes similar to the prognosis of those patients without splenic involvement. 15 % of patients with splenic involvement have an early relapse (19).

As stated already before, exploratory laparotomy and splenectomy have the most significant value in establishing the presence or absence of disease in the spleen and liver. Other advantages which, however, should not be the major reason for the procedure are restriction of the radiotherapy field to the splenic pedicle identified by clips at surgery, and consequently elimination of radiation pneumonitis and pleuritis, as well as damage to the left kidney due to radiation (38). Patients with peripheral depression of their blood counts due to hypersplenism will be improved and will be able to receive adequate chemotherapy and even the average patient will demonstrate a rise in platelets and leukocytes which will also facilitate chemotherapy and radiation treatment (10, 27, 36, 41). In young women oophorectomy can be performed with moving of the ovaries to the midline in front or behind the uterus and so out of the radiation fields. Ovarian function can be preserved and pregnancies have been reported following this procedure and pelvic irradiation (2). However, exploratory laparotomy and splenectomy is a surgical procedure and so has its inherent risks. The question of an increased incidence of late overwhelming infections (mostly hemophilus and pneumococcus) is not yet settled, and the literature is contradictory concerning this point (10, 12, 15, 46). As stated above, the major value of the surgical procedure is to determine the extent of disease and only when this alters the therapeutic approach.

## THERAPY

The accepted treatment for stages I - IIIA is radiation therapy and for IIIB and IV chemotherapy (<sup>1</sup>, <sup>18</sup>, <sup>26</sup>, <sup>31</sup>).

**Stage I and II:** mantle field radiation (being essentially the whole upper thorax with shielding of the lungs) for supradiaphragmatic localization. In involvement of the left supraclavicular area the mantle should be extended to the upper para-aortic nodes which can be considered functionally contiguous, and to the splenic pedicle.

I and II subdiaphragmatic localized disease is treated with radiation to the splenic pedicle and an inverted Y to include the paraaortic, iliac and inguinal nodes.

The dose of radiotherapy should be adequate (4000 - 4400 rads) (<sup>1</sup>). With this treatment the recurrence rate in treated areas is less than 5%. Also about 5% will suffer serious complications of radiation therapy like pneumonitis, cardiac damage, myelitis and severe bone marrow depression (<sup>17</sup>). This, however, should not prevent the physician from using this frequently curative mode of therapy.

In some centers, total nodal irradiation seems to give better results (<sup>22</sup>) than the standard treatment, however, it seems still premature to generalize that form of therapy.

**Stage IIIA:** The standard mode of treatment is total nodal irradiation (mantle plus inverted Y and splenic pedicle). In subdiaphragmatic stage I and II and in stage IIIA the spleen should be irradiated if a splenectomy was not performed previously.

**Stages IIIB and IV:** are usually treated with chemotherapy though some treat IIIA with chemotherapy and others treat IIIB with radiation therapy (<sup>1</sup>).

The combination chemotherapy treatment designed by de Vita et al. (<sup>13</sup>) has become the standard treatment for advanced Hodgkin's disease. The combination

consists of nitrogen mustard, vincristine (Oncovin), procarbazine, and prednisone (MOPP), which are given in 4 week cycles for a total of 24 weeks or 6 cycles, with the following dosages: M (mustard) 6 mg/m<sup>2</sup> (to a maximum of 10 mg) i-v on day 1 and 8, O (Oncovin) 1.4 mg/m<sup>2</sup> (maximum of 2 mg) i-v on day 1 and 8, P (procarbazine) 100 mg/m<sup>2</sup> (maximum 150 mg) p.o. for 10 days starting day 3; P (prednisone) 40 mg/m<sup>2</sup> (maximum of 60 mg) p.o. for 14 days only in cycles 1 and 4.

These agents are usually given as outpatient with weekly blood and platelet counts. The MOPP-regimen has been superior to any single agent treatment in inducing as well as maintaining a remission (<sup>1</sup>, <sup>8</sup>, <sup>30</sup>). Of similar effectiveness has been another combination regimen consisting of cyclophosphamide, vinblastine, procarbazine, prednisone, and BCNU (<sup>14</sup>). Some authors use MOPP and bleomycin, but this modality has not been proven to be superior to the standard MOPP-regimen (<sup>1</sup>, <sup>32</sup>).

No prolongation of life has been shown if MOPP is continued as maintenance after the usual cycles or if BCNU is used as maintenance after MOPP therapy. Patients who had a remission on MOPP or any other combination protocol and who experience a relapse can be retreated successfully and fare as well as those on maintenance therapy (<sup>48</sup>).

In de Vita's series (<sup>13</sup>) previously untreated patients in stage III and IV had an 81% incidence of complete remission with MOPP and an overall 5 year survival rate of 33%. Retreated patients have a lower incidence of complete remission of about 40%.

In Nixon and Aisenberg's series (<sup>32</sup>) previously untreated patients had a complete remission of 91% and a median remission duration of 8 months. The retreated patients had 71% of complete remission and a median remission duration of 8 months also. In both, previously untreated and treated patients, all the relapses occurred in the symptomatic ones (subgroup B).

The fact that patients who relapse after extensive radiation therapy for localized disease, relapse in extranodal sites, suggests that combined radiotherapy with chemotherapy may prolong remission<sup>(8)</sup>. This has been done and is pursued in different centers for stages IIB through IIIB<sup>(21, 29, 39)</sup>. Which modality should be used first is not established. In one study by the Acute Leukemia Group B<sup>(21)</sup> the highest remission rate was obtained in patients who had combination chemotherapy followed by total nodal irradiation. However, the longterm results are not yet available. This might become the standard treatment in a few years.

In advanced unresponsive disease, the standard alkylating agents and the vinca alkaloids as well as other newer agents like BCNU<sup>(49)</sup>, CCNU<sup>(42)</sup>, bleomycin<sup>(47)</sup>, and adriamycin<sup>(5)</sup> are used with some success.

Radiotherapy is also used as palliation in advanced disease depending on the situation<sup>(7)</sup>

The overall response rate following modern treatment in Hodgkin's disease has tremendously improved over the past ten years :

**Stage IA and IIA :** 98 % five years survival after total nodal irradiation<sup>(24)</sup>. Some authors feel these patients to be virtually cured<sup>(25)</sup>. IB and IIB : 78 % relapse free survival at 2 years and 50 % survival at 5 years<sup>(38)</sup>. IIIA and IVA : 85 % of patients of de Vita's original series are still in remission compared to 31 % of IIB and IVB<sup>(13)</sup>. The overall 5 year survival is : stage I 88 %, stage II 66 %, stage III 40 %, stage IV 20 %; A all stages 68 %, B all stages 30 %<sup>(38)</sup>.

A word of caution has to be said concerning the elder patient who frequently cannot tolerate an exploratory laparotomy and splenectomy for staging or a full course of radiation or chemotherapy, and often is better off, depending on the situation, with localized irradiation or with a single chemotherapeutic agent.

## REFERENCES

1. Aisenberg, A. C. : Malignant lymphoma. *New Engl. J. Med.* 288: 883, 1973.
2. Baker, J. W. et al. : Preservation of ovarian function in patients requiring radiotherapy for para-aortic and pelvic Hodgkin's disease. *Lancet* 1 : 1307, 1972.
3. Banfi, A. et al. : Preferential sites of involvement and spread in malignant lymphomas. *Europ. J. Cancer* 4 : 319, 1968.
4. Berard, C. W. : Histopathology of the lymphomas, in W. J. Williams : *Hematology* p. 905, McGraw Hill Book Company, New York, NY, 1972.
5. Blum, R. H. et al. : Adriamycin. *Ann. Int. Med.* 80 : 249, 1974.
6. Brickner, T. J. et al. : Limited value of lymphangiography in Hodgkin's disease. *Radiology* 90 : 52, 1968.
7. Buschke, F. : Conservative radiation therapy for advanced disease. *JAMA* 223 : 170, 1973.
8. Canellos, G. P. et al. : Combination chemotherapy in advanced Hodgkin's disease. *Arch. Intern. Med.* 131 : 388, 1973.
9. Cohen, S. M. et al. : Hodgkin's disease. *New York State Journal of Medicine.* 72: 2189, 1972.
10. Cooper, J. A. et al. : The role of splenectomy in the management of advanced Hodgkin's disease. *Cancer* 34 : 408, 1974.
11. Desser, R. K. et al. : Hodgkin's disease, staging and treatment. *Modern Medicine.* p. 38, April 16, 1973.
12. Desser, R. K. et al. : Risk of severe infection in patients with Hodgkin's disease or lymphoma after diagnostic laparotomy and splenectomy. *Ann. Intern. Med.* 77 : 143, 1972.
13. De Vita, V. T. et al. : Combination chemotherapy in the treatment of advanced Hodgkin's disease. *Ann. Intern. Med.* 73 : 881, 1970.
14. Durant, J. R. et al. : Development of four-drug BCNU combination chemotherapy regimen. *Cancer* 32 : 277, 1973.
15. Eraklis, A. J. et al. : Hazard of overwhelming infection after splenectomy in childhood. *New Engl. J. Med.* 276 : 1225, 1967.
16. Glatstein, E. et al. : The value of laparotomy and splenectomy in the staging of Hodgkin's disease. *Cancer* 24 : 709, 1969.
17. Gillickman, A. S. et al. : Acute and late reaction to irradiation in the treatment of Hodgkin's disease. *Arch. Intern. Med.* 131 : 369, 1973.

18. Halle, M. R. et al. : Curative radiotherapy in Hodgkin's disease. *Br. J. Haematology* 2 : 611, 1972.
19. Hellman, S. : Current studies in Hodgkin's disease. *New Eng. J. Med.* 290 : 894, 1974.
20. Higgins, G. K. : Pathologic Anatomy, in Molander : *Hodgkin's Disease*, page 20, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Ill., 1968.
21. Hoogstraten, B. et al. : Combination chemotherapy-radiotherapy for stage III Hodgkin's disease. An Acute Leukemia Group B Study. *Arch. Intern. Med.* 131 : 404, 1973.
22. Johnson, R. E. : Updated Hodgkin's disease. B. Curability of localized disease. Total nodal irradiation. *JAMA* 223 : 59, 1973.
23. Johnson, R. E. et al. : Hodgkin's disease. : The negative lymphogram in guiding radiotherapy. *Am. J. Roentgenology.* 102 : 883, 1968.
24. Johnson, R. E. et al. : Results of radiation therapy and implications for the clinical staging of Hodgkin's disease. *Cancer Res.* 31 : 1834, 1971.
25. Kaplan, H. S. : Prognostic significance of the relapse free interval after radiotherapy in Hodgkin's disease. *Cancer* 22 : 1131, 1968.
26. Knospe, W. H. : Malignant lymphoma. *Postgraduate Medicine* 55 : 211, 1974.
27. Lowenbraun, S. et al. : Splenectomy in Hodgkin's disease for splenomegaly, cytopenias and intolerance to myelosuppressive chemotherapy. *Am. J. Med.* 50 : 49, 1971.
28. Lukes, R. J. : Prognosis and relationship of histologic features to clinical stage. *JAMA* 222 : 1294, 1972.
29. Moore, M. R. et al. : Sequential radiotherapy and chemotherapy in the treatment of Hodgkin's disease. A progress report. *Ann. Intern. Med.* 77 : 1, 1972.
30. Moore, M. R. et al. : MOPP chemotherapy for advanced Hodgkin's disease. *Cancer* 32 : 52, 1973.
31. Moran, E. M. et al. : Drug-therapy in Hodgkin's disease. *Rational Drug Therapy.* Vol. 8 : No. 2, 1974.
32. Nixon, D. W. et al. : Combination chemotherapy in Hodgkin's disease. *Cancer* 33 : 1499, 1974.
33. Oehlert, W. et al. : Unspezifische Mesenchymreaktionen und Parenchymschäden der Leber bei Patienten mit Morbus Hodgkin. *Klin. Wochenschrift* 48 : 126, 1970.
34. Piro, A. J. et al. : The influence of laparotomy on management decisions in Hodgkin's disease. *Arch. Intern. Med.* 130 : 844, 1972.
35. Proceedings, Informational Symposium on Hodgkin's disease, sponsored by Cancer Clinical Investigation Review Committee, National Cancer Institute, St. Louis, Oct. 7 - 9, 1971.
36. Prosnitz, L. R. et al. : Role of laparotomy and splenectomy in the management of Hodgkin's disease. *Cancer* 29 : 44, 1972.
37. Rosenberg, S. A. : Hodgkin's disease of the bone marrow. *Cancer Res.* 31 : 1733, 1971.
38. Rosenberg, S. A. et al. : Hodgkin's disease and other malignant lymphoma. *California Medicine* 113 : 23, 1970.
39. Rosenberg, S. A. et al. : Combination chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease. *Cancer* 30 : 1505, 1972.
40. Rouvière, H. : Anatomie, Masson & Cie, Paris, 1960.
41. Salzman, J. R. et al. : Effect of prior splenectomy on haematological tolerance during total lymphoid radiotherapy of patients with Hodgkin's disease. *Cancer* 27 : 471, 1971.
42. Selawry, O. S. et al. : Superiority of CCNU [1-2(2-chloroethyl)-3 cyclohexyl-1-nitrosurea, NSC 79037] over BCNU in treatment of advanced Hodgkin's disease. *Proc. Amer. Soc. Cancer Res.* 13 : 45 (Mar), 1972.
43. Silverberg, E. et al. : Cancer Statistics, 1971 *Ca-Cancer J. Clin.* 21 : 13, 1971.
44. Smlthers, D. W. : Spread of Hodgkin's disease. *Lancet* 1 : 1262, 1970.
45. Ultmann, J. E. : Clinical features and diagnosis of Hodgkin's disease. *Cancer* 19 : 297, 1966.
47. Whitaker, A. N. : Infection and the spleen. *Medical Journal of Australia.* 1 : 1213, 1970.
47. Yagoda, A. e tal. : Bleomycin, an antitumor antibiotic. *Ann. Intern. Med.* 77 : 861, 1972.
48. Young, R. C. et al. : Maintenance chemotherapy for advanced Hodgkin's disease in remission. *Lancet* 1 : 1339, 1973.
49. Young, R. C. et al. : Treatment of advanced Hodgkin's disease with [1,3-Bis (2-chloroethyl)-1-nitrosurea] BCNU. *New. Eng. J. Med.* 285 : 475, 1971.

Adresse de l'auteur :

Mario Antoine DICATO  
 Department of Medicine  
 Harvard Medical School  
 Massachusetts General Hospital  
 BOSTON, Mass. 02114

# **VIBRAMYCINE**

**PFIZER**

DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE  
rue Léon Théodor 102 - 1090 Bruxelles - Tél. 02/426 49.20

# BEFACT FORTE

**B1**

250 mg

**B2**

10 mg

**B6**

250 mg

**B12**

20 mcg

## Indications

Polynévrites d'origine toxique (en particulier : alcoolique ou consécutive à un traitement par l'Isoniazide).

Névrites, algies, zona, syndrome neuroleptique, etc.

Asthénies, myopathies, crampes musculaires, etc.

Carence d'origine alimentaire ou médicamenteuse (antibiotiques).

## Posologie

1 à 4 dragées par jour, au moment des repas.

Sté Anonyme LABORATOIRES S.M.B.  
rue de la Pastorale 26-28  
1080 — BRUXELLES

Nos produits vous intéressent certainement :

- AMANTAN** : prophylaxie de l'influenza par voie orale  
traitement de la maladie de Parkinson
- TELORIL** : antibiotique à large spectre de la série des tétracyclines  
voie orale
- PROTERCICLINA** : pyrolidinomethyltetracyclinichloramphenicolsuccinas  
antibiotique à large spectre  
voie orale et injectable
- VARIGLOBIN** : traitement sclérosant des varices
- SOTRAVARIX** : traitement sclérosant des varices de moindre calibre

Littérature sur demande :

**CHEMIELUX s. à r. l. - Case postale 6 - Walferdange - Tél. 33 99 53**

## Possibilité de traiter par voie intra-utérine l'insuffisance placentaire

**Centre de recherche :**

Clinique Gynécologique de l'Université de Tübingen.

**Objet :**

Examiner la possibilité de traiter par voie intra-utérine l'insuffisance placentaire par l'administration de nicotinate de xantinol (\*).

**Méthode :**

Comparaison de la situation physiologique normale à une situation pathologique.

Chez 162 patientes la concentration de LPH sérique a été déterminée. Chez certaines d'entre elles, les taux acide-base ont été évalués ainsi que les modifications apparues à la cardiocotographie directe.

67 patientes ont reçu du nicotinate de xantinol, 95 ont servi comme groupe de contrôle.

**Résultats :**

Les auteurs ont pu constater que l'insuffisance placentaire prénatale avérée chez des patientes souffrant de toxémie gravidique OPH (oedème, protéinurie, hypertension) augmentait pendant la naissance du fait de l'action des douleurs.

Ces augmentations pouvaient être objectivées au moyen de l'enregistrement continu du LPH.

Le nicotinate de xantinol a permis, pendant ce laps de temps, d'inhiber ce processus, ce qui a pu être démontré par l'amélioration ou le maintien des valeurs du LPH. De plus, il a été possible de mettre en évidence les divergences notables des valeurs Apgar chez les patientes atteintes de la maladie gravidique tardive non traitées et chez les patientes MGT traitées. Cette valeur s'élevait à 7 ou plus chez plus de 50 % des patientes traitées et chez 8 % seulement des patientes non traitées.

On a pu démontrer à l'enregistrement que le CTG qui se détériorait du fait de l'insuffisance placentaire croissante, pouvait être améliorée.

Réf. Bibliographiques : H. Weber, D. Heller, T. Horvath, S. Kunz, Med. Welt 25/Heft 40 (1616-1618) 1974.

(\*) COMPLAMIN : Wülfing International, Neuss, R.F.A.



# REVITALOSE VITAMINE C 1000

tellen.



iparat.  
is.

terungen  
körperlicher

5 kg, 25 kg  
lingstraße

# REVITALOSE

## VITAMINE C 1000

### INDICATIONS

Faiblesse ou fatigue musculaire, surmenage physique et intellectuel, manque d'appétit, états dépressifs, épuisement nerveux, neurasthénie, hypotension, grippe, convalescences de toutes les maladies, suites d'opérations chirurgicales.

### POSOLOGIE

Une ampoule jumelée par jour ou tous les deux jours, avant le repas du midi, selon la prescription du médecin.

### PRESENTATION

Boîte de 6 x 2 ampoules 5 ml.  
Coffret de 14 x 2 ampoules 5 ml.

### FORMULE

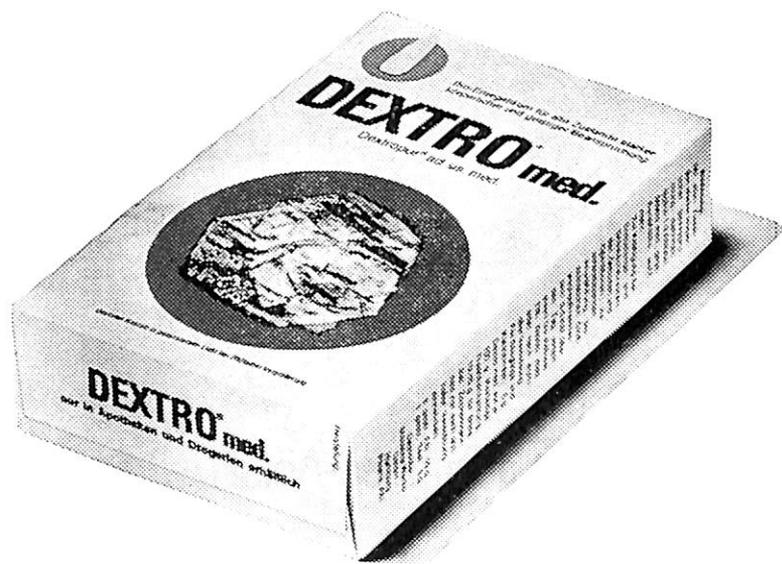
1<sup>re</sup> amp. : Cortico suprarenal. gl. recens. 1,33 g - Testis gl. recens. 3 g - Cerebri gl. recens. 3 g - Spiritus - Sacchar tost. - Aurantii Dulc. et Amar. Ess. - Aqua et Glycer. ad 5 ml.

2<sup>e</sup> amp. : Natr. Ascorbin. 1,125 g - Progallin A - Meth. paraoxybenz. - Prop. paraoxybenz. - Tartraz. - Glycerin. - Aq. dist. ad 5 ml.

SBTE, rue du Progrès 1 - 1400 Nivelles.

<b>Possible par voie intraveineuse</b>
Centre de recherche :
Objet :
Méthode :
Résultats :
Réf. Bibliographique (1618) 1974.
(*) COMPLAMIN

**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



etwa mit  
45  
beginnt  
der Oestrogen-Abfall!

neu

# OESTRO-FEMINAL

Zur Langzeitbehandlung des klimakterischen Syndroms

## Psychische Störungen

wie Nervosität, Reizbarkeit, Aggressivität und depressive Verstimmungen.

### OESTRO-FEMINAL

ist ein weiches Oestrogen in einer besonderen galenischen Zubereitung; unerwünschte Nebenerscheinungen und Blutungen sind daher extrem selten.

### OESTRO-FEMINAL

führt nicht zu einer Virilisierung und läßt dem Arzt die Freiheit für jede notwendige Begleittherapie.

## Vegetative Störungen

wie Hitzewallungen, Schwindel, Schweißausbruch, Kopfschmerzen, Spasmen der glatten Muskulatur, Reizblase, Ein- und Durchschlafstörungen.

Originalpackung mit 20 Kapseln

Und so dosieren Sie OESTRO-FEMINAL.

20 Tage je 1 Kapsel pro die – 1 Woche Pause – und in diesem Rhythmus weiter.

1 Kapsel enthält 1,25 mg natürliche konjugierte Oestrogene in der auf biologischem Weg gewonnenen Form und Zusammensetzung

## Somatische Störungen

wie Osteoporose, Arthropathien, Muskel- und Bindegewebschwäche, Haut- und Schleimhautatrophie. (Colpitis, Vulvitis, Kraurosis vulvae), Durchblutungsstörungen arteriosklerotischer Genese.



Literatur und Muster auf Wunsch.

Heinrich Mack Nachf.,  
Chemisch-Pharmazeutische Fabrik,  
7918 Jilertissen/Bayern

Littérature et échantillon à demander au  
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.

# Les incidents objectifs et subjectifs des moyens modernes de contraception

M. P. MOLITOR

Une bonne méthode de contraception doit obéir à trois critères : efficacité, innocuité et réversibilité.

Par cette définition même la stérilisation chirurgicale est à exclure, bien que des procédés modernes eussent été intéressants à discuter.

Parmi les moyens modernes citons d'abord les appareils intra-utérins. Les stérilets classiques sont la boucle de Lippes, la spirale de Marguliès, le Safe-T-Coil et l'Omega. D'une façon générale on peut dire que plus ils sont petits mieux ils sont tolérés, mais en revanche le risque de grossesse augmente avec les petites tailles et diminue avec les grandes.

Les effets objectifs dépendent de l'état de développement utérin et du type menstruel. De toute façon on peut s'attendre dans les 3 - 4 premiers mois succédant à la pose d'un stérilet à des règles plus abondantes, de la dysménorrhée pouvant aller jusqu'à de véritables contractions utérines qui peuvent aboutir à l'expulsion de l'appareil. Ce phénomène douleur est d'ailleurs assez subjectif et dépend aussi du seuil de tolérance individuelle. Le facteur de race joue également, puisque nous savons que des femmes de race jaune, chinoises ou vietnamiennes p. ex. supportent beaucoup mieux les dispositifs intra-utérins que les femmes européennes. La perforation par l'appareil est assez rare mais peut provoquer alors une pelvipéritonite nécessitant l'intervention chirurgicale.

Un tout autre problème se pose avec l'appareil intra-utérin appelé Dalcon Shield. Ce type de stérilet donnait au début de bons résultats : peu d'expulsions, bien to-

léré, peu de perforations. Cependant il fallait compter avec le risque de grossesse extra-utérine. Or, en août 1974 des circulaires de l'IPPF nous rendaient attentifs au fait qu'un certain nombre de morts s'étaient produites avec ce type d'appareil. Le tableau clinique était celui d'une femme tombée enceinte malgré le Dalcon Shield bien en place et décédée dans les deux jours d'une septicémie foudroyante.

Il y a actuellement un nombre assez impressionnant de décès à travers le monde dont 4 cas connus en Hollande. Nous n'en connaissons pas encore le mécanisme exact. On peut supposer que l'appareil, devenu le siège d'une infection latente, celle-ci, lors de la nidation de l'oeuf et en milieu placentaire, se propagerait par voie sanguine direct et massive, causant ainsi le décès. C'est pourquoi la règle à tenir devant une femme enceinte avec Dalcon Shield en place est la suivante : retirer immédiatement l'appareil et procéder à une interruption de grossesse sous protection antibiotique. D'ailleurs ce type d'appareil a été retiré du commerce par la firme en cause.

#### **Stérléts en cuivre.**

Nous disposons de deux types : le Copper 7 et le Copper T. Le premier a été assez mal supporté dans l'ensemble à cause de sa forme relativement mal adaptée au cavum utérin. Le nombre de perforations était assez important, suivies quelquefois de pelvipéritonites.

Le Copper T est bien supporté, même chez les nullipares et d'une efficacité beaucoup plus grande. Le taux d'échec se situe à 3% environ. Il est par contre plus difficile à retirer et doit être changé tous les deux ans. A l'heure actuelle il constitue le meilleur des appareils intra-utérins.

Une application thérapeutique assez étonnante a été énoncée par des confrères français, à savoir l'élimination de synéchies utérines suite à l'insertion d'un ap-

pareil intra-utérin. — Des incidents subjectifs peuvent être notés de la part du mari : sachant qu'un fil en nylon dépasse l'orifice externe du col, il arrive que certains maris se plaignent d'en être incommodés au cours des rapports. Mais s'ils ignorent l'existence de ce fil ils ne sentiront rien...

#### **Contraceptifs oraux.**

Nous distinguons trois catégories :

Les inhibiteurs de l'ovulation à type combiné; chaque comprimé contient une fraction d'oestrogène et de gestagène. Protection contraceptive assurée à 100 %, même en cas de prise tardive, p. ex. le lendemain matin, au lieu de la prise du soir. Leur action est triple : inhibition de l'ovulation, réduction de l'épaisseur de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation, et imperméabilisation du bouchon muqueux du col utérin.

Les séquentielles, qui comprennent aussi bien les séquentielles que les formes dites normo-phasiques. Un seul mécanisme d'action : l'inhibition de l'ovulation; pas d'action sur l'endomètre, ni sur le bouchon muqueux, sauf pour les derniers comprimés de la série. Les mini-pilules : pas d'inhibition de l'ovulation, pas d'action sur l'endomètre, mais imperméabilisation du bouchon muqueux cervical. Elles doivent être prises chaque jour à la même heure pour être efficaces.

Des irrégularités cycliques, spotting ou aménorrhées, peuvent survenir et inquiéter la cliente. Mais en cas de prise régulière il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Parmi la même catégorie de contraceptifs oraux il peut y avoir des différences considérables dans les effets. Ceux-ci peuvent être dus, soit au dosage, soit à la combinaison (dominance oestrogénique ou gestagène, à laquelle s'ajoute l'effet anti-oestrogène de certains gestagènes), soit au type d'hormone synthétique employé, dérivés des Nor-stéroïdes ou des progestatifs vrais.

### **Contre-indications médicales brutes.**

L'ictère cholestasique de grossesse, l'ictère infectieux en cours. Mais dès que les tests hépatiques sont régularisés depuis trois mois une femme peut reprendre un type de pilule faiblement dosé en oestrogène, en particulier plutôt l'éthinyl oestradiol que le mestranol, retiré récemment dans les pays scandinaves pour son action toxique sur le foie après traitement de longue durée.

La soi-disante insuffisance hépatique doit être vérifiée d'abord. S'il s'agit d'une affection vésiculaire il n'y a pas de contre-indication.

La thrombose gravidique ou post-partale comme les antécédents de thrombo-embolie sont toujours une contre-indication formelle à l'usage des contraceptifs oraux. De même une hypertension essentielle constitue une contre-indication pour tous types de contraception hormonale contenant des oestrogènes. Un diabète de même. Un cancer gynécologique prouvé en évolution également.

Une grossesse présente évidemment une contre-indication, par danger de virilisation d'un fœtus féminin, risque infime, mais toujours possible surtout s'il s'agit des dérivés nor-stéroïdes.

### **Contre-indications relatives.**

Une hyperthyroïdie constitue une contre-indication relative pour les composés oestrogéniques, de même l'hyper-lipidémie.

Les contraceptifs oraux, surtout ceux fortement dosés en oestrogènes peuvent révéler une hypertension latente, et, à un degré moindre un diabète latent, comme le ferait une grossesse, d'ailleurs.

Pour ce qui est de la dépression sous contraception hormonale elle est beaucoup plus difficile à apprécier. Si elle apparaît très tôt, elle peut être due au fait que ce mode contraceptif est inconsciemment rejeté par la femme.

D'apparence tardive elle peut être due au composant gestagène, surtout s'il s'agit d'un dérivé nor-stéroïde, type : Norgestrel ou Noréthistérone, p. ex. soit encore révéler un état dépressif latent (attention aux psychoses puerpérales dans l'anamnèse). Dans ces cas le passage à un composant à dominance oestrogénique ou mieux encore à une séquentielle rétablira rapidement l'équilibre.

S'agit-il d'une récurrence de dépression antérieure ? Connue ou non ? S'agit-il d'une femme très maternelle qui désire inconsciemment un enfant, en quel cas sa dépression sera accompagnée à coup sûr de frigidité ? S'agit-il d'une tendance dépressive chez une patiente élevée d'une façon très stricte, voire religieuse, pour laquelle un mode de contraception rejeté par l'Eglise constitue un élément culpabilisant ?

S'agit-il d'un moyen contraceptif imposé par le partenaire, type : tu n'as qu'à prendre la pilule, on sera tranquille, est-tu donc plus bête que les autres... etc. etc.

Enfin il y a le grand groupe de gens, hommes et femmes exposés aux influences des mass-media qui incriminent la «pilule» de tous les maux : cancer, hirsutisme, perte de cheveux, prise de poids, enfants anormaux après arrêt du traitement, daltonisme, pieds plats, incontinence urinaire, la liste peut être complétée à volonté.

Tous ces phénomènes ont un grand poids chez des femmes au sens critique peu étendu et qui croient plutôt des journaux à sensation ou leur boulangère que leur médecin.

De tout ceci se dégage la nécessité d'un choix personnel de la cliente pour tel ou tel mode de contraception, choix personnel qui aboutira à une motivation positive en faveur du mode contraceptif choisi. Mais ceci présuppose un entretien étendu avec le médecin où la femme peut poser toutes les questions qui lui tiennent à cœur, exposer ses craintes, ses doutes,

ses incertitudes. Même des assertions d'apparence absurde doivent tomber dans une oreille attentive et trouver une réponse sérieuse de la part du médecin. La bonne acceptation d'une méthode élimine la presque totalité des incidents subjectifs, surtout en ce qui concerne les contraceptifs oraux.

Enfin il y a le rôle du mari : crainte de voir sa femme devenir cancéreuse, devenir géniteur d'enfants malformés, crainte qu'elle utilise sa liberté contraceptive pour aller avec d'autres. Tous ces phénomènes se retrouvent surtout en pays latins où un certain nombre d'hommes à virilité vacillante, malgré leur renommée de séducteurs, craignent inconsciemment de ne plus être en mesure de répondre aux demandes de leurs partenaires . . .

#### **Aspects thérapeutiques des contraceptifs oraux.**

Etant donné les incidents objectifs et subjectifs de ces médicaments, ceux-ci trouvent un champ d'application important dans le traitement de certaines affections gynécologiques et dermatologiques.

Citons la dysménorrhée essentielle, les irrégularités menstruelles, les mastodynies, les méno-métrorragies, les diminutions de libido par suite de crainte de grossesse, le syndrome prémenstruel caractérisé par de la nervosité, une tendance dépressive, une sensation de gonflement et de tension mammaire. Une hypotrophie utérine n'est pas une contre-indication aux oestro-progestatifs de synthèse, mais on prescrira plutôt une séquentielle. Un kyste ovarien peut bénéficier d'une thérapeutique supprimant l'ovulation. En ce qui concerne les dystrophies ovariennes, en particulier le syndrome de Stein-Leventhal, Rozenbaum vient d'avancer la théorie selon laquelle la prescription d'oestro-progestatifs, en inhibant les stimulines hypophysaires empêcherait l'aggravation progressive de cette affection. Mais leur administration devrait se faire durant un an ou moins et de façon continue. Il en est de même pour le

traitement de l'endométriase, traitée par des gestagènes seuls ou des préparations combinées à forte dominance gestagène.

Chez la femme pré-ménopausique les contraceptifs oraux à forte dominance oestrogénique ou les séquentielles peuvent prévenir dans un grand nombre de cas l'apparition de bouffées de chaleur, d'états dépressifs et d'atrophie vaginale, cause fréquente de dyspareunie, tous facteurs liés à cette étape de la vie d'une femme. Une attention spéciale devra cependant être portée aux prédispositions thrombotiques, à l'hypertension, et à l'hyperlipidémie si fréquentes dans cette tranche d'âge, avant d'instituer le traitement.

En dermatologie l'acné et l'hirsutisme bénéficient d'un traitement oestroprogestatif ou séquentiel en évitant les composants contenant les dérivés des nor-stéroïdes.

Enfin une indication banale est celle de jeunes filles en période d'examen, de compétition sportive ou de vacances.

En fin de compte il reste des intolérances qu'on ne pourra pas prévoir ni par l'anamnèse, ni par l'examen clinique et gynécologique de la cliente. Dans ce cas il faut qu'elle ait assez confiance en son médecin pour l'appeler tout de suite par téléphone et lui signaler le moindre changement qu'elle remarque. Au médecin d'apprécier si elle doit continuer le traitement ou s'il faut changer le produit.

Notons en passant le plus bel exemple d'intolérance subjective à la pilule durant un traitement par placébos où les effets, tels que nausées, prise de poids, céphalées, gonflement, l'emportaient nettement par rapport aux groupes de contrôle utilisant de vraies «pilules» !

#### **La pilule du lendemain matin.**

Les oestrogènes fortement dosés, l'éthinyl-oestradiol à 5 mg. par jour ou le diéthylstilbestrol à raison de 50 mg. par jour pendant 3 journées consécutives peuvent

prévenir une grossesse non désirée. Il faut pour cela que l'administration de ces doses débute dans les 24 heures ou au plus tard les 48 heures suivant le rapport situé en zone dangereuse : date de l'ovulation ou deuxième moitié du cycle. Ce traitement est évidemment inadéquat s'il est administré avant la date présumée de l'ovulation. Correctement pris, les règles se produisent à la date prévue ou un peu plus tôt, et sont en général plus abondantes. Cependant des effets objectifs plus ou moins graves selon les cas sont à prévoir : nausées très fortes, accompagnées de vomissements (administrer en même temps un anti-émétique pour pallier à ces effets et éviter que le produit soit rejeté par l'organisme). Cette adsorption massive d'oestrogènes est contre-indiquée en cas d'affection cardiovasculaire. L'efficacité est bonne avec un taux d'échec de 0 - 0,6 %. En cas d'échec les grossesses se poursuivent normalement et il n'existe pas de risque de malformation foetale.

Il s'agit là toutefois d'une méthode d'exception, trouvant sa justification dans une situation exceptionnelle, p. ex. après un viol, ou des rapports totalement imprévus, et non pas d'une méthode régulière, étant donné les incidents désagréables.

#### **L'injection trimestrielle.**

L'injection trimestrielle est constituée uniquement de gestagènes à dose de 150 mg. Etant donné son effet dépôt il faut s'attendre à des saignements plus ou moins forts, plus ou moins réguliers lors des 3 premiers mois aboutissant par la suite à une aménorrhée. Du point de vue contraceptif elle trouve son indication chez les femmes ayant accompli le nombre des enfants qu'elles désiraient ou chez de jeunes femmes désirant une contraception de très longue durée.

L'aménorrhée n'est pas un handicap pour la femme si elle a été prévenue de cet effet. Elle a des effets bénéfiques sur certains états anémiques dus à des ménorragies, sur les mastopathies, et surtout

dans le traitement de l'endométriose. Chez les diabétiques on note une diminution des besoins d'insuline grâce à son action négative sur les gluco-corticoides. Le professeur Bonte de Louvain et d'autres chercheurs ont prouvé l'incidence moindre de cancers mammaires et génitaux chez les utilisatrices de cette méthode que chez les femmes sans contraception hormonale.

#### **Aspects sociologiques des moyens modernes de contraception.**

Par le fait même de leur haute efficacité contraceptive ces techniques nouvelles ont bouleversé dans la pratique une certaine mentalité du passé qui reliait la fonction sexuelle de la femme à sa fonction de reproduction. Un certain nombre d'hommes et de femmes sont dérouterés par cette liberté nouvelle qui leur fait peur. Beaucoup de femmes en particulier ne sont pas préparées, ni par leur éducation, ni par l'image traditionnelle de la femme-mère, souvent seule valorisée aux yeux de la société, à ce changement. Assumer son rôle de femme en tant que partenaire égale à l'homme, adopter une attitude positive envers son corps et sa fonction sexuelle, prendre une part active dans les rapports du couple, alors que dans le passé on pouvait prolonger plus ou moins longtemps la «période dangereuse» du cycle pour avoir un bon alibi de refuser les rapports sexuels, tout cela présuppose une préparation psychologique que beaucoup d'entre elles n'ont pas reçue. Un fatalisme remplacé par une technique infailible remet en question la «nature» telle qu'on l'avait comprise pendant des générations. Cependant il est nécessaire désormais que l'homme et la femme ensemble prennent en main leur destin, pour soi-même, pour le partenaire et pour leurs enfants.

Adresse de l'auteur :

3. avenue Pescatore  
Luxembourg (Grand-Duché)  
Téléphone 4 29 51

# reparil<sup>®</sup> reparat

## HWS-, BWS-, LWS- Syndrom

Reparil-Ampullen 5 mg,  
Reparil-Dragees, Reparil-Gel

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

**Zusammensetzung:** 1 Trockenampulle enthält  
5,1 mg Na-aescinat entspr. 5 mg Aescin  
1 Solvensampulle enthält 5 ml physiol. NaCl-Lösung  
1 Dragee enthält 20 mg Aescin amorphisiert  
100 g Gel enthalten 1,0 g Aescin amorphisiert  
1,0 g aescinpolyschwefelsaures Natrium (Heparinoid)  
5,0 g Diethylaminsalicilat

**Dosierung:** Anfangs täglich 1-2 Amp. streng i.v.  
anschließend 3 mal täglich 2 Dragees,  
außerlich: 2 mal täglich Reparil-Gel

**Kontraindikationen:** Vorgeschädigte Niere, Schockniere,  
Nierensuffizienz, Intraarterielle Injektion,  
Rhesus-Inkompatibilität in der Schwangerschaft

**Hinweise:** Bei massiven Weichteilquetschungen nach  
Unfällen, schweren Schädel-Hirntraumen oder aus-  
gedehnten Verbrennungen der Körperoberfläche  
tritt häufig eine Schockniere auf

In solchen Fällen ist es notwendig, von Anfang an die  
Nierenfunktion zu kontrollieren. Tritt eine pathologische  
Veränderung auf, ist Reparil sofort abzusetzen.

Bei Neigung zu Thrombose und bei Patientinnen, die  
unter Einwirkung von Ovulationshemmern stehen,  
empfiehlt es sich, die Menge des Lösungsmittels von  
Reparil-Ampullen zu verdoppeln.

Da durch Tierversuche grundsätzlich teratogene Schäden  
am Menschen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen  
werden können, sollte von der Verordnung von Reparil in  
den ersten drei Schwangerschaftsmonaten abgesehen  
werden.

Gel: Nicht auf strahlenbehandelten Hautpartien  
und offenen Hautstellen anwenden

**Handelsformen:**  
O.P. mit 5 Ampullen  
O.P. mit 40/100 Dragees  
O.P. mit 40/100 g Gel  
Anstaltspackungen



INTEGRAL S.A. 25 rue d'Eprenay LUXEMBOURG





---

Une étude effectuée aux Etats-Unis sur une population saine (6 000 habitants de l'Etat du Michigan) a permis de déterminer les valeurs moyennes de l'uricémie chez l'homme et la femme, soit respectivement  $4,9 \pm 1,4$  mg % et  $4,2 \pm 1,2$  mg %.

Mikkelsen W. M. et al.,  
Amer. J. Med., 1965, 242, 1959.

---

« L'hyperuricémie, en particulier pour les taux supérieurs à 8 mg % lorsqu'elle existe de façon permanente et prolongée, peut exercer une action nocive sur le parenchyme rénal. »

Laguerre G. et al.,  
La Presse Médicale, 1971, 79, 849.

---

# Désuric Labaz

HYPO-URICÉMIANT

---



Les illustrations ci-dessus montrent des empreintes de cristaux uratiques phagocytés par un polynucléaire.

# Désuric Labaz

## HYPO-URICÉMIANT

---

### Indications

- goutte tophacée ou non ;
  - goutte articulaire chronique ;
  - affections rhumatismales avec hyperuricémie ;
  - hyperuricémies idiopathiques ;
  - hyperuricémies secondaires à l'hypertension artérielle et à son traitement par les diurétiques ; aux traitements antimitotiques ; aux hémopathies malignes ; au psoriasis et au rhumatisme psoriasique ; aux cures d'amaigrissement.
- 

### Posologie

La posologie moyenne est de 100 mg par jour (1 comprimé), à avaler sans croquer au milieu du repas. Suivant le résultat obtenu cette dose pourra être réduite à 50 mg (1/2 comprimé) ou augmentée à 150 ou 200 mg par jour (1 1/2 à 2 comprimés) à administrer en une fois ou en prises fractionnées aux principaux repas.

On s'assurera de la dose minima active par des contrôles d'uricémie au début du traitement. Pour les traitements d'entretien de longue durée, on peut espacer les cures de traitement de deux ou trois semaines.

---

### Composition

Le principe actif du Désuric est l'éthyl-2 (hydroxy-4 dibromo-3,5 benzoyl)-3 benzofuranne ou benzbromarone (L 2214).

### Formule

Benzbromaron. 100 mg - Sacchar. lact. - Amyl. maïd. - Polyvidon. - Natr. carboxymethylamyl. - Magnes. stearas pro tablet. compres. una.

### Précautions

Le Désuric n'est pas indiqué comme traitement d'urgence de la crise aiguë de goutte.

Au début du traitement de la goutte, on observera les précautions classiques pour éviter l'apparition d'une crise aiguë toujours possible au départ d'un traitement hypo-uricémiant : la colchicine pourra être associée au Désuric dans les premiers jours, de même qu'il conviendra d'assurer une diurèse suffisante et d'alcaliniser les urines.

### Tolérance clinique

Le Désuric est habituellement très bien toléré, aucun effet systémique n'ayant

été signalé suite à son administration. Chez quelques patients présentant de la diarrhée ou des gastralgies, l'anamnèse révèle généralement des épisodes analogues avant le traitement. Aucune accoutumance n'est apparue ni lors des traitements au long cours ni lors des traitements discontinus.

### Contre-indication

Insuffisance rénale grave. La prudence est également recommandée chez les malades hyperuraturiques qui auraient présenté des antécédents de lithiase urique.

### Conservation

Au-dessous de 25 °C, à l'abri de la lumière.

### Validité

Dans les conditions de conservation ci-dessus mentionnées, le Désuric garde toutes ses propriétés thérapeutiques pendant au moins 5 ans.

### Présentation

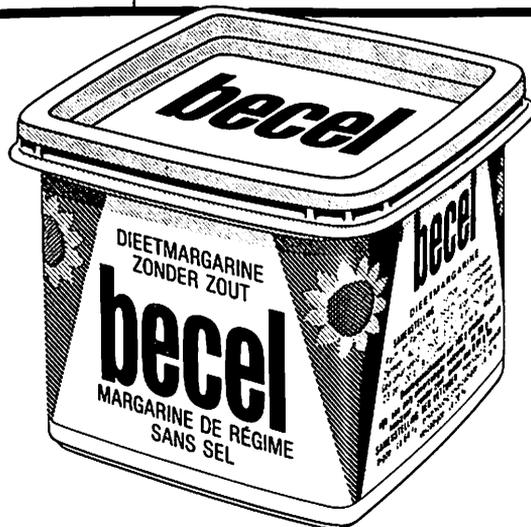
Etui de 30 comprimés à 100 mg.

---

# Becel

## une importante contribution à un régime efficace

<b>Propriétés diététiques par 100 grammes de produit:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- riche en acides gras poly-insaturés: ca. 50 grammes d'acide cis-cis linoléique</li><li>- sans sel: moins de 0,01 g Na.</li></ul>
<b>Composition des acides gras:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- poly-insaturés: ca. 64%</li><li>- mono-insaturés: ca. 16%</li><li>- saturés: ca. 20%</li></ul>
<b>Autre propriété importante:</b>	<p style="text-align: center;"><b>GOUT AGREABLE</b></p> <p>Bien que Becel soit très pauvre en sel, sa finesse de goût est comparable à celle d'une excellente margarine de qualité.</p>



BECEL 40 N - 12/19/91 L'UNILEVER

Becel, la meilleure alliée dans la prescription  
d'un régime pour vos patients cardiaques.

# lucidril 250

prévention et traitement de l'insuffisance cérébrale  
et de ses manifestations



en permettant une utilisation optimale de l'oxygène disponible  
en facilitant le passage du glucose sanguin  
vers la cellule cérébrale

**lucidril 250 rétablit l'activité cérébrale**



lucidril 250 injectable

2 flacons toutes les 3 heures  
(soit 4 g/24 h)

IV directe, ou dans la tubulure de perfusion  
ou simultanément par voie IM ou IV

accidents vasculaires cérébraux  
syndromes confusionnels  
traumatismes crâniens



lucidril 250 comprimés

4 comprimés par jour.

protection de la cellule cérébrale,  
insuffisance circulatoire cérébrale  
et ses manifestations, troubles de :

la mémoire,  
l'attention, la vision ;  
vertiges  
fléchissement intellectuel.



laboratoires **anphar** division internationale  
71, avenue laplace 94110 arcueil tél. : 657.12.35 france

## L'antibiothérapie



**SQUIBB**

- une pénicilline  
à large spectre,  
épicilline

**Dexacillin**

- une céphalosporine  
orale et injectable  
céfradine

**Velosef**

- deux tétracyclines à  
posologie bi-journalière  
tétracycline +  
métaphosphate

**Stecline**

Stecline +  
antifongique

**Amphocycline**

à diagnostic  
précis  
l'antibiotique  
approprié

**RIFOCINE**®

rifamycine SV

## antibiotique bactéricide

Infections des voies biliaires.

Formes septiques graves surtout si provoquées  
par les germes Gram +, y compris les formes  
à staphylocoques résistant aux autres antibiotiques.

Infections des tissus mous, dues aux germes Gram +.

Traitement topique, pour instillation et lavage,  
de lésions tuberculeuses pleurales, péritonéales, articulaires, etc.  
Traitement topique de plaies et de brûlures.

**La Rifocine ne présente aucune résistance  
croisée avec les autres antibiotiques,  
exception faite des rifamycines.**

**PRESENTATIONS** - Pour injection intramusculaire  
et applications locales: ampoules de 250 et 125 mg.  
Pour injection intraveineuse: ampoules de 500 mg.

**POSOLOGIE** - 2 ou 3 ampoules par jour.

**GRUPPO LEPETIT S.p.A. - MILAN (Italie)**

Représentant pour le Grand-Duché de Luxembourg:  
PROPHAC S.à r.l. Case postale 2063 - Tél. 48 24 82



# Un problème d'actualité : les piqûres d'Hyménoptères

R. SCHAUS

L'été dernier, les piqûres d'hyménoptères (guêpes, abeilles, bourdons et frelons), apparemment plus fréquentes et plus dramatiques qu'à l'accoutumée, ont répandu l'appréhension parmi nos concitoyens. Les statistiques étant inexistantes, la propension de la presse à se mettre au diapason de toute vibration perceptible, pourrait ne pas être étrangère au phénomène.

En effet, les gazettes se sont largement fait l'écho des réactions du public. Nous ne nous attarderons pas aux «lettres à l'éditeur», où l'angoisse existentielle voisinaît avec le farfêlu. Des médecins sont intervenus dans la presse locale. Il a été question d'injections de calcium, de strophanthine, de corticoïdes.

Ainsi, dans un quotidien d'opinion une mise au point signée «un médecin spécialiste» préconisait comme seule mesure d'urgence l'injection de 1000 mg d'hydrocortisone, suivie de la prescription d'un flacon de ce produit et d'une seringue à usage unique, dont le malade ne devrait pas se séparer pendant la saison dangereuse. Et l'auteur anonyme de terminer par une remarque concernant la désensibilisation spécifique : dans ses recherches bibliographiques, il n'en avait trouvé trace, mais, opinait-il, «cette voie est certainement à creuser et, en théorie du moins, un tel traitement devrait être possible à priori.»

## Thérapeutique d'urgence

Service de médecine interne de la  
Clinique Ste Thérèse, Luxembourg

Nous avons vécu comme beaucoup d'autres avec les notions suivantes concernant le traitement médica-

menteux du choc anaphylactique par piqûre d'abeille etc. ;

1) La toute première mesure est l'injection d'une solution aqueuse d'adrénaline au 1/1000<sup>e</sup>.

2) Aux corticostéroïdes ne revient que la seconde place, car leur action n'est pas suffisamment immédiate.

3) Les antihistaminiques sont un appoint.

4) La désensibilisation spécifique — «urgence différée», tout au plus — est depuis longtemps entrée dans la pratique.

Nous inspirant de ces données, nous avons traité un cas dont voici la relation succincte :

En 1972, par une chaude après-midi d'été, un jeune homme de 15 ans est entraîné à notre consultation par ses parents. Ayant posé son bras sur la portière de l'automobile que conduisait son père, fenêtres ouvertes, il vient d'être piqué par un insecte sur le dos de la main (possibilité de piqûre intraveineuse). Il s'effondre devant nous en état de collapsus impressionnant. Pouls et tension artérielle sont imprenables. Le temps de le coucher sur la table d'examen, de poser un garrot autour de l'avant-bras et d'injecter de l'adrénaline par voie intramusculaire, et son état s'améliore spectaculairement, avant même l'injection d'un corticostéroïde que nous pratiquons ensuite. Nous hospitalisons le malade pendant 24 heures. Aucun fait nouveau ne survenant, il quitte la clinique, asymptomatique.

Pour des raisons évidentes, il ne nous a pas paru superflu de consacrer cet article aux principes énoncés plus haut. Nous les confronterons à quelques travaux récents. Outre les références consultées, nous nous permettrons de transcrire la bibliographie de deux auteurs. Nous avons une excuse pour cette façon de procéder insolite : en effet, comme le problème revêt une sorte d'«ampleur nationale», les lecteurs intéressés, «spécialistes» ou non, pourront ainsi canaliser leur études dans

des voies toutes tracées mais apparemment difficiles à découvrir.

### Revue de la littérature

Les auteurs (1, 2, 3, 4, 5, 6) ne laissent pas de doute quant à la priorité de l'injection de chlorhydrate d'adrénaline en solution au 1/1000<sup>e</sup>. Comment pourrait-il d'ailleurs en être autrement pour quiconque s'inspire de la pathogénie du choc anaphylactique ? Voici ce qu'écrit Halpern (4) : «Il s'agit d'un collapsus vasculaire où le cœur n'est pas en cause . . . dû . . . à la perte brutale du tonus des artéριοles préterminales, avec une séquestration, dans le réseau vasculaire terminal, d'une part importante de la masse sanguine circulante . . . Il faut . . . remobiliser la masse sanguine . . . A cet égard, le médicament héroïque demeure l'adrénaline.»

La solution s'emploie par les voies sous-cutanée (0,5 à 1 ml) ou intra-musculaire (0,5 ml) ou même intra-veineuse très lente (0,25 ml à diluer dans 5 ml de soluté isotonique). L'injection peut être répétée autant de fois que nécessaire.

A la suite de la découverte de Hench, Kendall et Reichenstein (cortisone, 1949) les corticostéroïdes à doses pharmacologiques, par voie intra-musculaire ou de préférence intra-veineuse, viennent en second lieu. On utilise aujourd'hui surtout le succinate sodique d'hydrocortisone (conditionné à 100, 250, 500 et 1000 mg) et le succinate sodique de méthylprednisolone (conditionné à 40, 125, 500 et 1000 mg). Ce dernier composé présente des avantages. On a tendance à préconiser des doses massives, sous l'influence de l'école de Lillehei. L'activité anti-inflammatoire de 125 mg de succinate sodique de méthylprednisolone, équivaut à celle d'environ 500 mg de succinate sodique d'hydrocortisone.

Dans le contexte de notre problème, citons Barr (1) : «Les corticostéroïdes n'ont pas agi assez rapidement dans les réactions sévères, mais ils peuvent être très

utiles contre l'urticaire ou le bronchospasme plusieurs heures plus tard.»

Le traitement aura éventuellement recours à l'injection intra-musculaire d'un **antihistaminique**. Inefficace dans une urgence allergique sévère, celui-ci combattra certains symptômes, comme le prurit, par exemple.

Complétons cette conduite à tenir par deux **mesures supplémentaires** que dicte le bon sens :

1) L'extraction éventuelle du dard, par grattage et non à la pince, pour éviter d'écraser la poche à venin.

2) La pose d'un garrot en amont du lieu de piquûre, lorsqu'elle a eu lieu sur un membre.

Ces données essentielles précisées, l'arsenal thérapeutique comporte encore, dans certaines situations, des sympathicomimétiques par voie oro-mucosale (isoprotérénol) ou en inhalation (aérosol-doseur), l'intubation trachéale et même la trachéotomie lorsque la piquûre a pénétré dans la muqueuse bucco-pharyngée ou lorsque l'oedème laryngé fait partie de la réaction générale.

### **Prophylaxie**

La prévention des piquûres peut s'inspirer des **conseils** prodigués par Barr (1) : il faut détruire les nids au voisinage des habitations; les sujets allergiques ne doivent pas déambuler sans chaussures ou sans chaussettes; «il convient de ne pas se faire prendre pour une fleur par les insectes» : donc pas de tissus à motifs floraux, de couleurs vives, de parfums, de lotions capillaires et de brillantines parfumées; un autre principe consiste à ne rien toucher, à ne s'asseoir nulle part et à ne marcher sur rien sans une rapide inspection préalable.

Les patients ayant dans leur anamnèse d'autres manifestations d'atopie (pollinose, asthme, eczéma, urticaire, allergies mé-

dicamenteuses) courent un risque particulier.

La **trousse d'urgence** que chaque patient portera sur lui comprendra :

1) du chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000<sup>e</sup>, avant tout;

2) un corticostéroïde injectable;

3) les seringues nécessaires, à usage unique;

4) selon Marsden (6) des comprimés sublinguaux d'isoprotérénol et des comprimés antihistaminiques peuvent être utiles, bien que sans effet sur le choc;

5) les perfectionnistes ajouteront un garrot en caoutchouc.

Quant à la **désensibilisation spécifique**, nous nous limiterons ici à sa quintessence, telle qu'elle se dégage de l'article de Barr (1). Précisons à titre d'information que selon cet auteur il y eut aux Etats-Unis, de 1950 à 1959, 229 décès par piquûres d'Hyménoptères. Ils sont plus fréquents que les décès par morsures de serpents vénimeux.

Le diagnostic de l'espèce coupable se fait par ses caractéristiques zoologiques. (Il est à noter que seule l'abeille abandonne son dard dans la peau de la victime). Cela n'est pas toujours possible. L'intradermoréaction à l'aide d'un extrait spécifique monovalent est un autre moyen. On commence par une dilution au 1/100 000<sup>e</sup> ou au 1/10 000<sup>e</sup>, selon la gravité de la réaction. Un test positif provoque par définition une papule d'un diamètre de 0,75 cm au moins. Si le test est négatif, on recommence 10 minutes plus tard avec une solution de concentration 10 fois supérieure, soit jusqu'à obtention d'un test positif, soit jusqu'à une dilution au 1/100<sup>e</sup>. Même ainsi, l'identification de l'espèce n'est pas la règle. Les réactions faussement positives sont d'ailleurs fréquentes.

Pour la désensibilisation, les produits commercialisés sont tous, à l'heure actuelle, des extraits obtenus à partir de la

totalité du corps des insectes. On peut utiliser soit un extrait monovalent obtenu à partir d'une seule espèce, soit un produit polyvalent contenant les antigènes des quatre types d'Hyménoptères. C'est finalement à cette dernière substance qu'on a eu recours dans l'immense majorité des cas : 245 malades dans la série de Barr, contre 4 malades ayant reçu un extrait monovalent.

La dose initiale était, par voie sous-cutanée, la plus faible ayant provoqué un test intradermique positif. Les doses ont ensuite été augmentées de 25 % à 100 % par semaine, selon la réaction observée lors de l'injection précédente, soit jusqu'à 0,50 ml de la dilution au 1/10<sup>e</sup>, soit seulement jusqu'à la quantité maximum tolérée. Quelques malades, à cause d'un gonflement local considérable, ne purent supporter plus de 0,50 ml de la solution au 1/100<sup>e</sup>.

Les injections furent d'abord faites une fois par semaine. Quand la dose maximum tolérée fut atteinte, celle-ci fut répétée une fois par mois pendant un an.

A partir de là, certains continuent l'administration mensuelle. Barr a essayé d'augmenter progressivement la durée de l'intervalle, en sorte qu'une partie de ses malades reçurent leur traitement toutes les 6, 8, 12 ou même 16 semaines. «Il est difficile des avoir quand s'arrêter. Comme réponse partielle à ce problème, l'intervalle entre les injections a été prolongé.» (1)

D'une manière générale cependant les tests intradermiques sont déconseillés. On suivra, quant aux doses et à leur progression, les instructions détaillées fournies par les firmes commercialisant ces produits.

### Résumé

Etant donné la fréquence et la gravité apparemment accrues du choc anaphylactique par piqûres d'Hyménoptères dans le Grand-Duché de Luxembourg, l'auteur

décrit brièvement les principes et la pratique du traitement d'urgence, ainsi que les modalités de la désensibilisation spécifique.

### Summary

Prompted by apparent increase in prevalence and severity of allergic reactions to Hymenoptera stings in Luxembourg, the author briefly reviews the principles and practice of emergency management, and of hyposensitizing injections.

### Références consultées

- 1) Barr, S. E.: Allergy to Hymenoptera stings. *J. Amer. med. Ass.*, **228**, 718-720, 1974.
- 2) Bouletreau, P.: Les hyménoptères. *Cah. méd. lyonnais*, **50**, 2143, 1974.
- 3) Flint, Th., Jr. and Caln, H. D.: Bee stings. Dans : *Emergency Treatment and Management*, 4th, ed., p. 578, 1970, W. B. Saunders Company.
- 4) Halpern, B.: Le choc anaphylactique. Clinique, pathogénie et traitement. *Triangle*, **13**, 133-137, 1974.
- 5) Lucas, G. H. W. and Imrie, R. J.: Acute miscellaneous poisoning. Insect bites. Dans : *Conn, H. F., Current Therapy*. p. 817, 1970, W. B. Saunders Company.
- 6) Marsden, Ph. D.: Arthropods and Leeches as agents of disease. Stinging insects. Hymenoptera. Dans : *Cecil-Loeb, Textbook of Medicine*, 13th ed., p. 780, 1971, W. B. Saunders Company.

### Bibliographie de Barr (1)

- a) Parrish, H. M.: Deaths from bites and stings of venomous animals and insects in the United States. *Arch. Intern. Med.*, **104**, 198-202, 1959.
- b) Parrish, H. M.: Analysis of 460 fatalities from venomous animals in the United States. *Am. J. Med. Sci.*, **245**, 129, 1963.
- c) Insect sting allergy: A questionnaire study of 2,606 cases, Insect Allergy Committee, American Academy of Allergy. *J. Amer. med. Ass.*, **193**, 115-120, 1965.

# MAXI - B 5000 LABAZ

**Vitaminothérapie antalgique I. M.  
Absence de douleur à l'injection**

## Indications

Toutes algies nerveuses ou rhumatismales, justiciables d'un traitement par les vitamines B1, B6 et B12. Neuropathie par avitaminose du groupe B, spécialement neuropathie alcoolique.

## Posologie et mode d'administration

Dissoudre extemporanément le lyophilisat dans sa fiole en y ajoutant les 2 ml de solvant. Injecter le soluté obtenu **par voie intramusculaire profonde**.

Le traitement comporte, en moyenne, une injection tous les jours ou tous les deux jours.

## Contre-indication

L'administration de Maxi-B 5000 est contre-indiquée chez les malades présentant une intolérance à la vitamine B1.

## Conservation

Au-dessous de 25 °C et à l'abri de la lumière. Eviter le gel.

## Validité

Dans les conditions de conservation ci-dessus mentionnées le Maxi-B 5000 garde toutes ses propriétés thérapeutiques pendant au moins 3 ans.

## Présentation

Boîte de 4 fioles de poudre lyophilisée et 4 ampoules de solvant.

## Composition

Les principes actifs du Maxi-B 5000 sont :

Cocarboxylase ou ester pyrophosphorique de thiamine . . . . .	40 mg
Codécarboxylase ou ester phosphorique de pyridoxal . . . . .	40 mg
Hydroxocobalamine ou vitamine B12a . . . . .	5 000 µg

pour une fiole lyophilisée.

## Formule

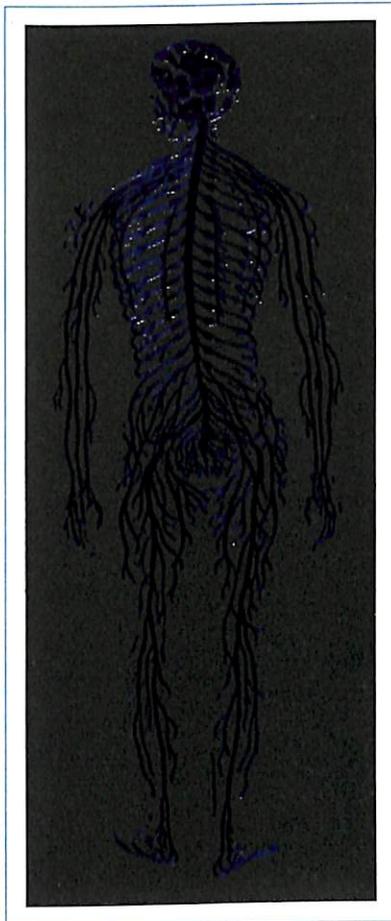
Lyophilisat

Cocarboxylas. 40 mg - Codecarboxylas. 40 mg  
Hydroxocobalamin. acetat (= hydroxocobalamin. bas. 5 000 µg) - Natr. hydroxyd.

Solvant

Alcohol. benzylic. - Natr. hydroxyd. - Aqua pro injectione ad 2 ml pro amp. una.

**LABAZ avenue De Béjar 1 - 1120 Bruxelles**



# NOCERTONE LABAZ

pour le traitement de fond  
des céphalées migraineuses



## Indications

Traitement de fond des céphalées vasomotrices notamment :

- migraines ;
- syndrome de Horton (céphalée histaminique).

## Posologie

La dose d'attaque est de trois comprimés par jour. Dès qu'une amélioration suffisante est obtenue, celle-ci pourra être éventuellement réduite à une dose d'entretien de deux comprimés par jour. Dans les cas rebelles, la posologie pourra être augmentée à quatre comprimés par jour selon l'indication du médecin traitant (un comprimé matin et midi et deux comprimés le soir).

## Effets secondaires

Une certaine somnolence, le plus souvent légère, a été occasionnellement observée surtout aux doses élevées. Elle peut être évitée par adaptation de la posologie. Il convient donc de tenir compte de cette possibilité surtout en début de traitement chez les conducteurs de véhicule ou de machine. Il convient également de tenir compte du fait que le Nocertone potentialise les effets de l'alcool.

## Conservation

A l'abri de l'humidité.

## Validité

Dans les conditions de conservation ci-dessus mentionnées, le Nocertone garde toutes ses propriétés thérapeutiques pendant cinq ans.

## Composition

Le principe actif du Nocertone® est le fumarate acide de (diméthyl-amino-3 propylidène)-5 benzofuro [2,3-c] benzoxépine-1 (L 6257) ou fumarate acide d'oxétorone, dérivé original synthétisé dans nos Laboratoires de Recherche.

## Formule

Oxetoron. fumaras acid. 60 mg - Sacchar. lact. - Amyl. maïd. - Gelatin. - Acid. alginic. - Magnes. stearas - Flav. quinolin. pro colore pro tablet. compres. una, Dicalcii phosphat. - Magnes. stearat. - Amyl. maïd. et Acid. alginic. obducta.

## Présentation

Etui de 30 comprimés.

- d) **Schwartz, H. J.** : Skin sensitivity in insect allergy. *J. Amer. med. Ass.*, **194**, 703-705, 1965.
- e) **Bernton, H. S., Brown, H.** : Studies on the Hymenoptera : I. Skin reactions of normal persons to honeybee (*Apis mellifera*) extract. *J. Allergy*, **36**, 315-320, 1965.
- f) **Brown, H., Bernton, H.** : Studies on the Hymenoptera : IV. Correlation of passive transfer in Hymenoptera allergy with culprit insect and direct skin tests. *J. Allergy*, **44**, 146-153, 1969.
- g) **Sobotka, A. et al.** : Allergy to insect stings. *J. Allergy Clin. Immunol.*, **53**, 170-184, 1974.
- h) **Barr, S. E.** : Skin test reactivity to the stinging insects. *Ann. Allergy* **30**, 282-287, 1972.
- i) **Loveless, M H., Fackler, W. R.** : Wasp venom allergy and immunity. *Ann. Allergy*, **14**, 347-366, 1956.
- k) **Barr S. E.** : Allergy to Hymenoptera stings : Review of the world literature : 1953-1970. *Ann. Allergy*, **29**, 49-66, 1971.

- l) **Brown, H.** : Prolonging the interval between «hyposensitizing» treatments of Hymenoptera patients. *Med. Ann. DC*, **34**, 315-329, 1965.

#### Bibliographie de Marsden (\*)

- a) **Barnard, J. M.** : Cutaneous responses to insects. Types and mechanisms of reactions. *J. Amer. med. Ass.*, **196**, 259, 1966.
- b) **Beard, R. L.** : Insect toxins and venoms. *Ann. Rev. Entom.*, **8**, 1, 1963.
- c) **Mann, G. T. and Bates, M. R., Jr.** : The pathology of insect bites : A brief review and report of eleven fatal cases. *South. Med. J.*, **53**, 1399, 1960.
- d) **Shaffer, J. H.** : Stinging insects : A threat to life. *J. Amer. med. Ass.*, **177**, 473, 1961.

Adresse de l'auteur :  
30, boulevard d'Avranches  
Luxembourg

# 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 auch bei Erkrankungen des Verdauungsapparates häufig gestörten Cholesterin- und Neutralfettstoffwechsel.

## Mazola<sup>®</sup>

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, MAIZENAHaus



Literatur, Muster und Diätvorschläge auf Anfrage.

### **PANCREAL KIRCHNER**

à base d'extraits pancréatiques de complexes diastatiques de cellulase.  
POSOLOGIE : 3 à 4 comprimés après les repas

Visa N L 08514 Remb. par S.S.

**Assurant la digestion, assure l'efficacité de la Prescription**

Troubles dyspeptiques par modification du PH, lendemain de gastrectomie, insuffisance du Pancréas, exocrine, troubles digestifs d'étiologie incertaine.

Sans contre indication.

### **THEOSPIRINE cachets**

à l'éthylcarbonate de quinine.  
POSOLOGIE : 1 à 3 cachets par jour.  
Visa N L 07144 Remb. par S.S.

**Excellent antigrippal à réponse clinique immédiate**

Analgésique, antipyrétique, antigrippal, antirhumatismal, toutes névralgies et migraines, douleurs périodiques  
Tolérance digestive parfaite.

### **SIROP POLMINOL**

Codéine, ephédrine, benzoate de Na, gaïacosulfate de K.  
POSOLOGIE 3 à 4 cuil. par jour.  
Visa 08914 Remb. par S.S.

**Augmente le rythme et l'amplitude respiratoires.**

Bronchites, toux grippales et quinteuses, laryngites, trachéites, toutes affections pulmonaires.  
Tolérance digestive parfaite.

### **SIROP PHOSCALCIUM**

contient par cuillerée à café :  
I 0,00822, Ca 0,01527 P, P (02H2)  
0,02369  
Visa N L 07143. Remb par S.S.

**Médication reminéralisante, reconstituante, bloénergétique.**

Troubles de la croissance de la dentition, anémie, surmenage, lymphatisme, manque d'appétit, déminéralisation.

**LABORATOIRES DU DOCTEUR KIRCHNER**  
**67, STRASBOURG 24 bis, rue de Verdun**

Nos produits vous intéressent certainement :

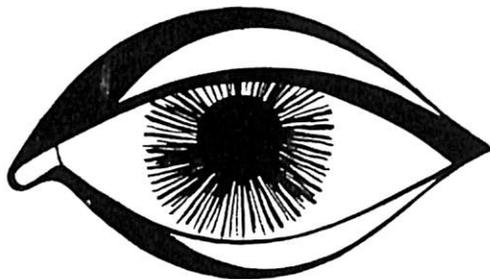
**ERYTHROMYCINE injectable**  
**OXYTETRACYCLINE injectable**  
**PREDNISOLONE injectable**  
**CHLORAMPHENICOL injectable**  
**OXYTOCINE injectable**  
**PROCAINE**  
**FERRIDEXTRAN**

quelques-uns de nos produits destinés à la **MÉDECINE VÉTÉRAIRE**

**CHEMIELUX s. à r. l. - Case postale 6 - Walferdange - Tél. 33 99 53**

# **BACICOLINE<sup>®</sup>**

Colistine (Colimycine Roger Bellon) 2 % + Chloramphénicol 0,50 % + Hydrocortisone 1 %



**EFFICACITÉ - SÉCURITÉ**

- Otites aiguës ou chroniques
- Conjunctivites bactériennes

3 à 6 instillations par 24 heures  
flacon de 5 ml



danpex réf. 876

UNION PHARMACEUTIQUE BELGE S. A. - BRUXELLES 1



**Fettstoffwechselstörungen  
sind Risikofaktoren  
für das Kreislaufsystem**

# Atheropront 500

senkt erhöhte Serumlipid-Werte — mindert das Koronarrisiko

#### **Indikationen:**

Primäre und sekundäre Hyperlipidämien Prophylaxe von Angina pectoris und Herzinfarkt Atherosklerotisch bedingte koronare, periphere und cerebrale Durchblutungsstörungen

#### **Kontraindikationen:**

Schwere Nierenfunktionsstörungen  
schwere Leberschäden

#### **Hinweise:**

Die Wirkung oraler Antikoagulantien kann durch Atheropront verstärkt werden. Die gleichzeitige Verabreichung von Atheropront während einer Antikoagulantientherapie kann deshalb nur bei konstanter Atheropront-Dosis und Neueinstellung auf das Antikoagulans erfolgen

Erhöhung des Serumcholesterins in der Schwangerschaft ist meist physiologisch. Atheropront 500 sollte deshalb in der Schwangerschaft nicht verordnet werden

#### **Dosierung:**

Allmählich steigern auf 3-4 mal täglich 1 Kapsel Atheropront 500 nach den Mahlzeiten

#### **Packungen**

50 Kapseln Atheropront 500 à 500 mg Clofibrat

100 Kapseln Atheropront 500 à 500 mg Clofibrat



Heinrich Mack Nachf.  
7918 Illertissen/Bayern

Littérature et échantillon à demander au  
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.

Bei akuter  
und  
chronischer  
Obstipation



das  
altbewährte  
pflanzliche  
Laxans –  
heute  
aktueller  
denn je

# Zet 26<sup>®</sup>

Kräuterdragées

Gegenindikationen:  
Gravidität, Ileus

Dosierung: 1-2 Drag.  
morgens oder abends



(Aloepflanze)



Zusammensetzung  
pro Dragée:  
Rad. Asari, Herb. Fumar.,  
Rhiz. Helenii,  
Fol. Uvae ursi ana 10 mg,  
Herb. Card. bened.,  
Herb. Cichor. ana 13 mg,  
Rad. Ebuli, Fruct. Foenic.,  
Rad. Ononid. ana 20 mg,  
Extr. Aloes 57 mg,  
Cort. Frangul. 66 mg,  
Fol. Sennae 76 mg.

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

# Etude clinique du Restovar\*

## Contraceptif oral à faible teneur oestrogène

M. P. MOLITOR \*\*

### INTRODUCTION

Dans le but de diminuer les divers effets secondaires observés lors de la prise des premiers contraceptifs oraux combinés, des nouvelles méthodes de contraception ainsi que des modes différents d'administration ont été préconisés au cours de ces dernières années.

En dépit de ces nouvelles acquisitions, les contraceptifs oraux de type combiné demeurent la méthode contraceptive la plus usitée et cela grâce à leur efficacité absolue.

Cependant, la valeur d'un contraceptif oral ne se jugeant pas uniquement sur la base de son efficacité mais également sur la base de son acceptabilité, il existe depuis quelques années une tendance à diminuer la dose des stéroïdes des contraceptifs combinés dans le but de réduire d'une part les divers effets secondaires observés lors de la prise de prégestagènes parfois très puissants et d'autre part le risque de thrombose veineuse attribué par certains auteurs à la composante oestrogène de la pilule (1, 2, 3, 4, 5).

Il va de soi que ces doses réduites ne peuvent porter atteinte à l'efficacité du produit et doivent assurer une régularité optimale des cycles.

Le Restovar est un nouvel anti-ovulatoire faiblement dosé; au cours de cette étude clinique les points suivants ont été examinés plus attentivement :

1. l'efficacité en tant que technique de contraception,
2. la régularité des cycles, la fréquence et l'intensité des éventuelles métrorragies,
3. les types de réactions secondaires et leur fréquence

\* Organon S. A.

\*\* Famille Heureuse, Luxembourg

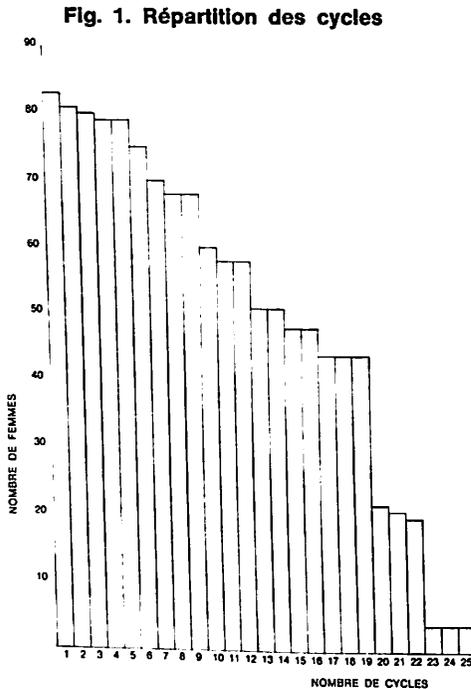
## PATIENTES ET TRAITEMENT

Un cycle de traitement au Restovar se compose de 22 comprimés dosés chacun à 0,75 mg de lynestrénol et 37,5  $\gamma$  d'éthi-nylestradiol.

A la prise des 22 comprimés fait suite une interruption de 6 jours au cours desquels surviennent les hémorragies de privation. Le premier comprimé d'un premier cycle de traitement sera de préférence pris le premier jour des règles ou le premier jour des pseudo-menstruations si la femme avait utilisé au cours du cycle précédent un autre inhibiteur de l'ovulation.

Le Restovar a été administré au cours de la présente étude clinique à 83 femmes en âge fertile pendant 1265 cycles au total.

La répartition des cycles par patiente est représentée à la figure 1.



Les femmes incluses dans cette étude étaient soumises à intervalle régulier à des visites de contrôle au cours desquelles étaient notés les renseignements concernant :

1. la tolérance subjective : nervosité, fatigue, nausées, vomissements, céphalées, tension mammaire etc. . . .
2. la tolérance objective : quantité et durée des hémorragies de privation et des métrorragies éventuelles, modification de la tension sanguine et du poids etc. . . .

Un examen gynécologique de routine était pratiqué en début et à la fin de chaque traitement.

## DEFINITIONS

Temps de latence : période comprise entre la prise du dernier comprimé d'une série et le premier jour de l'hémorragie de privation

Hémorragie de privation : hémorragie commençant entre la prise du dernier comprimé d'une série et le début du cycle suivant

Spotting : métrorragie survenant au cours de la période pendant laquelle les comprimés sont pris et ne nécessitant comme mesure d'hygiène que l'usage d'un seul tampon par jour au maximum

Hémorragie de rupture : (breakthrough bleeding — B.T.B.) métrorragie survenant au cours de la période pendant laquelle les comprimés sont pris et qui ne peut être considérée comme spotting.

## RESULTATS

### 1. Contrôle du cycle.

- Le temps de latence a été de 2 - 3 jours dans plus de 87 % des cycles (fig. 2).

# DACTIL PIPTAL CANTIL

trois pipéridols  
à indications  
électives

DACTIL  
spasmes  
œsophago-gastriques

PIPTAL  
ulcus  
gastro-duodénaux

CANTIL  
colites spasmodiques



LAKESIDE LABORATORIES, INC.  
Remboursés par l'I.N.A.M.I.

## DACTIL



Formule : N-aethyl-3-piperidylicl diphenylacetici hydrochlorid. 50 mg - Acid. phenylaethylbarbituric. 16 mg - Sacchar. lactis - Amyl. - Sacchar. - Acid. alginic. - Magnes. stearinic. q.s. pro tablet. compres. una.

**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, mal des transports.

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

**CONTRE-INDICATIONS :** celles inhérentes aux anticholinergiques en général.

**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



Formule : N-aethylmethyl-3-piperidylicl benzilic bromid. 5 mg - Sacchar. Lactis - Amyl. - Sacchar. - Acid. alginic. - Tartrazina - Sunset Yellow - Magnes. stearinic. q.s. pro tablet. compres. una.

**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.

**CONTRE-INDICATIONS :** Celles inhérentes aux anticholinergiques en général.

**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



Formule : N. Methyl-3-Piperidol benzylic ester bromomethylat. 25 mg. - Sacchar. lactis - Amylum - Magnes. stearinic. pro tablet. compres. una.

**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.

**CONTRE-INDICATIONS :** Celles inhérentes aux anticholinergiques en général.

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

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

IN 076/7401/20

Remboursés par l'I.N.A.M.I.

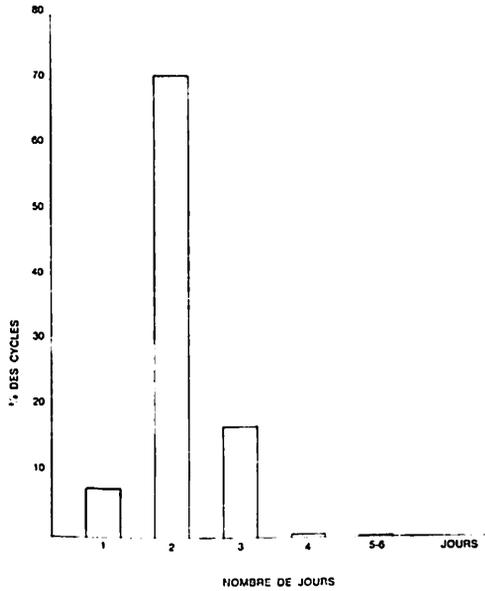


LAKESIDE LABORATORIES, INC.

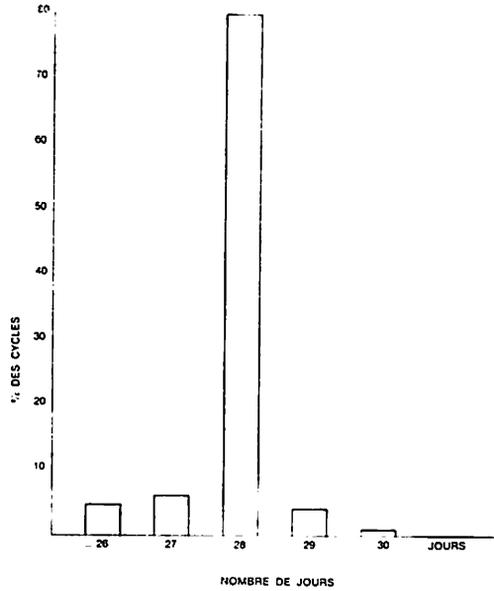
MILWAUKEE - WISCONSIN U.S.A.

Distributeur : WELLCOME S.A., Industriezone 3 - 9440 Erembodegem

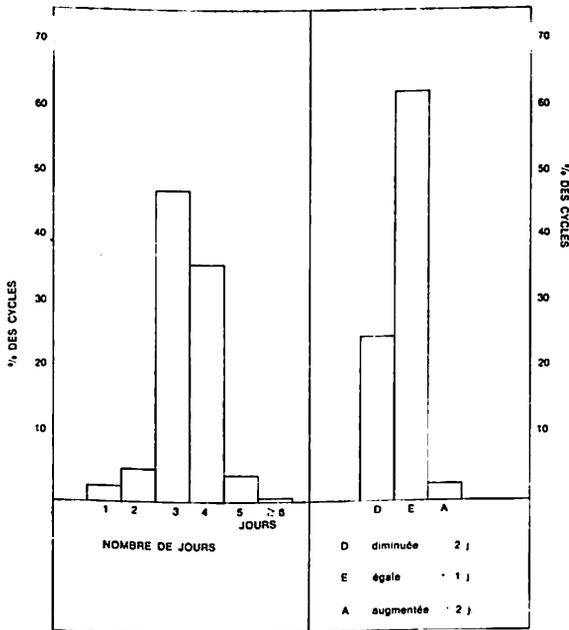
**Fig. 2. Temps de latence**



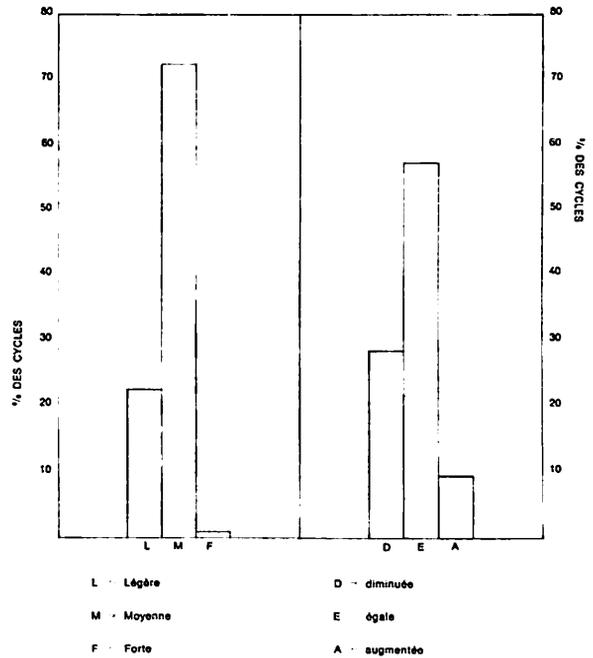
**Fig. 3. Longueur des cycles**



**Fig. 4. Durée des hémorragies de privation comparée à celle avant traitement**



**Fig. 5. Abondance des hémorragies de privation comparée à celle avant traitement**



- La longueur des cycles a été de 28 jours dans la très grande majorité des cas (80,1 %) (fig. 3).
- La durée des hémorragies de privation a été de 3 - 4 jours dans plus de 84 % des cycles. La comparaison de cette durée avec celle observée avant traitement se trouve mentionnée dans la figure 4.
- L'abondance des hémorragies de privation a été moyenne dans plus de 72 % des cycles. La comparaison de cette intensité avec celle observée avant traitement se trouve mentionnée dans la figure 5.
- Du spotting a été signalé dans 4,2 % des cycles et du breakthrough bleeding dans 2,4 % (Tabl. I). La durée de ces métrorragies est mentionnée dans le tableau II.
- Une absence d'hémorragie de privation a été constatée dans 54 cas, soit 4,2 % des cycles (Tableau I).

## 2. Efficacité

Aucune grossesse n'a été observée au cours de cette étude. Ceci semble confirmer l'efficacité contraceptive remarquable du Restovar déjà signalée par divers auteurs (<sup>6, 7, 8</sup>).

## 3. Effets secondaires

Les principaux effets secondaires observés en cours de traitement sont repris au tableau III. Ce tableau donne également le nombre et le pourcentage de cas où des effets secondaires préexistants au traitement ont diminué ou sont complètement disparus pendant la prise du Restovar.

- Des troubles gastro-intestinaux sont apparus dans 1,2 % des cycles. Ces troubles ont été généralement peu prononcés et limités aux premiers cycles.
- De la mastodynie a été signalée dans 1,9 % des cycles.
- Une sensation de lourdeur dans les jambes a été enregistrée dans 0,8 % des cycles.
- De la leucorrhée a été observée dans 0,8 % des cycles.
- Des céphalées ont été mentionnées dans 1,2 % des cycles; dans 9,1 % des cycles on a pu assister à une diminution ou disparition de céphalées préexistantes.
- La tolérance psychologique a été excellente dans 99,3 % des cycles. Dans 125 cycles (9,9 %) une nervo-

**TABLEAU I. METRORRAGIES — AMENORRHEES**

	NOMBRE DE CAS	% des CYCLES
SPOTTING (1)	53	4,2
B.T.B. (2)	30	2,4
TOTAL (1) + (2)	83	6,6
AMENORRHEE	54	4,2

**TABLEAU II. DUREE DES METRORRAGIES**

TYPE DE METRORRAGIES	DUREE (EN JOURS)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	≥ 9
B.T.B.	0	1	2	5	4	0	3	6	9
SPOTTING	5	9	8	8	7	7	2	2	5
	5	10	10	13	11	7	5	8	14

**TABLEAU III. EFFETS SECONDAIRES**

EFFET SECONDAIRE	APPARITION OU AGGRAVATION		DISPARITION OU DIMINUTION	
	Nb. de cas	% cycles	Nb. de cas	% cycles
NAUSEES	10	0,8	71	5,6
VOMISSEMENTS	5	0,4	60	4,7
CEPHALEES	15	1,2	115	9,1
MASTODYNIE	24	1,9	109	8,6
LEUCORRHEE	10	0,8	64	5,1
NERVOSITE	6	0,5	125	9,9
DEPRESSION	3	0,2	76	6

**TABLEAU IV. CAUSES D'ARRET**

CAUSES D'ARRET	NOMBRE DE PATIENTES	% DE PATIENTES
— B.T.B.	3	1,2
— SPOTTING	1	1,2
— INTOLERANCE	1	3,6
TOTAL	6	5

sité préexistante au traitement a disparu ou a diminué en cours de traitement.

- Aucune modification importante du poids n'a été signalée.

#### 4. Sécurité

- La valeur moyenne des tensions systolique et diastolique avant et en cours de traitement a été respectivement de 126/82 et de 120/80 mm Hg.
- Aucun cas de thrombose veineuse n'a été observé.

#### 5. Causes d'arrêt

Les diverses causes d'arrêt pouvant être imputées au produit sont mentionnées au tableau IV. Il ressort de ce tableau que 6 femmes au total ont arrêté le traitement pour de pareils motifs; ceci représente un degré d'acceptabilité du Restovar de 94 %.

### DISCUSSION

Récemment Bye et Ebstein (?) ont rapporté les résultats d'une étude clinique réalisée à l'aide d'un contraceptif oral renfermant 30  $\gamma$  d'éthinylestradiol et 0,5 mg de norgestrel au cours de laquelle ils avaient observé un index de Pearl égal à 0,16 et une régularité satisfaisante des cycles.

Les résultats observés au cours de la présente étude tendent à démontrer qu'une association renfermant 0,75 mg de lynestrol et 37,5  $\gamma$  d'éthinylestradiol peut, tout en présentant une efficacité absolue, assurer un contrôle satisfaisant du cycle et une faible incidence d'effets secondaires. Les seules modifications observées dans les hémorragies de privation ont constitué en une légère diminution de leur abondance et de leur durée; ces constatations n'ont rien d'exceptionnel et furent d'ail-

leurs déjà signalées par divers auteurs lors d'études d'autres contraceptifs.

En conclusion il ressort de la présente étude clinique que le Restovar s'avère être un contraceptif oral à faible teneur oestrogène doué d'une efficacité et d'une acceptabilité remarquables.

Ce produit pourrait dès lors présenter des avantages certains vis-à-vis de la plupart des préparations actuellement sur le marché.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Royal College of General Practitioners. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 13, 267, 1967.
2. Vessey M. P., Doll R. : Brit. Med. J. 2, 199, 1968.
3. Vessey M. P., Doll R. : Brit. Med. J. 2, 651, 1969.
4. Inman W. H. W., Vessey M. P. : Brit. Med. J. 2, 193, 1968.
5. Hellman L., Sartwell P. E. : 2nd report on oral contraceptives. Food and Drug Administration, Washington DC (1969).
6. Fondu F., Lowijck J. : Brux. Med. 8, 433-458, 1974.
7. Thlery M., Molltor M. P., Van Kets H., Demol R. : A publier.
8. Prsic J., Kicovic P. M. : Curr. Med. Res. 4, 204-210, 1974.
9. Bye P. G. I., Ebstein M. : Brit. Med. J. 2, 389, 1973.

Adresse de l'auteur :  
3, Avenue Pescatore  
Luxembourg

**HERMAL  
INFORMATION**

HERMAL-PRÄPARATE UND IHRE DATEN

HERMAL-CHEMIE  
KURT HERRMANN  
2057 Reinbek b. Hamburg  
Danziger Straße 5

**photoallergische und phototoxische  
Reaktionen der Haut  
fordern  
therapeutischen**



Schutz vor **allen** UV-Strahlen. Die meisten pathologischen Reaktionen beruhen auf UV-Wellenlängen, vor denen kosmetische Mittel nicht schützen.

## **CONTRALUM**

### **Indikationen**

Lichtdermatosen wie Ekzema solare, Porphyrien, Sommerprurigo und Lichturticaria, Erythematodes discoides u. a. Verhütung von Rezidiven nach therapeutischer Depigmentierung bzw. zur Verhinderung einer Nachdunkelung bereits vorhandener Pigmentierungen.

### **Zusammensetzung**

2,2'-Dihydroxy-4,4'-dimethoxy-  
benzophenon . . . . . 8,0 g  
3,4-Dimethoxy-phenylglyoxylsaures  
Natrium . . . . . 6,0 g  
Grundlage . . . . . ad 100,0 g

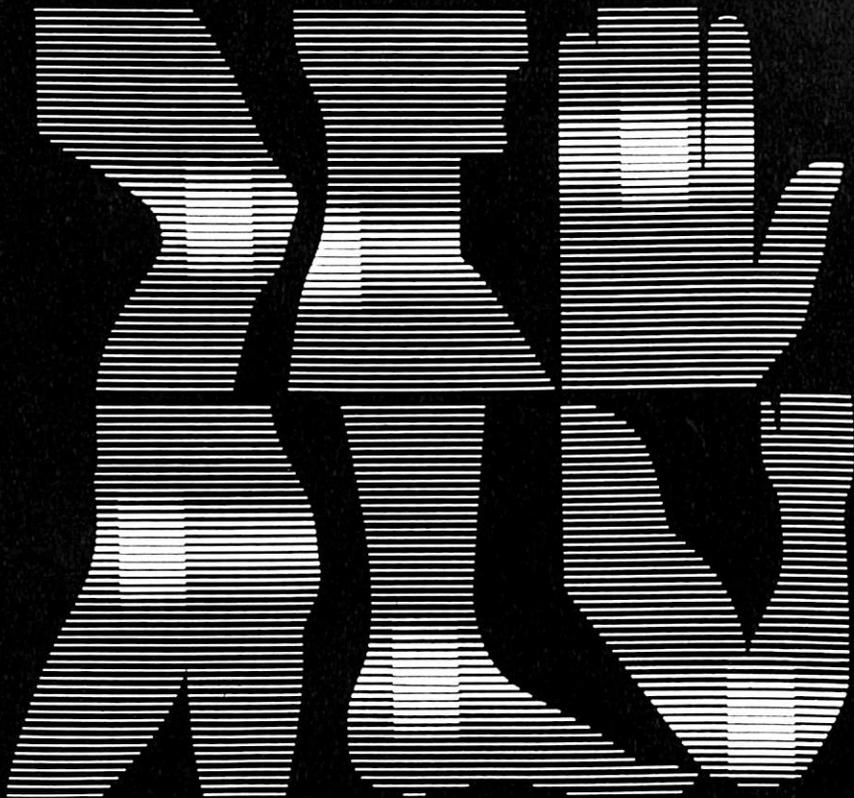
### **Anwendung**

Zur Therapie und Prophylaxe wird CONTRALUM vor Lichteinwirkung 2- bis 3mal täglich dünn auf die Haut aufgetragen. Nicht mit den Augen in Berührung bringen!

### **Handelsformen**

Creme O.P. Tube mit 25 g  
Anstaltspackung,  
Tube mit 180 g  
Schaum O.P. Druckdose mit  
34 g

Vertretung für Luxemburg:  
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois SA, Luxembourg, Case postale No. 2104



AGENCE CONSEIL 3P/0-72

# algésal suractivé

**FORMULE :**  
Salicylate de Diéthylamine . . . . . 10 g  
Nopoxamine (Homomyrtényloxy-2 diéthyl-  
amino-1 éthane) . . . . . 1 g  
Excipient q.s.p. . . . . 100 g  
tube de 40 g  
Enregistré par ERFA - 1040, BRUXELLES

crème ultrapénétrante  
antirhumatisme  
analgésique  
2 à 3 frictions prolongées  
par jour

**LATEMA**  
11 bis, rue Balzac - Paris 8<sup>e</sup>  
Inf. Méd. - B.P. 22 -  
92151 Suresnes  
Tél. 506.74.72  
ETS HERMAN-LABOR  
33, AVENUE DE ROODEBEEK  
1040 BRUXELLES

# sulfarlem S25

## traitement des insuffisances salivaires

### indications

Hyposialies médicamenteuses dues aux neuroleptiques, antidépresseurs, I.M.A.O., tranquillisants, anti-parkinsoniens et autres médicaments sialoprives.

Hyposialies radiothérapeutiques par irradiation de la sphère O.R.L.

Hyposialies du Syndrome de Gougerot-Sjögren (dans sa phase inflammatoire)

Hyposialies d'origines diverses : diabète, tabagisme, éthylisme, xéroses séniles...

### posologie et conduite du traitement

En moyenne 3 dragées par jour  
(1 avant chacun des repas)  
Cure continue ou interrompue 5 jours par mois.

- en association systématique avec les médicaments responsables de l'asialie,
- en cure indéfiniment prolongée dans les asialies radiothérapeutiques

Le plein effet thérapeutique se manifeste progressivement après quelques jours de traitement.

### forme et composition

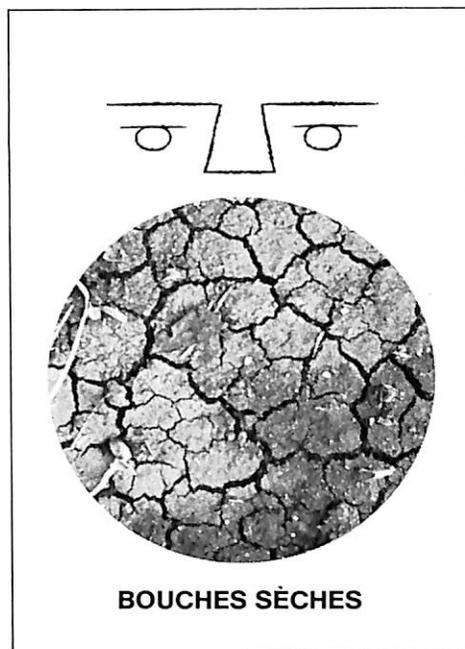
Comprimés dragéfiés

Trithioparamethoxyphénylpropen. 25 mg - Lactos. - Gum. arabic. - Amyl. - Sacchar. - Magn. stearas. - Acid. silic. - Gum. guar. qs. pro compresso uno - Sacchar. - Gelatin. - Talc. Tartrazin. - Coccin. nov. Cera alba - Cera carnauba obducto.

Délai de validité : 2 ans

### présentation

Boîte de 60 dragées  
Enregistré par ERFA - 1040 Bruxelles



CONCESSIONNAIRE EXCLUSIF  
ETS HERMAN LABOR  
33, AVENUE DE ROODEBEEK - 1040 BRUXELLES

**LATÉMA**  
11 BIS, RUE BALZAC - 75008 PARIS  
INF. MÉD. : B.P. 22 - 92151 SURESNES - TÉL. 506.74.72

# ROWACHOL®

# ROWATINEX®

**ORGANGEZIELTE  
TERPENTHERAPIE**

**CHOLEPATHIEN  
CHOLELITHIASIS  
HEPATOPATHIEN**

hyperämisierend  
choleretisch  
spasmolytisch  
bakteriostatisch

TROPFEN  
KAPSELN  
SUPPOSITORIEN  
COMPOSITUM



**ROWA-WAGNER K.G. · ARZNEIMITTELFABRIK**

BENSBERG BEI KÖLN

**ORGANGEZIELTE  
TERPENTHERAPIE**

**SPASMOLYTISCH  
ANALGETISCH  
BAKTERIOSTATISCH**

**UROLITHIASIS  
NEPHROPATHIEN  
HARNWEGINFEKTIONEN**

TROPFEN  
KAPSELN  
SUPPOSITORIEN



**ROWA-WAGNER K.G. · ARZNEIMITTELFABRIK**

BENSBERG BEI KÖLN

Littérature et échantillon à demander au  
**COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.**

Le texte suivant est la transcription légèrement revue et étoffée d'un des exposés introductifs prononcés à la table ronde organisée en décembre 1974 par la Conférence St. Luc sur

## L'Abus des Médicaments

P. HIPPERT

Evoquer, à propos de cet texte, un cocktail, peut faire futile; parler de mixture, anachronique voire primitif. Gardons-nous, pharmaciens, de susciter certains démons dès le début de cette table ronde.

Je dirai donc très en passant qu'il ne vous sera portée aucune rancune — tout au contraire — à classer ma rhétorique quelque part entre la sophistication des white-ladies et le bavardage relaxé perlant d'ordinaire autour. Quant à situer ma pensée — si vous me permettez cette prétention — elle penchera, davantage encore par la force des choses, moins du côté d'une science exacte et établie que de celui d'une science humaine et qui se cherche dans cette réflexion pré-scientifique qui permet «to make sens out of the complexities of the world», mais manque encore de rigueur «in the critical or rectifying episode of the synergie of reason and imagination, in the validation or justification permitting to find out whether or not stories are stories about real life», pour employer les mots de P. B. Medawar. Nous y reviendrons.

Il me semble utile de m'attarder encore un moment au jeu des correspondances — et précautions, en comparant, si banal que ce soit, ma réflexion à une mosaïque. Elle est certainement fragmentaire : de larges pans du sujet ne sont pas couverts. Les couleurs sont loin d'être éclatantes d'évidence. Des éléments sont ébréchés; leur prix prête à discussion. Pour comble de votre infortune, la fresque est ennuyeusement longue; vous ne savez pas, mon cher Président, à quels abus — de bavardise vous vous êtes exposé en me faisant

l'honneur de cette table des orateurs. Cependant, ce n'était pas de ces jolies perspectives en vue que je tenais à vous prévenir artistiquement, si je puis dire. Il m'importait plutôt de mettre en relief le caractère d'esquisse, d'essai inachevé de cette contribution — ouverte sur la discussion, oui, requérant le choc des idées.

Bachelard a dit : Rationaliste ? nous essayons de le devenir.

C'est au coeur du problème qui nous occupe ici, qu'on peut l'inscrire, comme on doit le mettre en épigraphe aux démarches de son approche.

La mienne, en tout cas, a un pied dans l'onirique. Depuis que je me savais condamné à cette table, mes nuits étaient hantées par d'affreux cauchemars, mes jours par une profonde dépression. Conscient de l'abus en question, je résistais au rééquilibrage chimique — et la dérive continuait. Tantôt je me voyais en prise avec un énorme jambon sur lequel figurait en lettres énormes et sanguinolentes

#### ABUS DES MEDICAMENTS

et duquel je m'efforçais en vain de découper avec mon bistouri mental de belles tranches à nous mettre ici sous nos dents encéphaliques, le jambon grossissant chaque nuit comme s'il était livré par Ionesco en personne; tantôt je me désespérais de pêcher dans un bouillon innommable, intellectuel pourtant d'après l'odeur bien connue de cervelle réchauffée qui s'en dégageait, la moindre chose de consommable et de digestible; tantôt encore je me débattais tenaillé par tout un panier d'écrevisses qui ne faisaient, certes, en rien penser à la fameuse manière «à la luxembourgeoise». Eh bien, la faculté prémonitoire voire presciente du rêve en sortait assurée, et moi-même fort démonté — davantage que notre problème.

Ce n'est pas seulement, Mesdames, Messieurs, pour appeler à votre indulgence que j'ai entrepris la relation des antécédents de l'heureux événement auquel — que dis-je ! — que vous avez le redoutable

plaisir d'assister. Ce n'était pas non plus pour faire passer le temps, si utile que ce fût, avec des piquanteries freudiennes toujours pittoresques — chez les autres. En fait c'est qu'après la fréquentation intensive d'une partie impressionnante de toute cette littérature de documentation sur notre question — 47 cm de haut, ce qui est peu, je concède, par rapport aux trois mille écrits dont dispose un Yvan Illich — qui fut la mienne durant les derniers jours, il paraît inévitable qu'on n'attrape pas quelques virus de surréalisme. Non seulement on reste plus que jamais convaincu qu'il ne suffit de chercher la femme pour saisir les affaires — et les écrits — de ce monde, mais qu'il faut tenir à l'oeil tout autant sinon davantage l'homme des couches psychanalytiques. Il y a plus : A voir toute cette débauche de révérences à l'irréalité voire à l'irrationalité drapées en une intellectualité très altièrè, on se sentirait le dernier des béotiens à ne pas esquisser à son tour la dite courbette.

Cependant, que ce soit pour vous raser ou désenchanter, ce ne furent pas de tels plongeurs qui m'ont donné la conscience d'attraper notre problème. Ni la lecture plus ou moins contemplative et de toute façon impérativement brève, un week-end, dans le livre de la nature, à défaut du Zen, au fond des bois. Ne débranche pas qui veut les engrenages de notre civilisation par la contre-culture. Ce ne fut pas non plus l'abstinence des cigarettes et du café, ce furent le contraire et — plus bêtement encore, si vous voulez — le Larousse qui m'ont lancé sinon sur la bonne voie, du moins sur cette mienne et m'ont permis de relever le gant jeté dans cette arène, peut-être pas brillamment, comme on dit pourtant un nombre rassurant — et incroyable — de fois en pareille occasion, du moins honnêtement.

Il était temps, pardon, il est temps !

L'abus des médicaments — qu'est-ce donc (enfin) ? Aux dires du sacrosaint sauveur des intellects en détresse, l'abus est un usage mauvais, excessif; exemple: nous sommes appelés ici à discuter de

l'usage mauvais et/ou excessif des médicaments. L'abus est encore une erreur; exemple: c'est une erreur de prendre des médicaments. Le Larousse cite enfin l'abus de confiance; nous devons envisager que les médicaments abusent de la confiance de quelqu'un.

En fait la discussion sur l'abus des médicaments telle qu'elle envahit l'actualité réflétée par les mass-media qu'elle n'est pas sans refléter à son tour, fond toutes ces diverses significations en un seul magma compact et confus qui se prend à l'occasion en des formes dont on sait peu de choses claires, mais clairement qu'elles sont alarmantes. Il nous semble indiqué à cette table ronde — si j'ai bien compris son objectif — de les ausculter et analyser sur leur degré de consistance et de cohérence voire de réfléchir, au cas où leur validité alarmante établie les garderait de se désintégrer d'elles-mêmes, sur les moyens de s'attaquer à leur matière.

Eh bien, en mettant quelque peu la charrue devant le boeuf, je dirais qu'à scruter ces formes dans lesquelles maints articles, livres, émissions et discours de toutes sortes coulent l'abus du médicament, à les tourner et retourner, j'ai rencontré aussi une menace grimace : l'abus montant Pégase travesti en Cheval d'Apocalypse.

L'inflation du médicament qui court certaines rues, ne dériverait-elle pas seulement dans le sillage d'une inflation plus générale et fondamentale, en serait-elle aussi un dérivatif, une distraction parmi d'autres ?

Quoiqu'il en soit, en me permettant d'anticiper encore une fois sur mes développements, je dis que l'abus des médicaments est aussi une tarte à la crème, rangeant dignement entre le «péril jaune» et la «croissance zéro» — un fond de vérité soufflé en pièce montée dans la cuisine des manchettes publicistiques, des slogans idéologiques et des programmes politiques.

En parlant de l'abus des médicaments, il faut évoquer aussi les abus de la discussion sur l'abus des médicaments, l'un éclairant l'autre.

Mon entrée en matière peut surprendre — le moins, probablement, par son côté largement gastronomique. A ce sujet la surprise ne devrait pas être grande : Nietzsche lui-même ne se demandait-il sans longues différenciations philosophiques comment il pourrait guérir «aus Apotheken und Küchen», tandis qu'Helvetius, conseiller du roi et inspecteur des hôpitaux de Flandre, prétendait, lui, de guérir gripes et bronchites par un bouillon d'une douzaine d'escargots de vigne et les cuisses de deux douzaines de grenouilles — ah, les agréables abus de médicaments ! — «potage admirable, d'un vert pastel comme on n'en voit que dans les toiles de Marie Laurencin» dit James de Coquet, confirmant que s'il ne guérit plus la toux sèche, il reste souverain, en 1975, contre la morosité. Il y a des correspondances incroyables qui ne sont pas moins dans la nature des choses.

L'abus des médicaments est plus qu'un problème de cuisines. Cependant, tout n'y est pas d'une saveur égale. Si ma manière de l'aborder a pu choquer par sa légèreté, c'est que tout dans ce grave problème n'est pas sérieux. Il y en a pour toutes les humeurs. S'il n'y en a pas seulement pour la noire, il n'y en a certainement pas non plus pour la seule bonne, loin de là !

Le problème de l'abus des médicaments constitue une partition aussi complexe qu'importante. On ne la déchiffre pas sur un seul registre. Car la totalité humaine s'y exprime.

Dans «Medizin als Gefahr» Löbsack (Dr. rer. nat.) écrit : Doch spricht manches dafür, dass die Medizin sich als höchst zweischneidige Einrichtung erweisen kann. An Indizien fehlt es nicht. Das Problem

der weltweiten Bevölkerungsexplosion beispielsweise geht im wesentlichen darauf zurück, dass die Medizin ihren Kampf gegen die Infektionskrankheiten, gegen Säuglings- und Müttersterblichkeit so erfolgreich führt und das Leben des einzelnen durchschnittlich immer mehr verlängert.

Dans «Plaidoyer pour une Anti-Médecine» Dayant (Dr. en médecine) reprend, comme il ressort d'un exposé critique sur ce livre, ce que Dubos avait déjà établi il y a longtemps, dans une biographie de son maître Pasteur, à savoir que la médecine n'était pour rien dans la disparition des épidémies. La médecine ne peut pas se targuer non plus, poursuit Dayant, de l'allongement de l'espérance de vie; la diminution de la mortalité infantile ne doit rien au progrès de la médecine, mais est exclusivement liée à l'élévation du niveau de vie. Pour les hommes parvenus à l'âge adulte, l'espérance de vie n'a guère progressé et elle a même régressé depuis qu'ont été accomplis les plus spectaculaires progrès de la médecine.

Il ne m'importe pas ici de discuter ces énoncés et leurs implications pour l'évaluation du médicament. Je voudrais mettre seulement en parallèle les deux textes. De deux argumentations prétendant certainement à l'objectivité exactement contraires, ce qui est déjà assez surprenant, on tire en plus, comme le prestidigitateur le lapin de son chapeau, une même condamnation.

Ajoutons que le cas cité n'est qu'un exemple; on pourrait en relever des pages et des pages.

Il s'en dégage de façon significative, je pense, l'existence et l'importance de facteurs d'erreurs risquant de fausser une étude telle que la nôtre.

Un premier me semble dû à cet «hachis» de l'information dénoncé il y a quarante ans déjà par un expert de ce temps, Duplel, quand la matière et les moyens d'information n'étaient encore en rien comparables aux conditions actuelles, dont Pierre Gaxotte note délicieusement comme

conséquence «que chacun se mêle des affaires de tout le monde, prend parti à propos de n'importe quoi, se croit instruit de tout et s'imagine posséder une conscience morale à la dimension des cinq continents» légitimant ses vues personnelles non plus seulement comme une interprétation possible, mais comme la Vérité absolue et le Salut universel.

L'abondance de l'information, dit Fourastié, décourage l'esprit scientifique; l'échéance incessante d'informations nouvelles, périmées en quelques heures ou en quelques jours, exclut toute réflexion, toute méditation, toute confrontation, toute critique, toute recherche de source, de cause, d'analogie, en un mot tout ce qui peut ressembler à une démarche scientifique. La pensée synthétique, imaginative, intuitive — beaucoup plus vigoureuse chez la plupart des hommes que la pensée analytique et positive — s'en trouve encore renforcée. On ne la trouve pas seulement chez Marcuse, Cohn-Bendit, les hippies et les surréalistes, pour reprendre des exemples de Fourastié; elle s'exprime aussi dans beaucoup d'attitudes qui portent le manteau de la scientificité.

Il s'ajoute, toujours selon Fourastié, un autre facteur corrodant l'effort scientifique et qui se retrouve à mon sens dans la discussion sur l'abus des médicaments, comme elle s'insinue du reste — il ne faudra pas l'oublier — à la base de celui-ci. C'est l'impression de facilité qu'engendre dès aujourd'hui le spectacle de certains aspects de notre monde et de notre société: la facilité de (tout)faire - et l'ignorance des contraintes «von Zeit und Welt». Du moment que l'on a été dans la Lune, du moment que l'on a vaincu la tuberculose et le diabète, on doit pouvoir faire tout autant ceci et cela. Dans ce déferlement de pouvoir, dit Fourastié textuellement, la spécificité de la connaissance scientifique et la difficulté de la découverte sont oubliées; l'homme acquiert de la science une conception magique, c'est-à-dire irraisonnée, exactement antiscientifique; aux processus analytiques, extrêmement pré-

cis et complexes de la science expérimentale se substituent des affirmations globales et des actes incantatoires.

Or, de toutes les analyses c'est l'esprit scientifique qui se dégage comme la valeur-clé de ce qui est véritablement progressé dans notre civilisation; cette patiente réflexion, cette minutieuse comparaison d'un petit nombre de facteurs dont on cherchera longtemps les rapports profonds, cachés sous des apparences évidentes mais superficielles, comme dit Fou-rastié.

Essayons donc de (ré)évaluer le problème qui nous occupe — et ses solutions possibles — dans cet esprit-là, contrairement à ce qui se passe, comme nous l'avons laissé entrevoir et tâcherons de le montrer par la suite, très — ou trop — couramment.

Je vois deux principaux moyens d'évaluation qui ont été mis en avant avec la prétention de l'objectivité pour établir l'abus du médicament. Nous verrons ce qu'il en résulte.

Il ne faudrait pas dénier toutefois toute signification à une autre mesure, celle du simple bon-sens affiné par l'expérience personnelle. Elle peut certainement établir certains abus sans contestation et en toute légitimité. Je pense que je ne suis pas le seul ici à procéder ainsi. Cependant, aussi longtemps que ces constatations ponctuelles ne s'inscrivent dans un système de coordonnées multiples, leur signification est limitée. Aussi nous passerions à côté de l'essentiel si nous nous limitons ici, à ce stade du moins où nous voulons situer le problème dans son entièreté précisément, à évoquer, dans l'optique restreinte du pharmacien d'officine par exemple, tel ou tel cas d'un «malade» collectionnant les médecins comme les médicaments et — peut-être — les maladies, telle

ou telle «liste» de médicaments faisant prendre le papier présenté davantage pour un extrait de catalogue que pour une ordonnance, telle ou telle «spécialité» dont on connaît nettement — ça peut se produire même chez le pharmacien — un équivalent plus inoffensif et moins cher. Sont-ce des accidents, par ignorance, par facilité, par mauvaise foi même, n'ayant pour signification profonde que la démonstration de l'imperfection humaine à laquelle nous collons tous ? Ou sont-ce des signes autrement et plus spécifiquement significatifs ? Bien sûr, leur multiplication peut indiquer des tendances plus générales — mais sait-elle réellement définir une situation ? Disons plutôt, si vous voulez me permettre l'image, que ce sont des mots isolés qui ne reçoivent leur signification qu'inscrits dans un texte; ce n'est que l'analyse du texte qui en dégage la valeur tant quantitative que qualitative.

Avant d'en venir aux démarches tentées — sinon réussies — dans ce sens, je me permets d'ouvrir une parenthèse pour préciser ce qui devrait cependant résulter déjà assez clairement des développements ultérieurs : Je ne vois pas comme objet de ces réflexions tel ou tel médicament ou groupe de médicaments précis. Essaierais-je d'illustrer l'abus comme un usage thérapeutiquement — et économiquement — injustifié en me référant aux ampoules buvables «fortifiants» : doucement, mon ami, vous vous écririez, lisez-moi ça : un traitement de 1 mois à la posologie de 2 ampoules buvables par jour (d'Activarol) a permis d'obtenir 88 % de bons et très bons résultats se caractérisant par un meilleur tonus physique et psychique, une reprise de l'élan vital, de l'appétit et de l'efficacité au travail (Cahiers de Bibliographie thérapeutique française 121 (1974) 27). Rappelerais-je l'abus comme un usage excessif par l'exemple des sédatifs : vous bailleriez. Professerai-je sur l'abus comme un usage erroné à la lumière de l'antibiothérapie ou de la corticothérapie topique : vous hueriez, avec raison, ma prétention. Mais indépendamment de ces risques, mon propos est tout autre. Je ne

compte ni refaire les explorations du Dr. Pradal dans la jungle de ses cent médicaments ni singer — ridiculement — une institution américaine célèbre pour sa rigueur et ses démarches à la manière de la procession d'Echternach. Je comprends notre problème autrement. Aussi j'omettrai d'autre part la toxicomanie — voire la pharmacomanie — comme aspect extrême, si important qu'il soit, de notre sujet saisi en tant que phénomène plus ou moins général. Revenons donc à cette question.

Dans un récent débat à la Chambre, Monsieur le Ministre de la Santé Publique explique, d'après un rapport de presse, «dass, wenn wir eine niedrige Lebenserwartung haben, das nicht an der Organisation der Öffentlichen Gesundheit liegen muss, sondern auch von der Lebensweise herkommen kann. Alkohol, Tabak und Medikamentenmissbrauch spielen hier eine grosse Rolle». Je souligne Medikamentenmissbrauch und gross.

Si générale que soit cette grave affirmation, elle n'implique pas moins une évaluation quantitative. On se demande sur quelles données et quels critères repose une telle estimation. Monsieur le Ministre doit le savoir — moi j'espère seulement de l'apprendre au cours de ces débats. Aussi longtemps que ces éléments ne sont pas connus, les études les plus savantes et les analyses les plus intelligentes n'auront qu'une allure faussement scientifique. Une prise de conscience correcte de tous les concernés est d'autre part une condition essentielle pour un programme d'action correctrice efficace. Les approximations, aussi rationnelles qu'elles puissent paraître, en contribuant à obnubiler les problèmes bien davantage qu'à les clarifier, sont irrelevantes, abstraction faite, bien entendu, d'intérêts idéologiques et — politiques.

On se réfère couramment — et d'ordinaire en premier — pour établir l'augmentation abusive de la consommation des médicaments à l'augmentation de son coût et celui de la consommation médicale en général, lesquelles s'imbriquent naturelle-

ment sinon statistiquement. En aucun cas, en effet, dit H. Péquignot, cette augmentation n'avait été prévue par les organisateurs et ils ont tendance à la considérer comme un phénomène abusif et, ce qui semble être une erreur économique fondamentale, à vouloir la considérer comme liée par une relation de proportionnalité à la croissance du produit national brut, comme si les deux phénomènes avaient un rapport réel aussi étroit.

On ne saurait conclure, sans s'engager dans la confusion, d'une charge financière, certes de plus en plus lourde pour la collectivité et menaçant de devenir rapidement — selon des extrapolations à la mode du Club de Rome — proprement insupportable, à des abus dans le contexte que la notion de médicament implique pourtant en premier, la santé. Comment mesurer alors ceux-ci par le moyen des dépenses financières ? La question a-t-elle seulement un sens ou est-elle simplement rhétorique, sous-entendant un aveu d'impossibilité ? La consommation médicale, dit Péquignot, est une consommation terminale; selon les doctrines économiques modernes, une consommation terminale n'a pas à se justifier; on accepte même facilement l'intervention de la publicité dont le but est de promouvoir des consommations terminales pour lesquelles n'existait aucune demande spontanée; il est difficile, dans ces conditions, de juger exagérée la demande en soins médicaux.

Il paraît néanmoins logique d'attendre, voire d'exiger, d'un surplus de moyens financiers un surplus de santé comme résultat, et de parler, en cas de tendance défavorable de ce rapport, d'abus dans le sens de gaspillage. Qu'en est-il en réalité ? Nach den Worten des Direktors des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen der BRD Kastner, écrit Die Welt, hat die bisherige Kostenausweitung keine entsprechende gesundheitspolitische Verbesserung gebracht; vielmehr gebe es Anzeichen dafür, dass mit den steigenden Kosten «die gesundheitspolitische Effizienz sogar immer fragwürdiger wird und dass

das bundesdeutsche System auch im internationalen Vergleich hinsichtlich seiner Effizienz keineswegs so günstig abschneidet, wie dies im Interesse der Bewahrung ökonomischer Vorteile oft behauptet wird.» A quoi Kastner ajoute aussitôt, toujours d'après Die Welt, es liessen sich jedoch allein unter dem Gesichtspunkt der Effizienz noch weiter steigende Beiträge rechtfertigen. Ce texte mérite quelques réflexions.

La première question qui vient à l'esprit, concerne les «Anzeichen» d'une efficience déclinante. On ne saurait la mesurer logiquement à l'augmentation de l'espérance de vie; celle-ci, selon l'OMS, suit sa dynamique particulière, comme la recherche thérapeutique la sienne. Qu'en est-il des autres «Anzeichen», de leur mesure, de leurs causes précises; peut-on en tirer une justification suffisante pour quel relâchement des efforts présents ? La récente constatation de l'OMS que les personnes mariées vivent plus longtemps que les personnes seules, et mille autres pareilles, en-dehors du pittoresque qu'elles dégagent, font mesurer la complexité du problème soulevé par de telles questions. Die Methoden der Kostenerfassung sind heute nicht nur bei uns, sondern überall in der Welt noch recht unvollkommen, convenait dernièrement Mme K. Focke, ministre de la Santé Publique allemande; il faudrait en dire autant, je pense, de la «Nutzenerfassung»; la «Kosten/Nutzenrelationsrechnung» évoquée par Mme Focke n'a pas dépassé le stade de ses premiers balbutiements. Niemand kann alleinseligmachende Patentrezepte anbieten, conclut le ministre; es ist notwendig, viele Möglichkeiten genau zu analysieren und im Hinblick auf Durchführbarkeit und Effizienz im Modell zu erproben; dazu bedarf es der Zusammenarbeit aller.

Kastner dénonce de façon moins nuancée «die Bewahrung ökonomischer Vorteile» dans sa critique du «système». Il est certainement justifié d'impliquer (tous) les agents économiques, encore faut-il savoir dans quelle mesure. Et qu'en est-il des

responsables nationaux et de la conservation d'avantages politiques ? On voit mal, écrit Péquignot, comment, consciemment et volontairement, une autorité sociale quelconque pourrait freiner une évolution fondée sur des causes aussi peu accessibles que celles qu'il faudrait envisager ; encore moins, comment elle pourrait s'en vanter vis-à-vis des populations concernées, et pas du tout comment elle pourrait réussir. Cela n'exige pas de commentaires, je pense.

Le problème se complique davantage encore par la notion d'augmentation justifiée opposée par Kastner à une augmentation non justifiée. Je ne sais pas si celle-là vaut dans sa pensée pour la consommation des médicaments; je voudrais y attacher cependant deux remarques dans cet ordre d'idées, ou plutôt, une fois de plus, deux questions.

Pour un revenu donné, écrit le Dr. H. Pradal, les dépenses pharmaceutiques augmentent en même temps que s'élève le niveau d'instruction: quand le revenu augmente, les dépenses s'accroissent plus ou moins parallèlement. Faudrait-il donc chercher les abus du côté des nantis, contrairement à ce qu'on pourrait croire de prime abord, tandis que se justifierait un effort accru pour ceux qui par leur statut socio-économique resteraient des désavantagés, l'égalité devant la maladie restant un leurre aux dires des sociologues ?

Dans un autre ordre d'idées, mais n'impliquant pas moins une question de justification de l'augmentation du coût, Pradal écrit que l'accroissement des dépenses tient essentiellement à l'utilisation de molécules nouvelles dont le prix de revient est généralement beaucoup plus élevé que celui des produits anciens. Sans vouloir nier des abus dans la conception scientifique aussi bien que dans la rentabilisation économique de la recherche dans notre société, suffisent-ils à établir que le progrès, indéniable fruit de cette recherche qui en est la non moins évidente condition, n'est pas seulement cher, à court

terme et dans un angle de vue étroit — sur le plan du médicament comme ailleurs — mais trop cher, globalement et définitivement ? Si trop cher, au contraire, par exceptions seulement, comment faire la part de l'abusif et du justifié ?

Ce sont de telles questions — qu'on pourrait aisément multiplier — qui ouvrent notre problème à une appréhension réelle et réaliste, tout en permettant de se rendre compte de la complexité des serrures défendant l'accès à des solutions autres que partielles et partiales. Les statistiques sur l'accroissement de la consommation moyenne en valeur et en volume qu'on se complait de reciter sans fin, ne sont que des passe-partout pour fictions dans notre contexte. Bien sûr, elles font percevoir un problème de financement, je le répète; pour la compréhension et le contrôle de notre problème de l'abus, cependant, dont on ne saurait répéter trop qu'il est différent, des clés autrement subtils sont requis.

L'accroissement annuel du prix moyen des unités de vente réellement achetées se situe aux environs de 6,3 % entre 1966 et 1972, dit Pradal en ajoutant : Ce facteur, qui joue le rôle le plus important dans l'accroissement des dépenses, reflète l'utilisation, pour une même indication, de produits plus chers que ceux utilisés autrefois, par exemple, traitement d'une angine banale par des antibiotiques au lieu de simples gargarismes. Contrairement à nombre de sociologues qui se sont emparés du terrain, le docteur en médecine Pradal n'ajoute pas d'autres commentaires. N'empêche que par l'omission de certains éléments et le choix de certains mots, un certain entendement de la question est suggéré qui repose davantage sur une appréciation subjective que sur une analyse scientifique. Du côté des omissions il faut certainement relever en premier, ici comme dans nombre d'autres «raisonnements» similaires, le coût de la vie en général : Um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen richtig einordnen zu können, dit le ministre allemand déjà ci-

tée, muss man bedenken, dass auch andere personalintensive Dienstleistungsbereiche sowohl des öffentlichen Dienstes, der freien Träger als auch der Wirtschaft erhebliche Steigerungsraten aufweisen. Le choix d'une angine «banale» comme seul exemple de l'augmentation du coût thérapeutique me semble, d'un autre côté, résulter davantage d'une prévention que d'un calcul.

Le simple fait qu'en France, entre 1966 et 1972, la consommation pharmaceutique en volume a augmenté de 9 % par an et par personne, permet des spéculations: tel quel il ne permet pas d'interprétation scientifique, correspondant à la réalité objective, ni sur le plan de la France ni sur celui «des internationalen Vergleichs» cité par Kastner. Seule l'analyse critique des facteurs techniques, démographiques, culturels et de civilisation impliqués dans le phénomène permettent de le comprendre dans ses éléments, et d'en dégager et contrôler ce qui est abus. Or, c'est en général à partir d'idées synthétiques et toutes faites qu'on conclut. Certains milieux administratifs, et même médicaux, dit Péquignot p.ex., imaginent volontiers qu'une part de la consommation médicale est plutôt abusive, du moins un luxe; leur raisonnement est le suivant: l'homme a actuellement à sa disposition un grand nombre d'appareils qui améliorent son genre de vie; il ne peut plus concevoir que son propre «moteur humain» ne fonctionne pas parfaitement, si bien qu'on observe une baisse du «seuil de tolérance à la maladie». En fait, continue Péquignot, ce désir de bien être, critiqué, voir considéré comme un gaspillage, ne représente qu'une partie restreinte de la consommation médicale, et même de ce qu'on appelle «le petit risque»; là encore, les chiffres doivent être analysés; l'augmentation du prix de la santé est essentiellement liée au prix de revient des maladies graves, des maladies de longue durée devenues curables et aux survies prolongées que la science médicale permet dans les maladies restant incurables. Peut-être que la tendance s'est renversée récemment, peut-être qu'el-

Désinfection des mains avec

# hibiscrub<sup>®</sup>

action bactéricide et détergente de la peau



I.C.I.-Pharma

## Données techniques.

### Formule:

Chlorhexidin, digluconic. 40 mg - Polyoxalen - Lauryl dimethyl amino oxyd. - Coccin. nov. - Isopropyl alcohol - D-gluconolacton - Herbacol 15.393/Tafw. n° 42/303 - Aqua ad 1 ml.

### Pouvoir bactéricide:

Une dilution de 1:500 dans de l'eau distillée tue > 99,99 % de Staph. aureus (NCTC 4163), PS aeruginosa (NCTC 6749), Proteus vulgaris (NCTC 4653) et Esch Coli (NCLB 9132) endéans les 10 min. à 22° C. La suspension d'essai contenait 100.000.000 de micro-organismes/ml.

### Indications:

Solution antiseptique et détergente pour la désinfection des mains du chirurgien avant l'intervention chirurgicale et pour l'usage quotidien des infirmiers pour prévenir les infections croisées.

### Mode d'emploi:

#### **Ne pas diluer le produit.**

Mouiller les mains et les avant-bras et laver avec 5 ml d'Hibiscrub pendant 1 minute - **brosser uniquement les ongles** en utilisant la brosse à ongles.

Rincer

Avant une intervention chirurgicale, répéter le lavage pendant 2 minutes avec une nouvelle quantité de 5 ml d'Hibiscrub - **ne plus brosser.**

Rincer et sécher avec une serviette stérile ou à l'air chaud. Passer les gants.

### Précautions:

Eviter tout contact du produit avec les yeux.

Durée de validité: 1 an.

### Conservation:

Conserver à l'abri de la lumière.



IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD  
PHARMACEUTICALS DIVISION - ENGLAND

**I.C.I.-Pharma**  
Destelbergen - Belgium

te  
s  
-  
ti  
e  
p

p  
n  
e  
ré  
ri  
a  
ti  
s  
lt  
fi  
fi  
e  
c  
s  
l'  
p  
a

d  
s  
e  
té  
d  
fi  
ti  
li  
d  
a  
n  
e  
c  
t  
c  
n  
ti  
u  
a  
s  
n  
«  
v  
ir  
k

le est inverse dans notre pays, peut-être qu'elle ne vaut pas sur le plan des médicaments — je me laisserai volontiers convaincre de mes torts. Ce ne sont nullement les conclusions comme telles qui m'importent ici en premier, mais la cohérence — ou l'incohérence — dans les procédés de conclure. Voir des abus où il n'y en a pas jusqu'à en voir partout, me semble aussi critiquable et critique que d'ignorer les réels, qui, par ailleurs, pourraient se trouver obscurcis précisément par ces grossissements excessifs. Empêcher les abus de l'évaluation des abus ne s'impose pas moins que d'empêcher ceux-ci.

Bref, ce n'est pas seulement l'abus du médicament qui appelle une thérapie, c'est tout autant son diagnostic.

Le problème est clair : Sachant qu'actuellement les médicaments représentent 2-3 % de la consommation des ménages français (p.ex.), lequel taux pourrait se stabiliser en 1985 autour de 5 % (?) aux dires de certains auteurs, quels éléments significatifs faudrait-il connaître et maîtriser pour pouvoir en déduire l'existence de l'abus, le caractériser, le mesurer, le situer et le corriger ?

Une condition essentielle de la solution du problème n'est pas moins clairement perceptible : Il ne fait aucun doute, dit Péquignot, que les sociétés de demain ne pourront survivre, étant les masses humaines qui les composent, l'élévation et la complexification de leur niveau de vie, que si elles disposent de moyens d'informations adéquats; ces derniers sont d'ordre statistique et ils impliquent, pour les médecins et tous les autres concernés, un devoir réciproque d'information et d'organisation conséquente. Qu'aux dires d'experts allemands «*der Verbrauch an schmerzstillenden Mitteln, gemessen am Anstieg des Arzneimittelverbrauchs insgesamt, nur undurchschnittlich zunimmt*» n'a aucune valeur rassurante, bien sûr, ni même, peut-être, aucune signification importante du tout. Du moins en résulte-t-il un élément objectif qui, combiné avec d'autres similaires, saurait inspirer une prise

de conscience certainement plus adaptée à la réalité et dès lors plus constructive qu'une impression.

La voie est tracée — il reste à s'y engager. Comment, à qui et quand l'initiative ? Rien qu'à consacrer à cette question autant d'énergie qu'aux vagues spéculations et affirmations sommaires, un grand pas serait déjà fait.

Une autre approche pour l'évaluation de l'abus des médicaments est l'iatrogenèse.

Une estimation des maladies iatrogènes — selon de bons esprits, comme il est dit chez A. Varay — à 30 % de la pathologie pour les organes d'élaboration et d'élimination comme le foie et les reins, fait évidemment réfléchir. Dans le sillage du fameux — en toute honneur — Yvan Illich, M. Bosquet fait état d'une enquête du National Institut of Health dans les hôpitaux USA : Son bilan fut consternant, écrit-il : Sur trente-deux millions de personnes ayant passé, en 1970, par les hôpitaux (chiffre qui comprend les consultations externes), plus de 10 % durent être retenues plus longtemps que prévu en raison d'intolérances aux médicaments qu'elles avaient reçus. De plus, 1,5 millions de personnes furent hospitalisées par suite de troubles provoqués par des médicaments que leur avait prescrit «leur» médecin. Peu après, un pharmacien, Marc Laventurier, et un médecin, Robert Talley, estimèrent qu'au moins trente mille personnes meurent annuellement dans les hôpitaux américains d'empoisonnements médicamenteux. Contestant cette estimation, l'association des pharmaciens et celle des médecins procédèrent à leur propre enquête en choisissant l'hôpital universitaire de Floride pour terrain d'investigation. Nouvelle consternation : dans cet hôpital-modèle, un patient sur cinq cent cinquante-cinq (soit 0,18 %) est tué annuellement par l'administration de médicaments. Dans les hôpitaux de Boston, particulièrement réputés, on constata, peu après, une mortalité médicamenteuse plus de deux fois plus forte : 0,44 % par an, soit un patient sur deux

cent vingt-huit. (C'est là, également, le taux constaté dans les hôpitaux israéliens). Bref, dans les seuls hôpitaux, les seuls médicaments tuent entre soixante mille et cent quarante mille Américains par an et en rendent plus ou moins gravement malades 3,5 millions d'autres. Fin de citation.

Pour impressionné qu'on doit être certainement de tous ces chiffres, on ne peut manquer d'être surpris, sans être expert-comptable, qu'on établisse des bilans avec les seuls postes débiteurs. Les postes créditeurs, sans aucun doute, sont plus difficiles à chiffrer et, malgré tout, plus naturels. Il ne semble pas moins illogique d'«oublier» le bénéfice de ceux qui sont sortis — sinon guéris, du moins vivants — de l'hôpital, représentant, selon mon humble arithmétique, quand-même une certaine majorité fût-elle ici paradoxalement la plus silencieuse.

De cette comptabilité il y a lieu de rapprocher celle qui mesure l'efficacité des médicaments — et de la médecine, en général; je regrette de n'avoir pas connaissance de ventilations à ce sujet — par rapport au taux d'espérance de vie. En parlant précédemment déjà du calcul d'efficacité des médicaments, je l'avais situé à un stade de premiers balbutiements; l'exemple de la mesure de l'efficacité des médicaments par rapport au taux d'espérance de vie me fait comprendre cette appréciation comme un euphémisme aussi insensé que l'«exploitation» du calcul en question. Accordons à M. Bosquet que les Américains, qui dépensent 320 dollars par tête et par an en soins médicaux, ne se «portent» pas mieux que les Jamaïcains, qui dépensent eux 9 dollars et demi — mais sait-il ce qui se passerait chez les Américains s'ils dépensaient seulement 9 dollars et demi? Si les Jamaïcains réalisent une espérance de vie à 1 an près identique de celle des Américains avec le tiers seulement de médecins et moins encore, je pense, de médicaments — personne ne peut prédire, sinon présager dans le marc de café, ce qui se passerait dans le cas contraire. Bien sûr, entre les

320 dollars des Américains et les 9 dollars et demi de référence, il y a de la place pour l'abus. Mais laquelle pour lequel? Je me tiens à la question; il me suffit ici de démontrer une ignorance et de démonter un mythe qui se donne en certitude constructive.

Il n'est pas possible d'escamoter dans de tels bilans, sans en retirer toute signification, la qualité de vie et mettre en compte la seule quantité de vie, la santé étant à considérer en outre, selon l'OMS elle-même, non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état complet de bien-être physique et morale. Que la médication par les médicaments puisse à cet égard pêcher d'«hybris» ou, plus simplement, de facilité, d'accord; qu'elle puisse avoir une foi trop aveugle dans ses moyens, d'accord; qu'elle ignore trop les procédés plus naturels de rééquilibration fonctionnelle, d'accord. Cependant, qui nierait que les médicaments permettent de loin une correction plus rapide au niveau minimum — sinon maximum — imposé par notre civilisation du «Leistungs-zwang». Quant à celle-ci, devrait-on donc changer les médecins en politiciens, et les politiciens en médecins?

Exploiter d'une part l'importance de l'«hygieia» au sens original de l'ensemble des règles et des conditions de vie — que personne ne conteste à Illich et ses disciples — pour établir la notion d'une efficacité ambiguë des médicaments, et oublier quelques lignes après l'importance des condamnés dans la neutralisation de ces retombées nocives et négatives de notre civilisation précédemment dénoncées, me semble plus qu'illogique, un péché contre l'esprit scientifique que réclamait tantôt Fourastié comme inspirateur d'une démarche qui, pour insuffisante qu'elle soit encore dans notre contexte, est bel et bien la seule valable. Echappées de ses rênes, les idées galoppent sauvagement dans la spéculation idéologique.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait pas une idéologie pro-médicament. Là aussi l'abus existe. Mon objet n'a pas été de le

nier, je le répète, mais d'en relativiser la globalisation catégorique.

Je me demande d'ailleurs s'il fallait le faire aussi longuement devant ceux dont il me semble quand-même incroyable qu'ils aient pu oublier jamais que «pharmakon» signifiait depuis toujours médicament ET poison; qu'il n'y a pas de médicaments inactifs de façon absolue, mais qu'il n'y en a pas non plus de toujours efficaces — fussent-ils un cadeau d'Apollon ! La thérapie médicamenteuse est la mise en relation d'une personne déficiente avec un médicament ambigu dans un environnement non moins imparfait. Il en résultent des avatars, il n'en résultent pas nécessairement des catastrophes.

Ne parlons donc plus de l'abus du médicament, mais guettons des abus de médicaments. Ils ne se piègent pas par des trappes à éléphants, si spectaculaires qu'elles soient, mais par les souricières d'une pratique totale et journalière activement scientifique, d'un engagement tel que nous l'a défini tout à l'heure Fourastié.

La partie, dont le médicament est l'enjeu, se joue entre le malade, le médecin praticien, l'industrie pharmaceutique, le pharmacien d'officine, la Sécurité Sociale et l'Etat. Dans une récente table-ronde à l'ORTF, qu'il serait intéressant d'analyser plus en détail — bien que le matériel de discussion nous manque certainement le moins, le sociologue qui prenait part au débat imputait le rôle d'acteur aux trois premiers, réservant le rôle de figurant au pharmacien et à l'Etat, oubliant la Sécurité Sociale ou l'identifiant, puisqu'il s'agissait d'un débat français, avec l'Etat.

Je suis donc quelque peu surpris de la forte représentation — en nombre, s'entend, non en force — de la pharmacie à

cette table. «Je m'en trouve fort enchanté». Non pas — ou faut-il dire : non pas seulement ? — comme le corbeau de la fable par vantardise et bavardise, dont il est temps, précisément, de commencer par m'excuser. Mais parce que je suis sincèrement de l'avis que si le pharmacien ne joue pas les primadonnes et les jeunes premiers séducteurs, dont je vous laisse le soin de trouver le nom, il ne joue pas moins un rôle actif qu'il faudra évaluer par la suite et qu'en plus il peut, comme informateur, jouer un rôle intéressant dans un débat tel que le nôtre. Il y a lieu de remercier ici l'organisateur de cette table-ronde d'avoir donné au moins l'occasion à la pharmacie pour le démontrer.

Revenons à notre partie à six. A vrai dire, je suis étonné qu'elle n'ait pas encore donné lieu à un jeu tel que le monopoly. Serait-ce qu'il ne permettrait pas assez de variantes, qu'il manquerait par trop d'imprévu ? Voyons, en effet : Le médecin est soumis aux pressions conjuguées de l'industrie pharmaceutique et du soi-disant malade, malade plus souvent de sa situation dans le monde que de son corps. Le malade cherche à travers le médecin le remède qu'il identifie au médicament selon un mécanisme mettant en oeuvre une action de type magique. Le médecin tire de ses manches plus ou moins au hasard les cartes de ce jeu sémantique — pardon, les noms de médicaments — en partie en magicien, nous l'avons vu, en partie en ignorant, ne sachant pas trop ce que représentent au juste les cartes que lui glisse continuellement dans les manches l'industrie pharmaceutique, en partie en tricheur, jouant systématiquement la fausse carte de l'organicité, et de toute façon pressé. Et tout le temps sonne la caisse enregistreuse du pharmacien échangeant allègrement des cartes-médicaments douteuses contre les cartes-mirages que la publicité — ah, un nouveau personnage ! — jette dans le jeu et des cartes-médicaments empoisonnées contre les cartes-prescriptions soutirées au médecin. Et tout le temps l'industrie pharmaceutique éjecte de nouvelles cartes. Et tout le temps la

Sécurité Sociale se lamente — en continuant de financer le jeu, tiraillée entre les impératifs de sa responsabilité sociale, les exigences de ses membres et les obligations d'inspiration politique. Sous la table se passent des choses inavouables et taboues entre chacun et chacune, et les mains refont périodiquement le geste de Ponce-Pilate. La mécanique se déroule comme une boîte à musique «Made in Switzerland» sur un rythme endiablé, comme on dit.

Je n'ai pas besoin de m'excuser — c'est une caricature ! Elle ne reproduit pas moins, en grossissant seulement le trait, certaines conclusions de la table-ronde de l'ORTF. En fait, nous sommes tous d'accord, je pense, indépendamment du degré de réalité que nous conférons à la caricature, qu'elle est indicatrice d'un plan topographique de pièges d'abus. Disons qu'il s'en dégage des points chauds certains. Mais soulignons ici encore une fois que dans la mesure même où elle repose sur une chématisation excessive, une stratégie qui généraliserait ses manoeuvres sur de telles approximations, simplifications et demies-vérités, serait du Don-Quichottisme infantil.

La relation médecin-malade me semble particulièrement éloquent à ce sujet. Du moment qu'on met en relief précisément l'insuffisance du «colloque singulier» réduit trop souvent à une rencontre où chacun verrait l'autre conformément à certaines images-types préalables souvent perverties que de la part du médecin il faudrait déjouer; qu'on clame tout haut l'exigence de placer les problèmes somatiques dans la situation réelle de l'individu psychologique, familial, professionnel et sociologique; et qu'on critique précisément la «réponse» abusivement globale, c'est-à-dire dans un «langage» médicamenteux aussi verbeux qu'indifférencié et trop généralisé de la part du médecin, tombant même avec un «vocabulaire» placebo où chacun met du sien comme dans les auberges espagnoles, à côté — du moment qu'on exige autant de subtilité dans cette

relation, non sans légitimation scientifique étendue cette fois-ci, il semble illogique de demander de l'appréciation des abus éventuels y relatifs et de la conception de leur neutralisation moins de finesse, si justifiée que soit une sensibilisation dans ce sens. Je n'ai pris comme exemple de démonstration qu'une certaine catégorie de la relation médecin-malade, celle qui est le plus souvent mise en cause dans notre contexte, qui le concerne d'une manière fondamentale et intéresse largement tous les autres impliqués dans notre problème, le pharmacien non en dernier. Pour préciser si et comment, par une méconnaissance involontaire ou en ignorant délibérément les limites du médicament en général, de telle ou telle spécialité en particulier ou d'autres éléments encore, le médecin prescrit trop et/ou mal, d'autres aspects seraient à étudier; nous aurons l'occasion d'en évoquer certains en examinant le rôle et le comportement des autres concernés par notre problème; je ne pense pas, cependant, que les conclusions en résultant puissent renverser mon avis précédent. Ce serait le comble de la fatuité si, en présence de médecins autrement compétents et expérimentés, je m'engageais plus loin sur ce sujet qui naturellement m'est largement «terra incognita» — nous avons vu où cela mène.

Bien qu'on la mette si souvent au centre de notre problème, je n'évoquerai ici que pour mémoire la Sécurité Sociale, dont on critique certainement non sans raisons la fonction motrice insuffisamment circonstanciée voire perversissante dans la consommation du médicament et de l'image qu'on s'en fait. Rich or poor, the citizen benefiting from welfare services is prone to become arrogant and irresponsible, écrit Ignazio Silone dans son article «Re-thinking Progress» paru en anglais. Emise par Silone cette constatation qu'ont faite beaucoup avant et après lui, gagne peut-être en relief, mais elle ne débouche finalement que sur l'amère constatation d'une décadence: The most distressing aspect of this decadence, in my view, is not so much the loss of spontaneous ge-

nerosity, nor the continual and arrogant claiming of what is due, as the miserable pettiness of such claims. The fact that rights imply duties as their counterpart being beyond the comprehension of these unfortunate people, they remain unaware of, or indifferent to, the greatest possible right to be respected as men, the right to be citizens and not herded cattle; instead, they will fight tooth and nail to establish their right to hand-outs, gift-parcels, free entertainments. The opinion I once held, namely, that social welfare could be made to work better if it were taken out of the hands of the bureaucrats and more entrusted to the responsibility of those directly concerned, has been badly shaken by seeing people reduced to the plight I have experienced. Repenser les effets de la Sécurité Sociale et ses effets secondaires et leur neutralisation, en les analysant scientifiquement dans leur connexion avec l'environnement et la nature de l'homme et non pas en les approximant par quelque abstraction préconçue, ne saurait certainement pas tenir dans le cadre de ces propos.

Pour la même raison je ne pourrai mettre ici que bien grossièrement en balance les bienfaits et les méfaits de l'information médicale du public en général et de la pure publicité grand-public en particulier. Ici encore il est déjà difficile de démêler seulement les différents constituants du problème interagissant entre eux; plus difficile encore est leur évaluation — des bilans partiels tantôt positifs et tantôt négatifs étant prévisibles — et le redressement de ces derniers. Je pense que l'information médicale des mass-media agit dans le sens d'une émancipation positive; il faudrait naturellement toute une analyse à ce sujet, dont je n'ai pas connaissance, pour pouvoir établir avec précision la qualité de cette information et envisager les moyens de correction éventuellement nécessaires. Par contre, je suis enclin à juger la publicité négativement, bien qu'elle s'exerce sous le contrôle d'une réglementation étatique désormais généralisée dans tous les pays de la CE, si je me rappelle

bien; pour limitée qu'elle soit, quant au nombre des médicaments concernés, la publicité ne manque certainement pas d'une influence insidieuse nettement plus large et opérant dans le sens négatif par ce qu'on pourrait appeler une véritable aliénation pour rester quelque peu dans le vent. Elle devrait contribuer, en effet, à construire d'une part des insatisfactions artificielles et à faire accepter d'autre part des moyens douteux pour compenser des déficiences réelles; par ailleurs, elle contribue certainement à détruire le caractère de «marchandise particulière» du médicament, le «re-mythifiant» en objet fétiche de la société de consommation, ce qui est encore une fois sans aucun doute une source d'abus à plusieurs points de vue et surtout du point de vue médical. Il faut se demander toutefois si ces derniers ne sont pas neutralisés plus qu'on ne le pense, par le simple bon-sens du public qui, au premier alarme véritablement sérieux, se rappellera ce qu'est une vessie et ce qu'est une lanterne — à condition, je souligne, que cette conscience soit suffisamment et valablement activée; on devrait en reparler tantôt dans le contexte de l'automédication en rapport avec la pharmacie.

Ici je n'engagerai pas plus loin ma réflexion sur le malade-consommateur-assuré — ou consommateur-assuré-malade. Tout n'a pas été dit, je le répète; ma propre esquisse préparatoire comportait un collage nettement plus large. Cependant, s'il y a deux choses que je voudrais établir, avant tout, c'est avec l'insuffisance des moyens d'évaluation précise et constructive des abus, la complicité et la responsabilité de tous les autres concernés dans pour ainsi dire chaque abus du personnage appelé public. On pourra longuement et doctement disserter sur les abus de celui-ci, forcément aliéné à moins d'avoir les connaissances du médecin, du pharmacien, de qui sais-je encore; plus réaliste me semble de s'interroger sur la part de ceux-ci.

Venons-en à la pharmacie, la pharmacie industrielle et la pharmacie officinale.

Je ne voudrais pas décider ici si l'industrie pharmaceutique est un des régisseurs majeurs de la médecine contemporaine ou tout simplement, comme d'aucuns le pensent, «le» régisseur. Quoiqu'il en soit, son rôle — et son importance pour notre problème particulier — dépasse considérablement la place que je pourrais lui consacrer dans le cadre de ces propos; le temps presse et le moment arrive où votre attention si bien-veillante jusqu'ici s'impatientera pour de bon et où je devrai m'attendre à encasser les premières pommes et tomates pourries. Ce serait, à mon sens, plus regrettable encore que de sauter les quelques feuilles où au fil des analyses que j'avais préparées — trop de médicaments sur le marché ? médicaments commercialisés trop tôt ? médicaments commercialisés inutilement ? information inadaptée du médecin et pharmacien ? quelle éthique pour quelle politique ? — de faux clichés et préjugés auraient pu être cassés, ce qui me ravit toujours, mais aussi des risques d'abus voire des abus réels situés. Me proposant d'y revenir à l'occasion, je me limiterai donc ici à une seule considération — d'après une réflexion de mon confrère le Dr. F. Nicolay — susceptible d'éclairer certaines constatations faites ailleurs.

L'évolution de la recherche en matière de médicaments, pense le Dr. Nicolay, a tendance, par conception scientifique et la législation aidante, à produire des médicaments non pas seulement de plus en plus nettement définis, mais aussi de plus en plus circonstanciels, percutants voire hostiles à la vie cellulaire normale. Ce développement se fait en partie au détriment de produits plus maniables voire anodins, produits pourtant souvent utiles aussi bien au médecin qu'à son patient. La législation prévalente et en voie de formation imposant des critères d'une extrême rigueur mène indéniablement et inévitablement vers des médicaments dont le choix judicieux deviendra de plus en plus difficile — résultat quelque peu paradoxal, si on pense que cette évolution n'a pas été inspirée seulement par préoccupation

scientifique, mais aussi par prudence. Son but principal n'a-t-il pas été tout autant de défendre malade et médecin contre des médicaments d'une toxicité excessive, que de les protéger, l'économie sociale comprise, contre des remèdes d'une efficacité douteuse? L'austérité perfectionniste dont elle se revêt, pourrait très bien, en dépassant son objectif-ci, manquer partiellement celui-là, tout en resserrant les spectres d'action thérapeutique, et la conception de base se révéler comme une épée à double tranchant.

Finalement j'aurai quand même mieux fait que le lapin de la fable, en attrapant, fût-ce par le bout de mes propos, ce qui, en tant que pharmacien d'officine, me concerne en fin de compte le plus, mon propre rôle. Tout en m'étant hâté derrière lui, je ne pourrai pas moins manquer de ne lui prêter à son tour que quelques réflexions hâtives. Cela tient uniquement aux pommes et tomates précitées, mais certainement ni à un sentiment de supériorité, nous estimant au-dessus de tout soupçon d'abus, ni à un sentiment d'infériorité, nous concédant trop peu d'initiative et de poids pour provoquer des abus ou peser sur eux. L'un et l'autre seraient déplacés, que dis-je, seraient abus en eux-même et sources d'abus. Il n'y a pas seulement l'abus actif, l'abus activement perpétré; il y a encore, c'est l'occasion de la mettre en relief, l'abus passif, l'abus «des autres» que passivement on laisse faire. A ce sujet et dans le présent contexte de la pharmacie d'officine précisément, il faut parler, je pense, de l'initiative des confrères belges, ralliée par le corps pharmaceutique luxembourgeois, de créer un service de contrôle des médicaments chargé de s'assurer de la qualité des médicaments fournis par l'industrie, d'y détecter ce qu'à défaut d'abus nous voulons appeler des déficiences et d'amener l'industrie à plus de rigueur. Elle n'y a certainement pas seulement réussi, elle a encore montré de façon exemplaire la voie à ce qu'on appelle dans le jargon moderne une approche pluraliste du problème. Notre problème en particulier ne pourrait que gag-

ner à sa généralisation. Sauf l'oubli de balayer devant notre propre porte.

En ce qui concerne donc le premier des deux aspects principaux auxquels je me vois pressé de limiter la question des abus sur le plan de la pharmacie d'officine, à savoir l'exécution d'ordonnances, le rôle du pharmacien ne peut manquer d'être de prime abord celui d'un figurant, comme on le déclarait à la table ronde de l'ORTF. Il suffit qu'il apporte le verre de bière commandé, comme le prescrit le scénario, pardon, l'ordonnance; la bière, naturellement, doit être mousseuse, bien fraîche, le verre bien rempli; et il fait bien de savoir épeler correctement: Madame est servie, si même cela ne comporte pas d'implications thérapeutiques directes.

Je crois savoir — soit dit entre parenthèses — que c'est dans ce rôle effacé que le médecin préfère le pharmacien et se suffit de lui, son éthique lui faisant, par ailleurs, de cette discrétion une obligation.

Il faut se demander, cependant, si le pharmacien ne sera pas amené par la force des choses, par la multiplication et le changement permanent et rapide des médicaments aussi bien que par leur complexité et problématique croissantes, à prendre plus d'initiatives. Omettre de préciser que le cognac se boit de préférence après le repas (?), peut faire penser à Madame qu'il faut le prendre avant, ce qui lui fera tourner la tête, par exemple; elle n'en voudra plus, elle n'en prendra plus, elle voudra quelque chose d'autre, et voilà qu'un certain carrousel d'abus se mettra à tourner. Mais il y a plus sérieux. Ce n'est donc pas dans le rôle d'un récitant des avantages et désavantages — objectifs — de tel bière ou tel cognac que je vous propose d'imaginer un rôle du pharmacien de l'an 2000, n'en déplaise à certains prospecteurs de la prospective officinale — le meilleur pharmacien ne sera toujours qu'un piètre computer, il ne pourra soutenir l'écrasant rôle que sur une courte distance et en des circonstances favorables. C'est d'une autre coordination qu'il semble plus important voire urgent

de se préoccuper. Je pense au contrôle de la compatibilité de plusieurs ordonnances émanant de plusieurs médecins pour une même personne et, davantage encore, de celle de médicaments prescrits et achetés à part. Le problème des interactions — de renforcement, de déviation, de neutralisation des effets — des médicaments s'impose rapidement et de plus en plus comme quantitativement et qualitativement très important tant en théorie qu'en pratique courante. De par sa double position au point de convergence d'une demande pas nécessairement cohérente et au poste de frontière de la compétence — vous permettez — le pharmacien d'officine est acculé à y assumer une certaine responsabilité, comme il était tenu autrefois à scruter les possibilités d'incompatibilité entre les différents composants d'une potion. Cela présuppose des moyens adaptés non pas seulement intellectuels, mais aussi matériels. Aucun système d'organisation d'un tel contrôle proposé jusqu'ici ne paraît convaincant. En existe-t-il seulement? Une première approche n'est-elle pourtant déjà faite par le carnet d'ordonnance à souche, dont il faudrait à mon sens étendre l'emploi plutôt que d'en réclamer la suppression. Il nous échoit de penser notre action sans la braquer sur la commodité et la facilité — ce sont là des abus aussi.

Plus urgente, nettement urgente même, me semble cependant la question du renouvellement d'ordonnances non expressément stipulé. Il faut relever que l'écrasante majorité des ordonnances présentées — pour autant du moins que je puisse en juger par mon expérience personnelle — ne comporte aucune indication à ce sujet, contrairement, j'ai l'impression, aux ordonnances émanant de médecins étrangers. Exiger, d'autre part, que l'intéressé se rende chez le médecin bien avant le prochain rendez-vous à la seule fin de se faire prescrire tel ou tel médicament dont il ne dispose plus après dix ou quinze jours déjà, représente souvent une quadrature de cercle. C'est faire beaucoup d'honneur au discernement du pharmacien,

abstraction faite de ses obligations légales et éthiques, que de le laisser juger de l'opportunité d'opposer ou non un refus à la demande de celui qu'il n'est certainement pas toujours facile d'identifier comme un «patient» ou un «consommateur». Il s'ajoute qu'en général le demandeur n'a aucune pièce de référence, l'ordonnance ayant été expédiée à la caisse de maladie, qui par ailleurs, par une arithmétique limitative hallucinante, crée à la place d'un possible abus financier dont on pourrait imaginer un contrôle différent, une source réelle de multiples abus d'ordre médical. Bien sûr, il y a les cas qu'on connaît; certains médicaments posent moins de problèmes à ce sujet que d'autres; médecins et pharmaciens ont le téléphone. N'empêche qu'à ma conviction du moins, il se trouve ici, ensemencée à son tour par certains abus peut-être, une racine d'abus — ou de malentendus, si vous préférez — à faire réfléchir. Au point que ce n'est pas en dernier pour la possibilité de l'évoquer avec une certaine résonance, que j'ai accepté de me produire ici.

Je ne m'étendrai pas sur la dispensation — mais ne faudrait-il l'appeler ici par son nom vulgaire, la vente ! — de médicaments soumis à prescription en-dehors de toute ordonnance ou référence valable à une telle. Ce problème, je sais, existe, et il est, à mon sens, tel qu'il ne suffit ni de jouer à l'autruche ni de se voiler simplement la face. C'est pour son évidence que je ne m'y attarderai pas. Pourtant je demande leurs points de vue aux médecins, qui à l'occasion n'ont pas manqué de m'intriguer; tantôt ils ont été bien plus laxistes, tantôt bien plus rigoureux que je me serais, en toute bonne foi, attendu. Souvent abus varie, même ici.

L'autre grand complexe de questions sur les abus dans l'orbite de la pharmacie d'officine concerne l'auto-médication et le rôle que le pharmacien peut et doit y jouer. Là il n'y a plus de doute : même en jouant à l'automate, il n'est pas neutre; en exécutant la demande de tel ou tel médicament, il la valorise positivement dans

l'esprit du demandeur, rien qu'en lui donnant «raison»; si la demande constitue un abus, il s'en rend plus que complice; le reste est de la jésuitique.

Il ne faut pas, cependant, voir l'auto-médication uniquement sous la forme d'une demande simple et directe. Il ne faut pas s'imaginer deux sortes seulement de . . . clients — eh bien oui, va pour le terme : en dernière analyse, si ce n'est en première, tous sont des clients, et, pardessus le marché, si je puis dire, le caractère cornélien de la situation s'en trouve mis en relief. Donc, il ne faut pas parler seulement, à côté de ceux qui présentent une ordonnance, de ceux qui exigent : Aspro, avec ou sans svp. Il y a lieu de mettre en compte encore tous ceux qui font accompagner leur demande d'une sollicitation — ouverte ou cachée, consciente ou inconsciente — de conseil ou simplement d'aide. Dresser l'inventaire de leurs motivations, les apprécier de même que les possibilités actuelles et virtuelles de réponse de la part du pharmacien, essayer de faire un bilan d'ensemble de tous les éléments multiples de l'auto-médication — l'ampleur de la tâche est à la mesure de son importance pour notre problème. C'est encore dire qu'une fois de plus je suis dépassé; je vous laisse décider si c'est par rapport à l'heure de ma montre ou par rapport au contenu de ma tête.

Sans donc vouloir prétendre avancer bien loin, je me résignerai à fournir seulement quelques supports à une réflexion ultérieure.

Es war vielleicht das Besondere dieser Tagung, dit le Dr. med. Knoche dans un rapport, dass die Tatsache des Phänomens «Selbstbehandlung» auch von den Ärzten ohne Einschränkung akzeptiert und in ihr Denken und Handeln, ja Behandeln mit eingebaut worden ist; sie beziehen den Begriff der Selbstbehandlung immer stärker in den Gesamtkomplex Patient ein.

Au fait, qu'est-ce qui a été accepté sans restrictions: l'existence seulement du phénomène ou le phénomène lui-même ?

De prime abord, je pense que pour le médecin en général l'auto-médication est un drap rouge, rien que par principe scientifique et, je pense, aussi par expérience. Dass Selbstbehandlung keine indifferente Angelegenheit sein kann, ergibt sich aus der Frage nach Wirksamkeit und Nebenwirkung einerseits, der Unschädlichkeit und dem Zeitfaktor der Verzögerung wichtiger diagnostischer Schritte durch den Arzt andererseits, rapporte Knoche. Aussi le corps médical a certainement eu une influence dans le bannissement pendant si longtemps — trop longtemps, et toujours opérant — des curricula universitaires pharmaceutiques de toutes les disciplines pouvant faciliter au pharmacien des initiatives dans la médication para-médecin assimilée — sommairement — à l'auto-médication la plus élémentaire. Ce qu'on en a obtenu ce n'est pas sa suppression — irréalisable, je pense — mais, en-dehors d'autres effets déplorable, son maintien à un niveau douteux, si même une statistique du rapport en question concède au pharmacien d'être, par suite de leur «täglichen Erfahrung im «Ratgeben», das sorgfältig sei und seine Zuständigkeit nicht überschreite», le meilleur conseiller en question de santé en-dehors — dieu merci ! — du médecin. Si c'est vrai qu'un homme averti en vaut deux, c'est certainement valable, doublement valable dans le contexte de la médication para-médecin, en particulier, et de l'éducation médicale du public, en général, facteur sans doute essentiel de la lutte contre les abus de toutes sortes dans notre champs de préoccupation ici.

Ceci dit, il serait certainement intéressant et utile d'entendre les différentes modulations du thème par une discussion ultérieure entre les différents concernés,

Fest steht auch, poursuit le rapport Knoche, dass der Arzt durch Versorgung ernsterer Fälle und die Bewältigung neuer Aufgaben stark überlastet, durch in vernünftigem Rahmen praktizierte Selbstbehandlung des Patienten aber entlastet werde. Nicht nur der Arzt spüre diese Entlastung, sondern auch die Krankenkassen.

Selon Lord Julian Burntwood, ehemals Staatssekretär im Departement für Gesundheit und Soziale Wohlfart Grossbritanniens, sind die Kosten für verschriebene Medikamente in Grossbritannien von 1959 bis 1970 um mehr als 100 Prozent gestiegen; der Steigerungstrend hält an. Nicht im gleichen Masse stiegen die Kosten für Selbstmedikation an. Natürlich ist die Selbstmedikation notwendig. Über hundert Millionen Pfund von einem Gesamt von 305 Millionen Pfund an Medizinern werden in England und Wales ausgegeben. Von 1412 Personen, die einem Test unterzogen wurden, hatten 9 % der Erwachsenen und 37 % der Kinder keine Krankheitserscheinungen innerhalb der letzten zwei Wochen. Bei Erwachsenen standen Kopfschmerzen an erster Stelle, selbst bei Leuten, die sich andererseits als gesund bezeichneten; andere Symptome schliessen ein Erkältungen, Husten, allgemeine Schmerzen und Unbehagen, nervliche Depressionen und Erregbarkeit. Nur 16 % konsultierten ihren Arzt. 20 % der Erwachsenen nahmen keine Medizin. Während der zwei Beobachtungswochen nahmen von den Erwachsenen jeder je 2,2 und von den Kindern je 1,1 Präparate zu sich. Nicht verschriebene Präparate waren zweimal sooft eingenommen worden wie ärztlich verschriebene.

La description de ce paysage anglais n'indique nulle conviction de ma part quant au tourisme statistique qui nous intéresse ici. Les points de comparaison méthodologiquement sûrs sont rares et de toute façon peu accessibles. Tel quel les dates précédentes ne sauraient donner lieu à des généralisations instructives, bien sûr; elles ne me semblent pas moins susceptibles d'éclairer certaines de nos réflexions, d'autant plus, peut-être, qu'elles proviennent du pays du National Health Service.

Manche Fragen bleiben unbeantwortet, conclut le rapport Knoche.

Ce n'est certainement pas moi qui le contredirai.

Tout au long de ces propos je me suis efforcé surtout de dresser le cadre dans lequel devrait s'inscrire à mon sens, contre certains préjugés et différentes routines de pensée rencontrées au courant de mon occupation avec le sujet, une réflexion valable sur notre problème. Sur quelques éléments je suis entré plus en détail; peut-être que j'aurais dû m'attacher davantage à ceux-ci. Je pense, cependant, que l'un ne va pas sans l'autre, et même qu'il pouvait être primordial de bien situer — ce que je n'ai pas la prétention d'avoir fait — la généralité du problème dans la mesure précisément où elle risque — nous l'avons vu — d'estomper jusqu'à le rendre indéchiffrable ou incompréhensible le texte d'un problème, à mon avis, tout en nuances. Ces détails nuancés je les attends bien plus — et je les espère — de la discussion ultérieure.

Il s'en suit que je n'ai pas de conclusion et de proposition générales et spectaculaires à tirer, si ce n'est l'exigence d'une conscience éveillée de tous les concernés, bien sûr, mais de ceux surtout en lesquels doivent se rencontrer le plus de responsabilité avec le plus de compétence, fussent-elles par endroit défailtantes puisqu'elles sont celles d'hommes.

Cette conscience éveillée, bien sûr, elle doit être cultivée.

Elle doit être ensemencée par la sensibilisation à des problèmes que la formation initiale ne méprise que trop, à mon sens, en ignorant ou en minimisant contre toute évidence la dimension psycho-sociologique, voire socio-économique, tant de la médecine que de la pharmacie.

Cette conscience doit aussi être alimentée. Elle doit pouvoir s'exercer par et sur une multiplication et systématisation du prélèvement, de la communication et de la discussion scientifiques de données précises et objectives de la part de tous les concernés, dans une orientation pluri- et interdisciplinaire, au-delà des forteresses spéculatives dans lesquelles s'emmurent tant d'intelligences et d'énergies parce

que tels sont les mots d'ordre des vaches sacrées qui dominant l'horizon des uns et des autres.

Il faut se demander si nos Sciences Médicales ne pourraient, ne devraient pas être la serre d'une telle conscientisation.

Bien sûr, il reste comme noyau dur du problème la constatation de Habermas dans son «*Erkenntnis und Interesse*»: Compréhension et intérêt sont des adversaires inégaux — wenn es darauf ankommt, ist das Interesse stärker.

Comment le démentir? Faut-il pour cela changer le monde et les hommes?

Les indications bibliographiques figurent à la suite que je me suis proposé de donner aux précédents développements dans l'espoir de pouvoir y accueillir cette pluralité de voix qu'il était dans l'esprit même de mes réflexions de provoquer, et qui seule fera avancer le problème.

Je ne voudrais cependant pas manquer ici de remercier mes confrères, et particulièrement le Dr. Nicolay, des suggestions et données qu'ils m'ont prodiguées préalablement lors d'une discussion au CSI.

Adresse de l'auteur :  
Puits-Rouge / Grand-rue  
Luxembourg

# Das Ödem

als  
zentrales Problem bei Trauma, Stauung  
und Entzündung

## Spezifisch behandeln!

Venalot<sup>®</sup> aktiviert den enzymatischen  
Abbau von Ödemeiweiß durch Makrophagen,  
fördert die Lymphokinese und wirkt  
antiphlogistisch

# Venalot<sup>®</sup>

löst das Problem, denn es wirkt  
kausal beim lokalisierten Ödem

#### Indikationen:

Variköser Symptomenkomplex, postthrombo-  
phlebitisches Syndrom, Ulcus cruris, Phlebitiden,  
Thrombosen und Thromboseprophylaxe.  
Postischämisches Ödem, Posttraumatische und  
postoperative Ödeme und Wundschmerzen,  
z. B. bei Frakturen, Prolungen, Gesichts- und  
Kieferverletzungen und -operationen.  
Lymphatische Stauungen nach operativen Ein-  
griffen oder/und Strahlentherapie. Mundtrocken-  
heit nach Bestrahlung von Tumoren im Kopf-  
und Halsbereich.

Die Verordnung der Venalot-Präparate in der  
Schwangerschaft ist unter den üblichen  
Vorbehalten möglich.

Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt.  
Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.

#### Zusammensetzung:

1 Kapsel enthält:  
Extr. Melilot. stand. sicc. 25 mg  
(Cumaringehalt 5 mg)  
Rutin 25 mg  
1 Ampulle zu 2 ml enthält:  
Rutinschwefelsäureester-  
Natriumsalz 50 mg  
Extract Melilot. aquos stand. 10 mg  
(Cumaringehalt 3 mg)  
100 ml Liniment enthalten:  
Extr. Melilot. stand. 50,0 ml  
(Cumaringehalt 500 mg)  
Heparin  
Emulsion  
1 Depot-Dragee enthält:  
Cumarin 15 mg  
Troxerutinum 90 mg

#### Handelsformen:

30 Kapseln  
75 Kapseln  
5 Ampullen zu 2 ml  
40 ml Liniment  
70 ml Liniment  
20 Depot-Dragees  
50 Depot-Dragees  
Anstaltspackungen



**Schaper & Brümmer**  
3324 Salzgitter-Ringelheim

Dépôt:

**Pharmacie LEGROS**  
52, Grande-rue, Luxembourg

Pour combattre la fatigue il y a un autre moyen

# Forticine®

Vitamines, aspartates,  
minéraux et oligo-éléments.

**Indications :** Etats de fatigue - surmenage physique et intellectuel - efforts physiques et sportifs - asthénie - maladies infectieuses - convalescence - antibiothérapie - croissance-puberté - asthénie des insuffisances hépatiques - grossesse et allaitement - traitement pré- et post-opératoire - diminution de la vigueur physique et de la capacité de travail intellectuel - gériatrie.

**Posologie :** Au début du traitement les doses seront de 1 à 4 capsules par jour. Comme traitement d'entretien 1 capsule par jour suffira. Les capsules sont à avaler avec un peu d'eau.

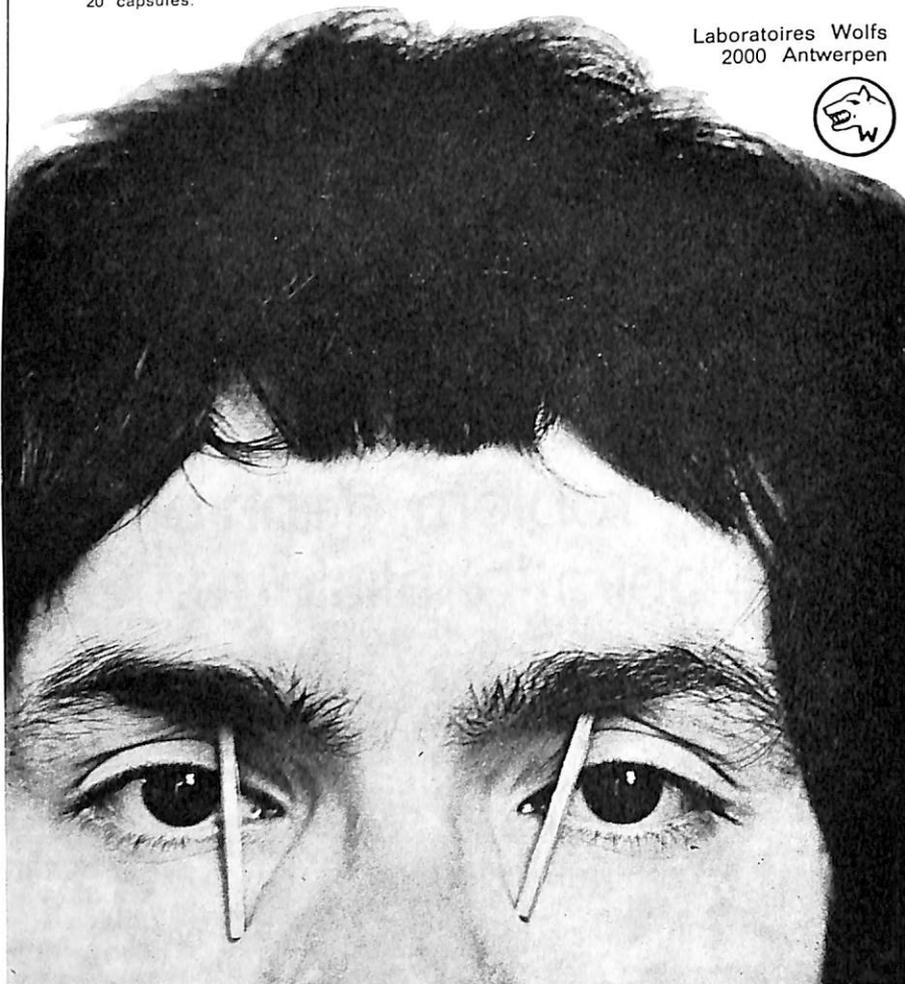
**Formule :** Kal. aspartic. 100 mg - Magnes. aspartic. 100 mg - Adenosin. triphosphoric. 1 mg - Acid. ascorbic. 50 mg - Rutin 5 mg - Vitamin. A 10.000 U.I. - Vitamin. D 1.000 U.I. - Aneurin. Hydrochlor. 9,5 mg - Riboflavin. 5 mg - Pyridoxin. Hydrochlor. 5 mg - Calc. pantothenic. 5 mg - Acid. folic. 0,5 mg -  $\alpha$ -Tocopherol. succinic. 5 mg - Biotin. 0,25 mg - Calc. Magnes. Inosito hexaphosphoric. 50 mg - Ferr. gluconic. 5 mg - Cupr. gluconic. 1 mg - Cobalt gluconic. 0,5 mg - Natrii molybdat. 0,2 mg - Nicot. phosphoric. 0,1 mg - Zinc. gluconic. 1 mg - Mangan. gluconic. 1 mg - Iod. casein. 10 mg - Ac. silicilic. 7 mg - pro caps. gelatin. una cum Titan. dioxyd., lod. cum Amaranth. - Erythrosin. - Tartrazin.

**Validité :** 3 ans à partir de la date de fabrication, qui figure sur l'emballage.

**Conservation :** dans un endroit sec et frais.

**Contre-indications - Effets secondaires - Antidotes :** néant. **Présentation :** Flacon de 20 capsules.

Laboratoires Wolfs  
2000 Antwerpen



«nouveau conditionnement : 30 capsules»



Hand aufs Herz

Symbol für Angina pectoris

Signal für Nitro Mack Retard

**Nitro Mack Retard**

entlastet das koronargefährdete Herz

**Indikationen:**  
Dauertherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen, Angina pectoris, Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt

**Kontraindikationen:**  
Frischer Myokardinfarkt (im Schockstadium), hypotone Kollapszustände, Schock

**Dosierung:**  
Je eine Kapsel morgens und abends unzerkaut einnehmen. Bei schweren Krankheitsbildern alle 6-8 Stunden eine Kapsel

**Zusammensetzung:**  
1 Kapsel enthält 2,5 mg Nitroglycerin in langzeitwirksamer Form

**Handelsformen:**  
OP mit 20 Kapseln  
OP mit 60 Kapseln  
AP mit 200 Kapseln



HEINRICH MACK NACHF.  
chem.-pharm. Fabrik,  
7918 Jilertissen/Bayern

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S. A., Luxembourg

# Lanitop<sup>®</sup>

mannheim boehringer

β-Methyl-Digoxin

**Resorption nahezu vollständig**  
**Abklingquote 22%**  
**Wirkungseintritt per os 5-20 Min.**  
**i.v. 1-4 Min.**

**Bemerkenswert gute Magen-Darm-Verträglichkeit**

## Indikationen:

Alle Formen und Grade der Herzinsuffizienz

Lanitop per os zur Früh- und Dauerbehandlung

bei manifester Herzinsuffizienz  
 aller Schweregrade

bei latenter Herzinsuffizienz  
 (behandlungsbedürftiges Altersherz,  
 Belastungsinsuffizienz)  
 „Lanitop probatorisch“

Lanitop i.v. für die Glykosid-Therapie des akuten kardialen Notfalls

## Dosierung:

Auf Grund der breiten Prüfung in Klinik und Praxis werden folgende Dosierungen empfohlen:

### Sättigungsbehandlung:

täglich 2 x 2 Tabletten Lanitop oder  
 2 x 15 Tropfen Lanitop oder  
 2 x 1 Ampulle Lanitop intravenös  
 je nach Glykosidbedarf über 3-5 Tage.

Die gleiche Dosierung mit anschließender Erhaltungsdosis von 2-3 x 1 Tablette Lanitop über 14-21 Tage empfiehlt sich auch als „Lanitop probatorisch“ zur Erkennung der latenten Herzinsuffizienz ex juvantibus in der Praxis.

### Dauertherapie:

täglich 2-3 x 1 Tablette Lanitop oder  
 2-3 x 7 Tropfen Lanitop  
 je nach Glykosidbedarf.

Falls keine akute Herzinsuffizienz besteht, kann im Gegensatz zu der empfohlenen Sättigungsbehandlung sofort mit der Dauertherapie begonnen werden, denn bei Lanitop wird der Minimalwirkungspegel bereits am 2. Tag überschritten; am 10. Tag sind mehr als 90% des Vollwirkungspegels erreicht.

Die Prüfung ergab, daß in der Praxis mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2 x 1 Tablette Lanitop auskommt.



### Kontraindikationen:

Alle Herzglykoside sind bei Digitalisintoxikation, Hypercalcämie und vor einer Kardioversion kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosid-Therapie bei manifestem Kaliummangel, Störungen der atrio-ventrikulären Erregungsüberleitung und pathologischer Bradykardie – je nach Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosid-Therapie ist von parenteralen Calciumgaben – insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung – abzuraten.

### Hinweise:

Wie bei jeder Digitalis-Therapie können besonders bei Patienten mit Glykosid-Überempfindlichkeit bzw. Störungen des Elektrolythaushaltes Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und entoptische Erscheinungen auftreten. Bei Niereninsuffizienz muß mit einem erniedrigten Glykosid-Bedarf gerechnet werden. Da mit Tierexperimentellen Methoden nicht zu ermitteln ist, ob ein Medikament beim Menschen teratogen wirkt, wird darauf hingewiesen, daß auch die Verordnung

von Lanitop in den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft kritisch abgewogen werden muß.

### Zusammensetzung:

Lanitop<sup>®</sup> 1β-Methyl-Digoxin  
 1 Tablette enthält 0,1 mg  
 1 ml Liquidum (= 45 Tropfen) enthält 0,6 mg  
 15 Tropfen = 2 Tabletten  
 1 Ampulle zu 2 ml enthält 0,2 mg

### Für Ihre Verordnung:

Lanitop  
 OP mit 50 Tabl.  
 OP mit 100 Tabl.  
 AP mit 500 Tabl.

Lanitop Liquidum  
 OP mit 10 ml Liquid.  
 OP mit 20 ml Liquid.  
 AP mit 100 ml Liquid.

Lanitop Ampullen  
 OP mit 5 Ampullen  
 AP mit 25 und 100 Ampullen

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt.

# A propos de rééducation psychomotrice

M. KIEFFER

La Rééducation psychomotrice, qui depuis peu a fêté sa majorité en France est venue naître également au Luxembourg, parallèlement à la Kinésithérapie en quelque sorte.

Et depuis, la Neuropsychiatrie et la Pédiatrie ,par leur parrainage lui ont permis de grandir. Mais cette nouvelle venue parmi les thérapies, semble encore mal connue, ce qui nous amène à cette brève présentation.

La Rééducation Psychomotrice est une thérapeutique originale neurophysiologique dans sa technique, psychologique dans son but. Elle est destinée à agir par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales perturbées. Partant du versant moteur et corporel, elle se propose d'agir sur le psychisme, afin de permettre au sujet une meilleure adaptation. La personnalité de celui-ci s'affirme d'autant plus facilement qu'il connaît mieux son corps et l'accepte plus volontiers.

C'est sur cette conception que repose l'enseignement proposé en Faculté de Médecine au futur Rééducateur.

Cet enseignement comporte pour le côté théorique :  
l'anatomie générale, la neuroanatomie  
la physiologie, la psychologie  
la neurologie, la pédiopsychiatrie et la psychiatrie

L'enseignement pratique est destiné à faire prendre conscience de l'importance de la connaissance de son propre corps, et se base sur :

l'éducation physique générale et corrective

l'entraînement sportif, l'éducation rythmique et musicale,

le contrôle respiratoire, la relaxation et toutes les techniques d'expression gestuelle en passant par le mime, la danse et les arts martiaux de l'Orient.

La Psychomotricité se base sur le concept d'unité dont JANET dit : «L'homme ne pense pas seulement avec son cerveau, mais avec son corps tout entier, et il y a interrelation étroite entre affectivité et armature tonique.»

Partant de ce concept d'unité, MICHAUX, qui en France est avec HEUYER l'un des pères de la Psychomotricité, voit les indications larges :

«Les indications vont des troubles purement moteurs comme les retards psychomoteurs, l'immatunité, la débilité motrice, l'instabilité psychomotrice, à des troubles plus précis comme ceux de dominance latérale et de structuration spatio-temporelle entraînant des troubles du langage oral et écrit, jusqu'aux perturbations de l'intégration mentale et de l'affectivité ainsi que de leurs conséquences.»

Les méthodes qui sont à disposition des Rééducateurs sont nombreuses, elles sont toutes basées sur le mouvement et la détente, puisque l'approche corporelle caractérise la Rééducation Psychomotrice.

En face de l'enfant aussi bien que de l'adulte ces méthodes font très souvent appel au rythme et donc parfois à la musique dont le pouvoir affectif est incontesté.

Les méthodes «d'activation» sont très variées et se basent toutes sur l'expression par le mouvement. Les détailler ici nous mènerait trop loin et aucune expli-

cation écrite ne vaudrait d'ailleurs un quart d'heure de participation active à un échantillon de ces méthodes qu'il faut vivre puisqu'il s'agit de proposer le dialogue gestuel.

La Rééducation Psychomotrice cherchant à établir un équilibre entre les phases d'activité et de détente, les secondes méthodes sont donc celles de relaxation. Parmi les méthodes classiques de relaxation la plus connue est certainement la «training autogène» de J. H. SCHULTZ. Cette méthode, appliquée selon les règles conçues par son auteur, n'est pas spécialement du domaine de la Rééducation Psychomotrice, à moins d'une constante et très étroite collaboration avec le Psychiatre-Psychanalyste, qui de toute façon est toute à fait souhaitable également pour les autres méthodes, et tout autant d'ailleurs avec le médecin généraliste.

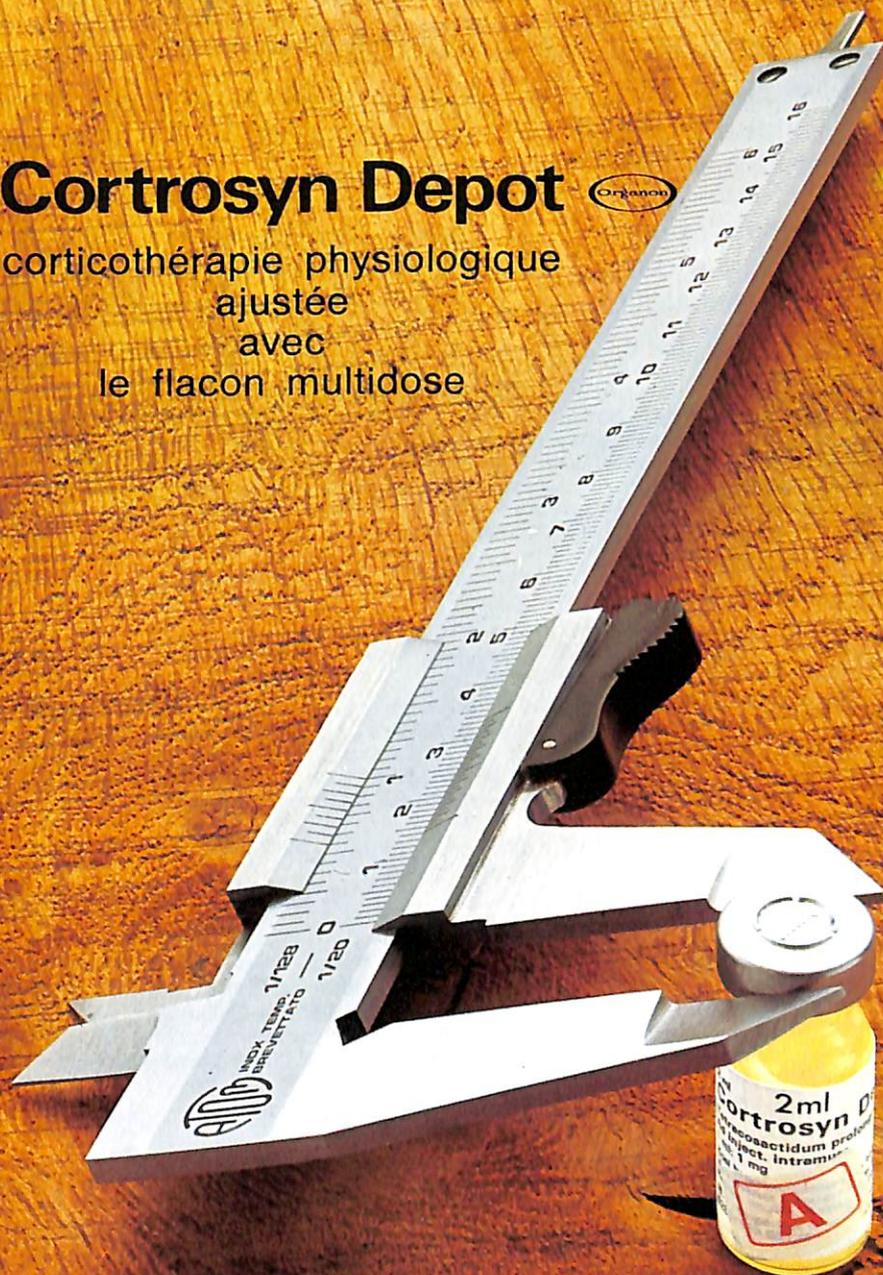
Les méthodes de relaxation appliquées sont celles à point de départ périphérique. La plus classique étant celle de E. JACOBSON. D'autres, dont les méthodes de G. ALEXANDER, JARREAU et KLOTZ, et même AJURIAGUERRA et LEMAIRE, se basent également sur une prise de conscience des contractions et l'évolution vers une psychanalyse, qui est toujours assumée par le psychiatre-psychanalyste, n'est pas à exclure mais n'est pas du tout le but du traitement, et d'ailleurs ne se fait pas dans la grande majorité des cas. Leur but est d'abord et surtout d'obtenir une diminution de l'activité tonique de repos et d'utiliser cet effet pour réduire l'excitabilité cérébrale.

Le champ des indications possibles de ces méthodes de relaxation s'ouvre en dehors du domaine de la neuropsychiatrie également à la médecine psychosomatique. Il s'étend à la cardiologie, la gastro-entérologie, à la gynécologie, à la dermatologie, et on voit à l'heure actuelle se dessiner un courant d'opinion qui préconise l'usage de ces méthodes à titre prophylactique, en pathologie du travail par exemple et en médecine sportive.

# Cortrosyn Depot

Organon

corticothérapie physiologique  
ajustée  
avec  
le flacon multidose



## Avantages du Cortrosyn Depot sur les corticostéroïdes

### Activité thérapeutique

début d'action rapide  
effet thérapeutique prolongé  
activité stable tout au long  
du traitement  
large spectre d'indications  
maintien de l'activité dans  
des cas cortico-résistants

### Moins d'effets secondaires

aucune inhibition surrénalienne  
effet catabolisant peu marqué  
aucun ralentissement de la  
croissance staturale  
risque négligeable de troubles  
gastro-intestinaux  
aucun phénomène de sevrage

### Cortrosyn Depot

Tétracosactide sous forme retard.

**INDICATIONS** - Presque toutes les indications des glucocorticostéroïdes. Maladies du collagène et P.C.E.; asthme bronchique, état de mal asthmatique, etc., érythème exsudatif polymorphe, épidermolyse bulleuse, pemphigus, etc., stades terminaux des cancers (traitement palliatif); colite ulcéreuse, maladie de Hashimoto, anémie hémolytique et autres maladies qui sont peut-être d'origine auto-immunologique; stimulation intermittente de la corticosurrénale pendant et aussi après traitement par des corticostéroïdes afin de prévenir une atrophie de la surrénale ou d'en rétablir le fonctionnement; pour certaines épreuves fonctionnelles de la corticosurrénale.

**CONTRE-INDICATIONS** - Syndrome de Cushing; maladies virales qui ne répondent pas à un traitement spécifique, e.a. l'herpès ophtalmique. Grossesse, surtout pendant les premiers mois (n'administrer qu'en cas de grande urgence).

**EFFETS SECONDAIRES** - Risques de sensibilisation extrêmement faibles. En cas de réaction d'hypersensibilité, arrêter le traitement. Signes de surdosage : apparition d'œdème et d'hypertension malgré un régime pauvre en chlorure de sodium et riche en potassium; survenue d'une glucosurie; faciès lunaire et apparition de vergetures. Ce traitement peut également masquer un ulcère gastro-duodénal; il existe des risques d'ostéoporose et d'augmentation du catabolisme protidique.

**POSOLOGIE** - Adultes 1 mg/jour (1 ml). Enfants de 6 à 12 ans : 0,5 mg/jour (0,5 ml). Enfants jusqu'à 6 ans : 0,25 mg/jour (0,25 ml).

**MODE D'ADMINISTRATION** - Voie i.m.

**MODE D'EMPLOI** - Agiter le flacon avant l'emploi.

**PRECAUTIONS** - L'administration de cette préparation peut masquer les manifestations d'une maladie intercurrente; les infections doivent être traitées préalablement, ou bien il faut administrer un antibiotique approprié en cours de traitement. Chez les diabétiques traités par le Cortrosyn Depot, il faut tenir compte d'une augmentation du besoin en insuline. L'influence sur le métabolisme du glucose peut également rendre un diabète sucré manifeste chez des malades qui y étaient prédisposés.

**CONSERVATION** - Conserver au frais.

**VALIDITE** - Validité jusqu'à la date indiquée sur l'emballage.

**FORMULE** - R/Tetracosactid. 1 mg - Zinci chlorid. (corresp. zincum 2,5 mg) - Alcoh. benzylic. - Dinatr. phosphas. - Natr. chlorid. - Natr. hydroxyd. q.s. ad pH 8,4 - Aq. destill. q.s. 1 ml (lagna continens 2 ml).

**PRESENTATIONS** - 1 et 5 flacons de 2 ml à 1 mg par ml



Organon belge s.a., avenue Marnix 13, 1050 Bruxelles.

## BIBLIOGRAPHIE

**Ajuriaguerra J. de** : Thérapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique. Presse méd. 1953 3.

**Ajuriaguerra J. de et Cahen M.** : Tonus corporel et relation avec autrui. Revue de psycho-somatique 1960.

**Durand de Bousingen R.** : La relaxation. P.U.F.

**Heuyer G.** : Introduction à la Psychiatrie Infantile. P.U.F.

**Jacobson E.** : Progressive relaxation. Chicago University Press.

**Lemaire J. G.** : La relaxation. Payot. Petite Bibl. P.

**Michaux L. et Duché D. J.** : L'enfant inadapté. Doin.

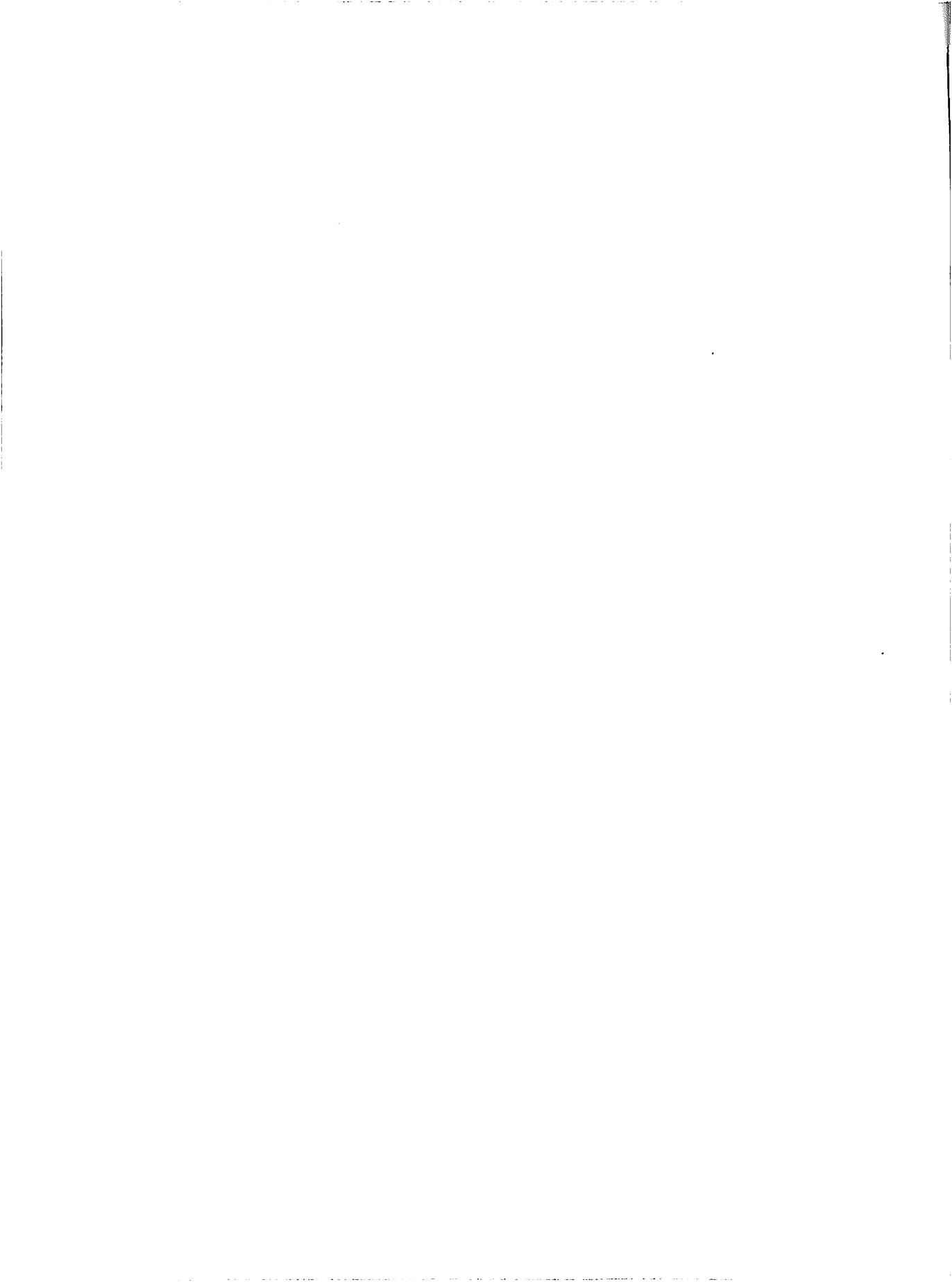
**Michaux L.** : Psychiatrie Infantile. P.U.F.

**Michaux L., Widlocher D. et Wintbert H.** : Techniques et indications des méthodes de relaxation chez l'enfant. Entretiens de Bichat. 1962.

**Schultz J. H.** : Le training autogène. P.U.F.

Adresse de l'auteur :

Michel KIEFFER  
15, av. de la Fayencerie  
Luxembourg



# ABBOTICINE®

**l'antibiotique  
conçu  
pour les jeunes**



**peut être  
croqué ou avalé**

# ABBOTICINE®

**l'antibiotique conçu pour les jeunes**

ABBOTICINE (éthylsuccinate d'érythromycine) est une présentation d'érythromycine sous forme de comprimés à croquer ou à avaler, aromatisés à la cerise. Elle est prévue spécialement pour l'usage infantile mais peut être également administrée aux adultes et personnes âgées.

## INDICATIONS

Toutes les infections dues à des germes sensibles à l'érythromycine : cocci gram-positifs (staphylocoques, pneumocoques, streptocoques) ainsi que d'autres micro-organismes pathogènes (corynebacterium, haemophilus, clostridium, neisseria, treponema, les virus du trachome et de la maladie de Nicolas et Favre).

D'autre part Abboticine donne d'excellents résultats dans le traitement de la pneumonie atypique provoquée par *Mycoplasma pneumoniae*.

## POSOLOGIE HABITUELLE

Enfants : 30 à 50 mg/kg/24 heures en prises fractionnées.

Adultes : 1 à 2 g/24 heures.

## EFFETS SECONDAIRES

Bénins et exceptionnels.

Des réactions allergiques bénignes peuvent apparaître rarement.

De légers désordres gastro-intestinaux sont possibles.

## CONTRE-INDICATIONS

Patients reconnus hypersensibles à cet antibiotique.

## DURÉE DE VALIDITÉ

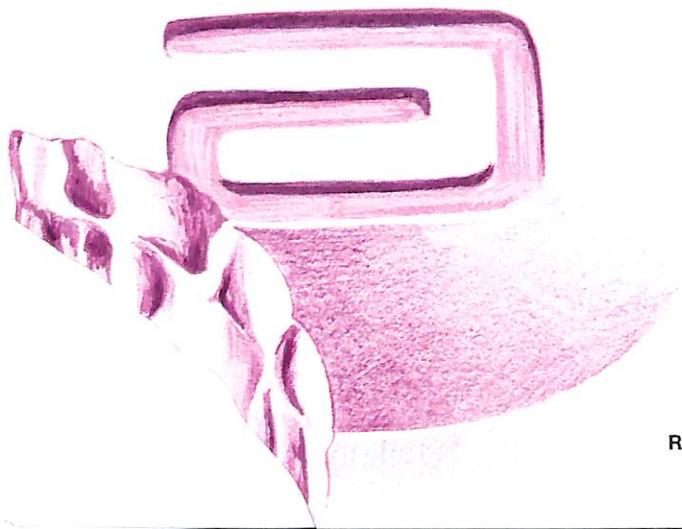
24 mois.

## PRÉSENTATION

Flacons de 16 comprimés sécables dosés à 200 mg (n° 6279).

## FORMULE

Erythromycini aethylsuccinas (= 200 mg erythromycinum) - Natrii citras - Amberlite - Natrii orthosulfimid. benzoas - Magnesii stearas - Cerasi nigr. ess. (Dér. 42/50) - Erythrosin. - Mannitol q.s. pro compr. uno.



**peut être  
croqué  
ou avalé**

ABBOTT S.A.  
Rue Defacqz 115 - 1050 Bruxelles



**Des noms devenus symboles**

---

**LENIDOL** pommade

---

**OPTIDASE**

---

**SANDRIX**

---

**THIOMUCASE**

---

**VISCERALGINE**

---

**FRAGONAL**

---

**MUCITUX**

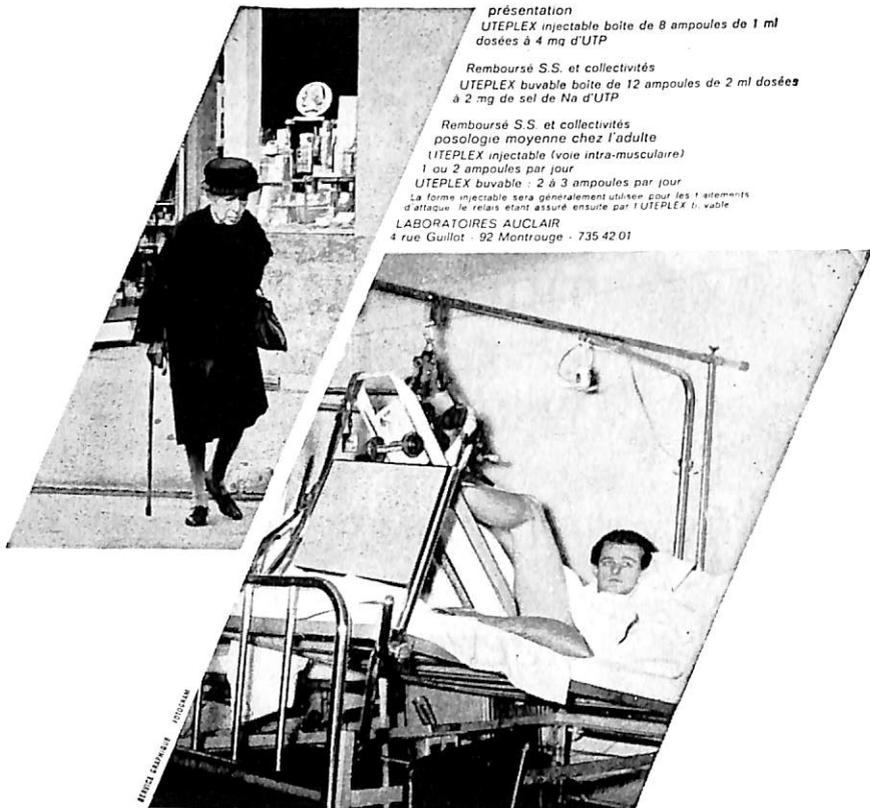
---

**SANDERS s. a.**

Département Pharmaceutique  
Bruxelles

# uteplex

atrophies musculaires post-lésionnelles  
syndromes musculaires dégénératifs  
syndromes involutifs de 3<sup>e</sup> 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

Littérature et échantillon à demander au  
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.

# acidrine

antialgique  
et antispasmodique  
antipeptique  
antiacide tampon



## Indications

Gastrites  
Ulcères gastro-duodénaux  
Hernies hiatales  
Reflux gastro-œsophagiens  
Œsophagites  
Pyrosis de la grossesse  
Gastralgies médicamenteuses  
Brûlures  
Crampes

## Posologie

3 à 6 comprimés par jour ou plus  
selon la nature et l'importance  
de l'affection :  
croquer 1 à 2 comprimés  
avant chacun des 3 repas et,  
éventuellement, 1 à 2 comprimés  
supplémentaires au moment  
des douleurs et au coucher

## Présentation

Boîte de 40 comprimés  
sous emballage individuel

### Formule

Lauryl sulfate de diéthylamino-éthoxyéthyl-2 diméthyl-6,6 bicyclo-(3, 1, 1) heptène-2* (ou lauryl sulfate de nopoxamine) .....	0,0025 g
Amino acétate basique d'aluminium .....	0,250 g
Sulfate de galactane .....	0,200 g
Excipient .....	q.s.p. un comprimé terminé à 1,50 g

\* Dénomination commune : myrtécaïne (lauryl sulfate)

LATEMA  
11 bis, rue Balzac - Paris 8<sup>e</sup>

Ets. HERMAN-LABOR  
33, Av. de Roodebeek - Bruxelles 4

# Circulation cérébrale et métabolisme des neurones

Information Sandoz

Trois critères essentiels de la fonction du cerveau	Valeurs moyennes normales (1)	Valeurs chez les vasculaires (1)	Variations sous Hydergine (1)
La consommation en oxygène des neurones 	3,32 cm <sup>3</sup> par min., pour 100 g de tissu cérébral	2,23 -33%	+34%
La résistance vasculaire cérébrale 	1,8 en mm de Hg par ml	3,18 +43%	-35,5%
Le débit sanguin cérébral 	54 cm <sup>3</sup> par min., pour 100 g de tissu cérébral	36,3 -33%	+46,5%

## L'Hydergine<sup>®</sup>rompt ce cercle vicieux

Dans les troubles circulatoires liés à l'artériosclérose il est évidemment impossible de dilater les artères sclérosées. On peut, par contre, augmenter la vitesse du courant sanguin en abaissant la résistance exercée par le réseau des capillaires. Les capillaires ne possédant pas de motricité propre, leur résistance dépend en premier lieu du métabolisme ambiant.

L'Hydergine agit directement sur le métabolisme des neurones (stimulation de la monoamine-oxydase et de la succinyl-déshydrogénase - diminution de l'activité de la phosphatase alcaline).

En conséquence, l'Hydergine abaisse la résistance capillaire, augmente le débit sanguin cérébral, améliore l'emploi du glucose et de l'oxygène.

Ainsi, malgré l'artériosclérose, les symptômes régressent:

vertiges,  
maux de tête,  
troubles de la mémoire.  
humeur dépressive.

## L'Hydergine<sup>®</sup> agit

Plus de 20 études rigoureusement contrôlées en témoignent. Notamment celles-ci:

En France : Bargheon J.: Etude en double insu de l'Hydergine<sup>®</sup> chez le sujet âgé. *La Nouvelle Presse Médicale*, 1973

Aux Etats-Unis : Rosen H.J., *Dover General Hospital*, New Jersey : Management of the Symptoms of Aging in an Office Practice Setting, 1973

Rao D.B. et Norris J.R.: Treatment of Cerebrovascular Insufficiency in the Elderly, *The Johns Hopkins Medical Journal*, May 1972

En Allemagne : Grill P., Broicher H.: *Zur Therapie der zerebralen Insuffizienz*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1969

En Angleterre : McConnachie R.W.: A clinical trial comparing »Hydergine« with placebo in the treatment of cerebrovascular insufficiency in elderly patients. *Current Medical Research and Opinion*, 1973

En Suisse : Roubicek J., Felix-Platter-Spitzer und Kantonsspital, Basel. Hydergine in geriatric therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1972

En nous retournant le coupon ci-dessous vous pouvez obtenir une information de base sur les «Récents résultats d'études cliniques et clinico-expérimentales» en rapport avec l'Hydergine. Notre service d'information médicale est d'autre part à votre entière disposition. Prenez contact.

## Hydergine<sup>®</sup> - Activateur du métabolisme cérébral

Posologie: 1 comprimé à 1,5 mg ou 30 gouttes 3 fois par jour pendant 3 mois. Composition: association à parties égales des méthanesulfonates de dihydroergocormine, dihydroergokryptine et dihydroergocristine (ad 1,5 mg).  
Présentation: solution-gouttes (20 gouttes = 1,0 mg = 1,0 ml): 15, 50 et 100 ml; comprimés (1,5 mg): 30 et 100. Toutes les formes sont admises par les caisses-maladie. Contre-indication: aucune connue.

1. D'après: Géraud J. et coll.: *Rev. Neurol.* 108, 542 (1963)  
Heyck H.: *Ärztl. Forsch.* 15, 243 (1961)  
Emmenegger H., Meier-Ruge W.: *Pharmacology* 1, 65 (1968)

**Hydergine<sup>®</sup> pour garder  
la tête claire.**

## La relation métabolique neurone-capillaire

La recherche fondamentale veut comprendre les liens qui unissent le métabolisme des neurones et la microcirculation cérébrale. Ses dernières découvertes permettent une nouvelle approche de la relation neurone-capillaire.

## Un intermédiaire indispensable pour la nutrition du neurone

Trois acteurs principaux assurent le fonctionnement de cette dynamique: le neurone, le capillaire et, entre eux deux, l'astrocyte, intermédiaire obligatoire.

Les astrocytes sont essentiels pour la relation neurone-capillaire. Ils recouvrent les 85 à 90% de la paroi des capillaires; leurs ramifications entourent également une grande partie de la surface des neurones. Les capillaires cérébraux apportent les glucides et protéides nécessaires à l'activité neuronale.

## Le cercle vicieux

Lorsque l'activité métabolique du neurone décroît, les glucides et les protéides non utilisés s'accumulent dans l'astrocyte: sa pression osmotique augmente. (1)

Il en résulte une pression accrue des pédoncules astrocytaires sur les capillaires. La résistance capillaire augmente à son tour et le débit sanguin cérébral diminue. Cette diminution du débit aggrave la perturbation métabolique des neurones. C'est le cercle vicieux.



# *Dismenol*<sup>®</sup>

Zur gezielten Therapie  
der Dysmenorrhoe  
durch Spasmolyse im Genitaltrakt  
und zuverlässige Analgesie

---

Zusammensetzung:	1 Tablette enthält Parasulfamidobenzoessäure Aminophenazon	0,05 g 0,25 g
Indikationen:	Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur	
Kontraindikation:	Akute intermittierende Porphyrie	
Nebenwirkungen:	Wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt	
Dosierung:	2- bis 3mal täglich eine Tablette	
Packungen:	Röhrchen zu 15 Tabletten	

---

AGPHARM AG LUZERN

PROPHAC S.A.R.L. Luxembourg



LABORATOIRES HAUSMANN S.A., ST. GALL

EURHYTON®

Activation ergotrope

des fonctions

cardiaque et circulatoire

La seule préparation standardisée de crataegus à très faible toxicité et marge thérapeutique étendue

Flacon à 30 cc

40 dragées

ADMIS PAR LES  
CAISSES-MALADIE

PROPHAC Luxembourg - Boîte postale 2063 - Téléphone 48 24 82

