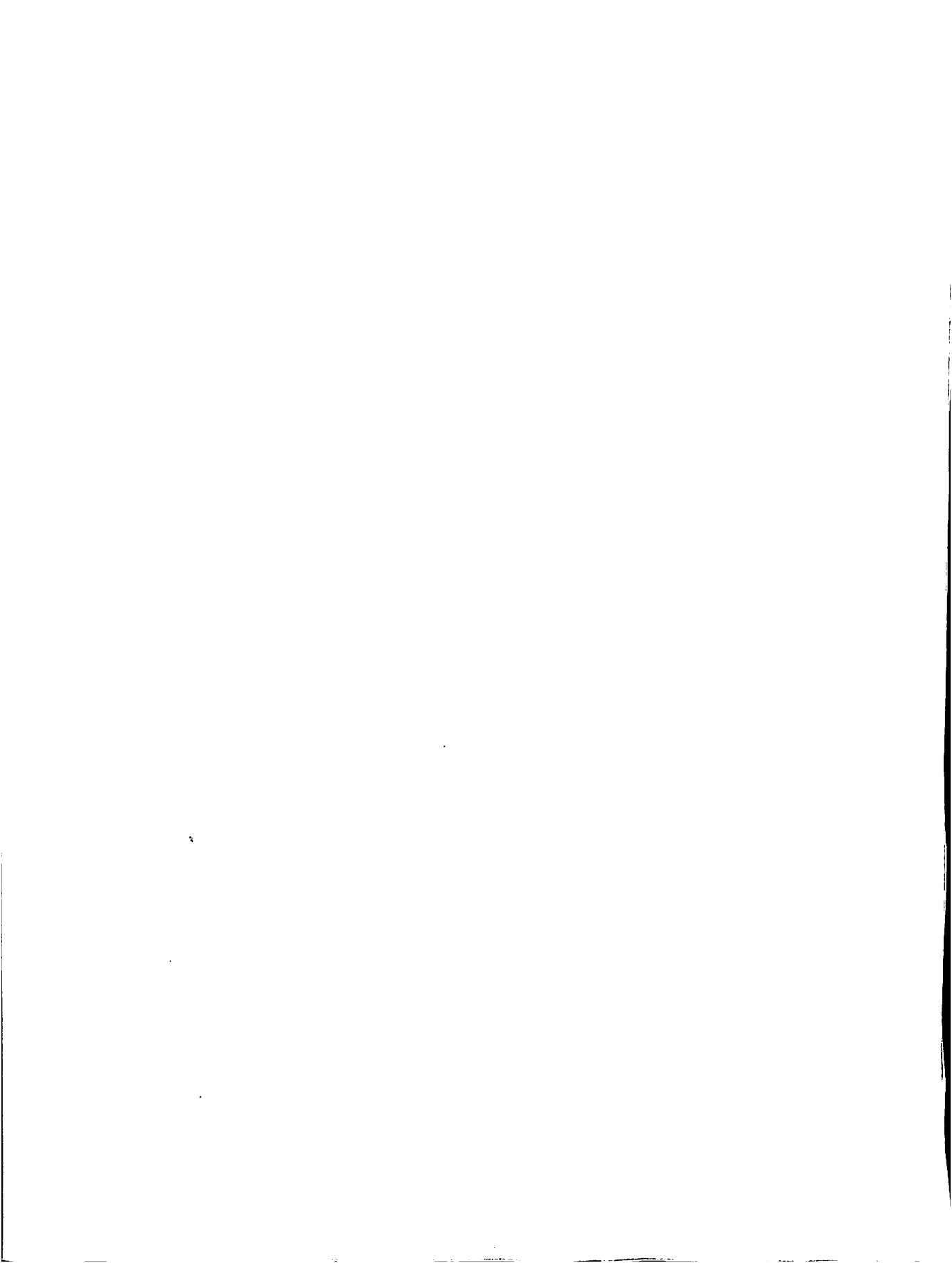


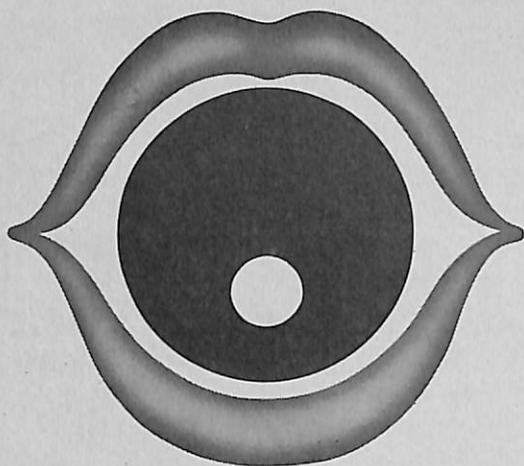
BULLETIN

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

N° 2

1979 - 116^e année





Rötung
Schwellung
Schmerz
ein Hals für
imposit[®]

Jetzt als
handliche
Durchstück
Packung

ZUSAMMENSETZUNG

1 Tablette enthält

| | |
|-------------------------------|--------|
| Gramicidin | 0,3 mg |
| Cetylpyridiniumchlorid | 2,0 mg |
| 2,4-Dichlorbenzylalkohol | 2,0 mg |
| p-Aminobenzoessäureäthylester | 2,0 mg |

INDIKATIONEN

Bei infektiös-entzündlichen Erkrankungen des Mund-, Hals- und Rachenraumes: Stomatitis, Soor, Gingivitis, Angina tonsillaris und Pharyngitis.

Zur Nachbehandlung operativer Eingriffe im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich sowie bei bakteriellen Sekundärinfektionen im Verlauf einer Virusgrippe.

KONTRAINDIKATIONEN

Bisher nicht bekannt.

DOSIERUNG

Tagsüber alle 2 Stunden 1 Tablette im Mund langsam zergehen lassen. Bei Kindern genügt die Einnahme von täglich 4 Tabletten.

Tabletten nicht kauen, nicht schlucken.

HINWEIS

Bei magenempfindlichen Patienten können gelegentlich Beschwerden wie z. B. Übelkeit auftreten. Meist genügt dann eine Verringerung der Dosis.

HANDELSFORMEN

O.P. mit 24 Tabletten



BULLETIN

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

N° 2

1979 - 116^e 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. H. Metz |
| Secrétaire Général | Dr. J. Neuen |
| Membres | Dr. A. Betz, Dr. V. Conzémus, Dr. M.-A. Dicato, M. P. Hippert, Dr. G. Kayser, Dr. R. Koppes, Dr. M. Schroeder. |

Bulletin de la Société des Sciences Médicales :

| | |
|-----------------------------|--|
| Administration et Publicité | Dr. J. Neuen, Secrétaire Général 3, rue Conrad 1 ^{er} , Luxembourg |
| Rédaction | Dr. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef Centre Hospitalier de Luxembourg 4, rue Barblé, Luxembourg |

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

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

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

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

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

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

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

Copyright 1979 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Sommaire

| | |
|--|-----|
| Hypoglycémie réactionnelle du diabète chimique : Exploration en continu de la glycémie de l'insulinémie et des taux de l'hormone de croissance F. COLLARD | 191 |
| Enquête sur le tabagisme chez les enseignants V. GOLLI | 205 |
| Profil du cycle menstruel ovulatoire sous l'influence de Progestasert et de Cu-T J. HARY, W. RINDT | 217 |
| Enquête sur les périodiques médicaux au Luxembourg J. KLINCKER, M. DICATO | 225 |
| Quelques causes rares d'occlusion mécanique de l'intestin grêle chez l'adulte Ph. POIVRET, F. OGORZALY, R. BENICHOUX | 231 |
| Une forme d'hématorachis : l'hématome extra-dural spontané A. VANNINEUSE | 235 |
| Editorial : Le «Bulletin» M. DICATO | 239 |
| Mise en point : Hémoglobine A _{1c} et contrôle de la glycémie M. DICATO | 241 |
| Assemblée générale ordinaire de la Société des Sciences Médicales du Grand- Duché de Luxembourg | 243 |
| Livres et périodiques | 247 |

ultra-levure

■ Prophylaxie et traitement des accidents
des antibiotiques

■ Diarrhées — Colites — Entérocolites

Laboratoires BIOCDEX, 19, rue Barbès, 92120 MONTROUGE, Tél. : 656-67-89

gélules

MICROBIOTHÉRAPIE

Forme lyophilisée Saccharomyces
Bouardii 17, 1 milliard de germes vivants
par gélule.

Posologie et mode d'emploi :
Ingérer 1 à 4 gélules par jour

Concessionnaire
au Grand-Duché de Luxembourg
Établissements HANFF Frères
LUXEMBOURG

Nomenclature des Laboratoires et Firmes

ayant annoncé dans le présent numéro

Biocodex

Boehringer Ingelheim

Bournonville & Fils

Byk Belga S. A.

S. A. Ciba-Geigy N.V.

Coles S. A.

Cochard S. A.

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Mack, Heumann,

Continental Pharma

Essex Belgium

Hoechst Belgium

Integral S. A., Luxembourg

Blendax Belgium, Madaus, Zwintscher, Tropon-Werke

Janssen Pharmaceutica

Milupa S. A.

Mustermöbel S. A.

Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains

Pfizer S. A.

Prophac, Luxembourg

Boehringer, Fabre, Lepetit, Rentschler

Roussel S. A.

Sandoz A. G.

Schaper & Brümmer

Laboratoires S.M.B.

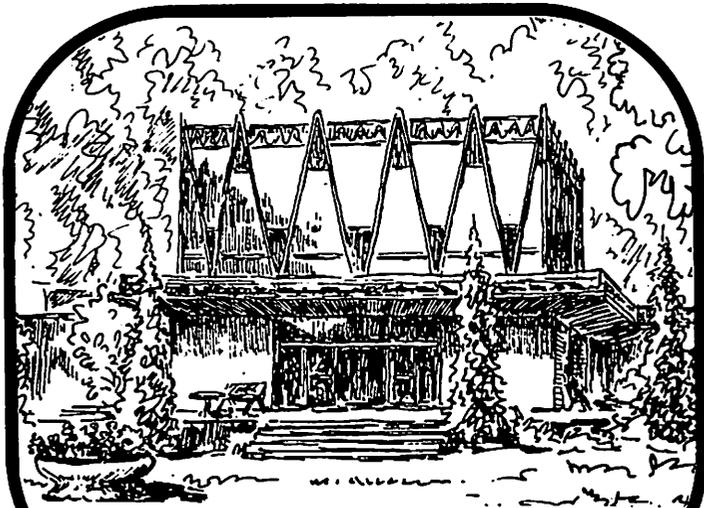
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale

S. A. Thérapeutica

Etablissements Thiwissen

Union Chimique Belge

Will Pharma



Mondorf- les-Bains

Grand-Duché de Luxembourg

La seule station hépatique
du Benelux

Indications:

Séquelles d'hépatites,

Lithiase biliaire,

Maladies de la nutrition,

(hypercholestérolémie, goutte)

Rhumatismes, Voies respiratoires.

Centre de réhabilitation physique
et de rééducation respiratoire

Service diététique

affecté à l'institut médical

Ouvert toute l'année. Information:

Mondorf-Etat- Tél. 67011

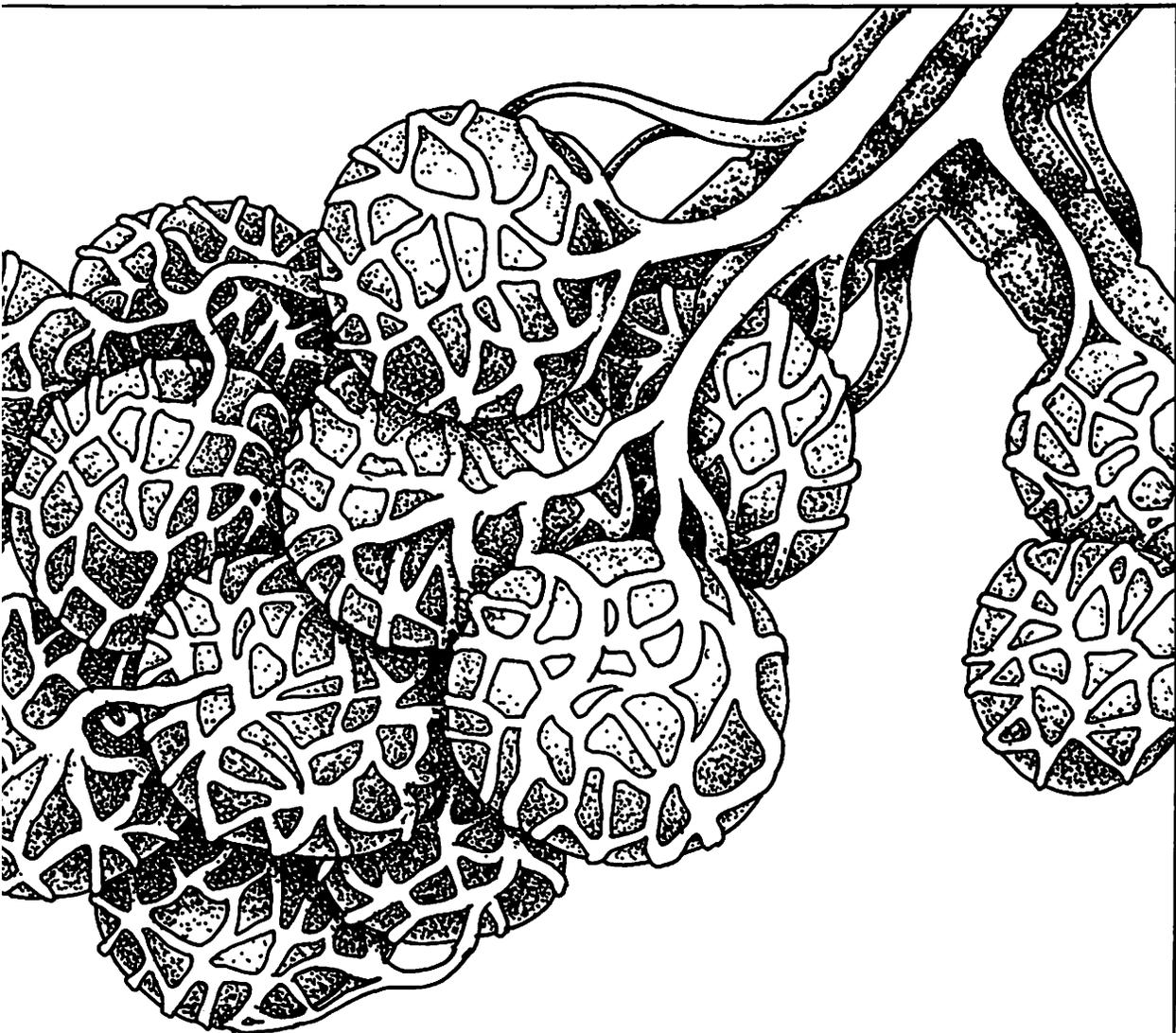


ALDECIN[®]
CELESTONE[®]
DIPROSONE[®]
GEOMYCINE[®]
HYPERSTAT[®]
PERMITIL[®]
POLARAMINE[®]
RINAFORT[®]
SEVINOL[®]
SISMINE[®]
TRILAFON[®]



N.V. ESSEX (Belgium)
subsidiary of Schering Corporation USA

163, av. de la Couronne - Kroonlaan, 163
BRUXELLES 1050 BRUSSEL



VIBRAMYCINE[®]

doxycycline



Département pharmaceutique. - Rue Léon Theodor 102 - 1090 Bruxelles - Tél. 02/426.49.20.

Da

glibenclamide

mil[®]



Hoechst



Hypoglycémie réactionnelle du diabète chimique:

Exploration en continu de la glycémie, de l'insulinémie et des taux de l'hormone de croissance

FRANÇOIS COLLARD *

INTRODUCTION

L'enregistrement en continu de la glycémie est le seul moyen pour détecter à coup sûr une hypoglycémie réactionnelle, qu'elle soit biologique ou clinique (1). Combiner cette méthode d'investigation avec une technique de prélèvement de sang veineux par aspiration en continu et à débit constant pour le dosage des paramètres à fluctuations rapides comme l'insuline et l'hormone de croissance (2, 3), nous a semblé extrêmement intéressant pour préciser les relations existant entre ces différents paramètres. Associées, les deux méthodes garantissent un nombre plus important de renseignements précis, et assurent une meilleure comparabilité de ces résultats tout en évitant une schématisation trop importante de certains phénomènes biologiques. Notre but était en particulier de vérifier si l'hypoglycémie réactionnelle est effectivement due à un pic tardif de l'insulinémie (4) ou à une insulinosécrétion retardée excessive (5, 6, 7), sinon, de visualiser dans leur intégralité les courbes en continu afin de dégager les particularités du diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle par référence à un groupe de témoins.

CHOIX DES MALADES ET METHODE

La présente étude ne considère que les hypoglycémies réactionnelles de type dit «diabète chimique». Les 9 malades analysés présentent après charge orale en glucose une hyperglycémie plus ou moins franche suivie d'une hypoglycémie biologique accompagnée

* travail réalisé à la Clinique des Maladies métaboliques et endocriniennes du C.H.U. de Montpellier

dans tous les cas de signes cliniques plus ou moins prononcés. Il s'agit donc bien de cas de **diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle**.

Après un régime normoglycémique de quelques jours et après un jeûne nocturne, les sujets à analyser sont soumis à une charge orale en glucose à raison de 45 g par m² de surface corporelle. La glycémie est enregistrée en continu sur Auto-analyseur Technicon (1) et dosée par la méthode de Hoffmann (8). Parallèlement sont prélevés par aspiration continue et à débit constant des échantillons de sang veineux par fractions de 6 en 6 minutes pour le dosage de l'insulinémie et de l'hormone de croissance. Cette technique a été mise au point chez le chien (2, 3). L'examen complet s'étend sur une durée de 5 heures au moins.

Un groupe de 7 sujets témoins, tous étudiants hospitaliers âgés de 20 à 30 ans, sont examinés dans des conditions strictement identiques. Les témoins sont tous en bonne santé, de poids normal et ne présentent en aucun cas des antécédents familiaux de diabète sucré.

PARAMETRES ANALYSES

— **Paramètres glycémiques** : sur les courbes intégrales sont analysés en particulier la glycémie de jeûne ou de départ (Go), la glycémie maximum vraie (Gmax), la glycémie minimum vraie (Gmin), le moment précis de ces glycémies (T Gmax, T Gmin), les vitesses d'ascension ou de descente glycémiques moyennes après la charge orale en glucose (VAGMO, VDGMO), la somme des glycémies aux temps 0', 60', 120' et 180' minutes (ΣG).

— **Paramètres hormonaux** : L'insuline (9) et l'hormone de croissance (10) sont dosées sur des échantillons sanguins multiples (de 6 en 6 min.) obtenus par aspiration en continu à débit constant; ont été calculés également le rapport I/G et Δ Insulinémie (différence entre l'insuliné-

mie initiale et les niveaux insulinémiques aux différents prélèvements.

RESULTATS

Le tableau 1 représente les résultats des deux groupes de sujets étudiés. Sous chaque paramètre concernant la courbe glycémique figurent les normalités d'enregistrement en continu.

Il existe une **différence d'âge** nette entre nos deux groupes de comparaison, les témoins étant significativement plus jeunes. Cette différence est cependant de peu de conséquence étant donné qu'une étude sur l'HGPO en enregistrement continu a montré que les courbes ne se différencient en fonction de l'âge que dans la tranche de 40 à 50 ans (11). En définitive, il importe dans cette étude que le groupe de référence soit le plus normal possible au point de vue métabolisme glucidique.

La **glycémie de départ** ou **glycémie de jeûne** est sensiblement pareille dans les deux groupes, elle n'est que légèrement plus importante dans le diabète chimique. Après la charge glucosée, la glycémie maximum est significativement plus élevée ($p < 0,001$) et la glycémie minimum significativement plus basse ($p < 0,01$) dans le groupe des sujets avec diabète chimique et hypoglycémie réactionnelle. Le **temps de la glycémie maximum** étant identique dans les deux groupes, la **vitesse d'ascension glycémique moyenne** est nettement accélérée chez les diabétiques ($p < 0,001$). Le **temps de retour à la glycémie de départ** étant plus court dans le groupe avec hypoglycémie réactionnelle, la **vitesse de descente glycémique moyenne** est aussi significativement accélérée. La rapidité de VAGMO et VDGMO est illustrée par la figure 1 qui représente les pentes ascendante et descendante moyennes calculées à partir de la glycémie maximum. La **somme des glycémies** (ΣG) des sujets témoins confirme l'absence de troubles du métabolisme glucidique dans

ce groupe. Ce même paramètre est significativement plus élevé et même pathologique dans le groupe de comparaison.

La figure 2 représente les courbes glycémiques moyennes en enregistrement continu pour les deux groupes, ainsi que les tracés d'insulinémie et des taux de l'hormone de croissance (pour le groupe avec diabète chimique seulement) obtenus par dosages multiples sur prélèvements par aspiration en continu de 6 en 6 minutes. Au départ il n'existe pas de différence glycémique. Dès la charge glucosée les 2 courbes se différencient. La **courbe glycémique moyenne des témoins** représente la courbe type du sujet normal jeune; elle se caractérise en particulier par une montée peu importante et par des oscillations secondaires dans la pente descendante. Ces oscillations secondaires sont évidemment plus prononcées sur les courbes individuelles, car la courbe moyenne estompe le phénomène de pics secondaires qui ne se situent généralement pas au même endroit de la courbe individuelle. Chez les témoins toujours, le **tracé des Insulinémiés périphériques** illustre les fluctuations normales de ce paramètre après charge orale en glucose. Le parallélisme entre courbes glycémique et insulinémique est frappant. (fig. 3). Nous avons noté une corrélation significative entre insulinémies et glycémies moyennes périphériques après HGPO : chez les témoins : $r = 0,572$; $n = 48$; $p < 0,001$; chez les sujets avec diabète chimique : $r = 0,977$; $n = 53$; $p < 0,001$.

Dans le groupe de comparaison, la **courbe glycémique moyenne type diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle** présente une ascension et une chute glycémiques importantes et rapides. Les différences avec les témoins sont significatives (tabl. 1; figure 1). Dans le diabète chimique, les **valeurs Insulinémiques moyennes** à la périphérie sont à tout moment supérieures, avant aussi bien qu'après la charge orale en glucose. L'insulinémie est significativement plus élevée vers la première heure et reste très importante jus-

qu'à la 150' minute. Ces constatations sont confirmées par l'étude de Δ insulinémie (fig. 4). Ce paramètre traduit mieux l'aspect dynamique de l'insulinémie à la périphérie. Il n'y a pas de déficit insulinémique au début ou tout de suite après la charge en glucose. A partir de la troisième heure, Δ insulinémie périphérique se négative par rapport aux témoins. L'hypoglycémie s'installe en moyenne vers la 4e heure, à un moment où n'existe pas de pic insulinémique.

Le **rapport I/G** (fig. 5) est supérieur dans le diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle par rapport aux témoins, ce qui semblerait prouver l'existence d'une certaine insulino-résistance en présence de diabète chimique.

La **réponse moyenne de l'hormone de croissance** (fig. 2) à la charge glucosée dans le diabète chimique est normale; on note un freinage suivi d'une augmentation lors de la cataglycémie.

DISCUSSION

Nos résultats ont permis de différencier les deux groupes de sujets : d'un côté **un groupe de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle** correspondant à la «late reactive hypoglycemia of early maturity-onset diabetes mellitus» dans la classification de HOFELDT (7) et des Sociétés Américaines du Diabète, d'Endocrinologie et de Médecine (14), et de l'autre un groupe de sujets jeunes sans antécédents familiaux de diabète sucré, de poids normal et en parfaite santé. Les différences de la réponse à une même charge orale en glucose évaluées sur la glycémie et l'insulinémie dosées en continu à la périphérie sont :

A. Courbes glycémiques :

glycémie maximum significativement plus élevée, glycémie minimum significativement plus basse dans le diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle; vi-

tesses d'ascension et de descente glycémiques moyennes significativement plus rapides dans le même groupe; temps des glycémies minimum et maximum sensiblement égaux dans les deux groupes; absence de pics secondaires dans la pente descendante du diabète chimique.

B. Courbes insulinémiques :

valeurs insulinémiques avant et après la charge glucosée toujours supérieures et excessives dans le diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle; absence de pic insulinémique au moment où l'hypoglycémie s'installe.

L'allure des courbes glycémiques et insulinémiques est parallèle. L'hyperglycémie franche mise en évidence dans le groupe des sujets avec hypoglycémie réactionnelle peut s'expliquer de différents façons. Elle est due soit à une résorption accélérée du glucose, soit à un déficit insulinosécréteur du pancréas ou à une inefficacité de l'insuline, soit à un défaut des gluco- et insulinoxies hépatiques.

La première hypothèse est infirmée dans notre étude par le fait que le moment de la glycémie maximum est le même dans les deux groupes. Un déficit de l'insulinosécrétion n'est pas compatible avec les valeurs de l'insulinémie périphérique qui sont à tout moment, avant et après la charge glucosée, supérieures dans le diabète chimique.

Contrairement à certains auteurs (3, 4, 5, 6), nous n'avons pas mis en évidence un retard de l'insulinosécrétion. Le paramètre Δ insulinémie démontre parfaitement qu'un tel retard n'a pas lieu. Au contraire, dès la charge glucosée, l'augmentation de l'insulinémie périphérique est au moins aussi nette que dans le groupe des témoins. Ce paramètre prouve d'autre part que l'hypoglycémie est due à un excès d'insuline en périphérie qui se manifeste dès la charge et dure environ 150 minutes. Il n'y a donc pas de pic insulinémique tardif au moment de l'hypoglycémie, comme le prétendent Kryston et coll. (4).

Au-delà de la 150e minute Δ insulinémie se négative.

Le fait de constater une **insulinémie périphérique élevée n'est pas à notre sens une preuve d'un excès de l'insulinosécrétion**, comme certains voudraient le faire croire (5, 6, 7). Enfin, une **inefficacité insulinique** est difficile à admettre en présence d'une chute glycémique excessive. Toutefois, le rapport I/G supérieur à tout moment avant et après la charge en glucose démontre l'excès d'insuline à la périphérie, ainsi qu'une certaine insulino-résistance.

Nos arguments expérimentaux vont dans le sens de la troisième hypothèse. La **vitesse d'ascension glycémique** est très significativement accélérée dans le diabète chimique alors que le temps qui s'écoule jusqu'à la glycémie maximum est le même que chez les témoins. Pareillement, l'insulinémie périphérique augmente rapidement chez les diabétiques. Il semble que dans le diabète chimique le glucose et l'insuline ne soient pas ou très peu captés par le foie et passent directement à la périphérie. Un autre argument en faveur de cette hypothèse est le fait que l'insulinémie périphérique du diabète chimique est en moyenne supérieure avant la charge glucosée. Il en résulte des courbes glycémiques et insulinémiques très élevées. Dans le diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle il y aurait donc un défaut de captation hépatique de l'insuline et du glucose. Le débit glucosé hépatique s'en trouve augmenté tout comme dans le diabète insulino-dépendant (15) où il est triplé par rapport au sujet normal.

On pourrait pour expliquer l'hypoglycémie invoquer un défaut en glucagon, mais d'après certains travaux (16, 17) tel n'est pas le cas. La réponse de l'hormone de croissance étant normale, l'inflation insulino-némique à la périphérie semble seule responsable de la chute glycémique tardive.

La courbe moyenne des sujets témoins révèle l'existence de **pics secondaires**

dans la pente descendante (12, 13). Ces pics apparaissent plus nettement sur les courbes individuelles, car ils sont estompés dans la courbe moyenne du fait qu'ils se produisent à des moments différents suivant le sujet. Dans le diabète chimique ces pics n'existent plus. Chez le sujet normal, le mécanisme régulateur hépatique de la captation et de la production d'insuline et de glucose étant intact, une certaine quantité d'insuline et du glucose est retenue lors du premier passage dans le foie avec comme conséquence une amputation de l'ascension glycémique en périphérie. Les fluctuations glycémiques ultérieures résultent de la résorption glucosée qui se poursuit et de la captation/production hépatique de glucose et d'insuline. L'insuline jouerait le rôle déterminant dans ce phénomène (18).

Le diabète chimique est classiquement considéré comme un avant-stade du diabète sucré. Compte tenu de nos résultats il nous semble que cette dénomination de diabète est abusive, car nous manquons à l'heure actuelle du recul nécessaire pour prétendre que ce trouble métabolique évolue nécessairement vers le diabète sucré. En attendant il vaudrait mieux le considérer comme une pathologie glucidique à part qui reste apparemment localisée au secteur hépato-digestif et qu'on pourrait dénommer **intolérance hépato-di-**

gestive à l'aliment sucré concentré et à résorption rapide.

RESUME

L'auteur a réalisé des hyperglycémies provoquées par voie orale chez 6 sujets témoins et chez 9 malades présentant un diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle. La glycémie a été dosée en continu; l'insulinémie et l'hormone de croissance périphériques ont été dosées sur des échantillons de sang prélevés en continu et à débit constant de 6 en 6 minutes. Les courbes glycémiques des malades étaient caractérisées par des ascensions et des descentes rapides et excessives. Les valeurs absolues de l'insulinémie moyenne étaient à tout moment supérieures à celles du groupe de contrôle. L'augmentation de l'insulinémie périphérique a commencé tout de suite après la charge et elle est excessive. Pour cette raison il semble abusif de considérer le diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle comme un stade précoce du diabète sucré, mais plutôt comme une pathologie autonome. L'auteur émet l'hypothèse d'une intolérance hépatodigestive à l'aliment glucidique concentré et à résorption rapide.

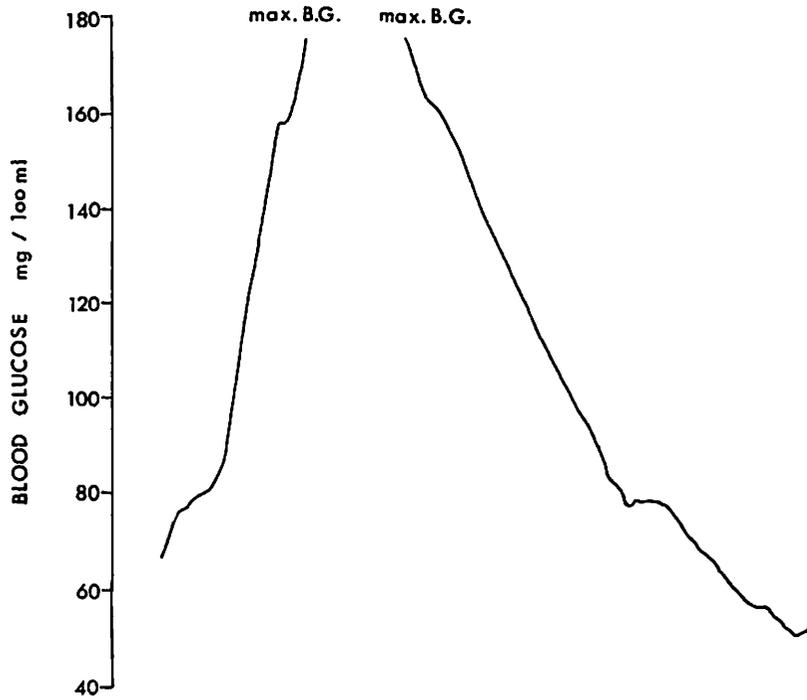


Fig. 1 — Moyennes des glycémies ascendantes et descendantes (calculées à partir de la glycémie maximum abstraction faite du temps de celle-ci) de 9 sujets souffrant de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle.

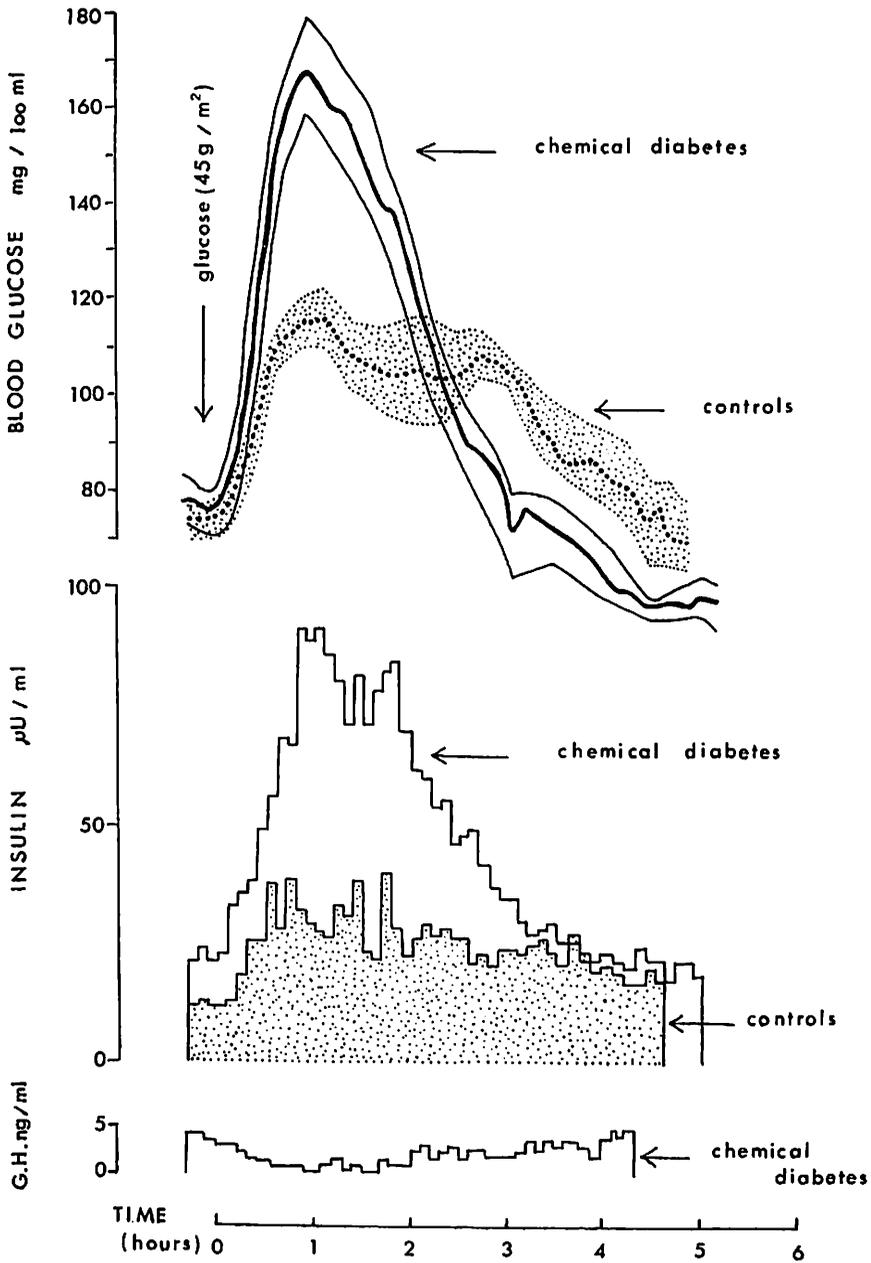
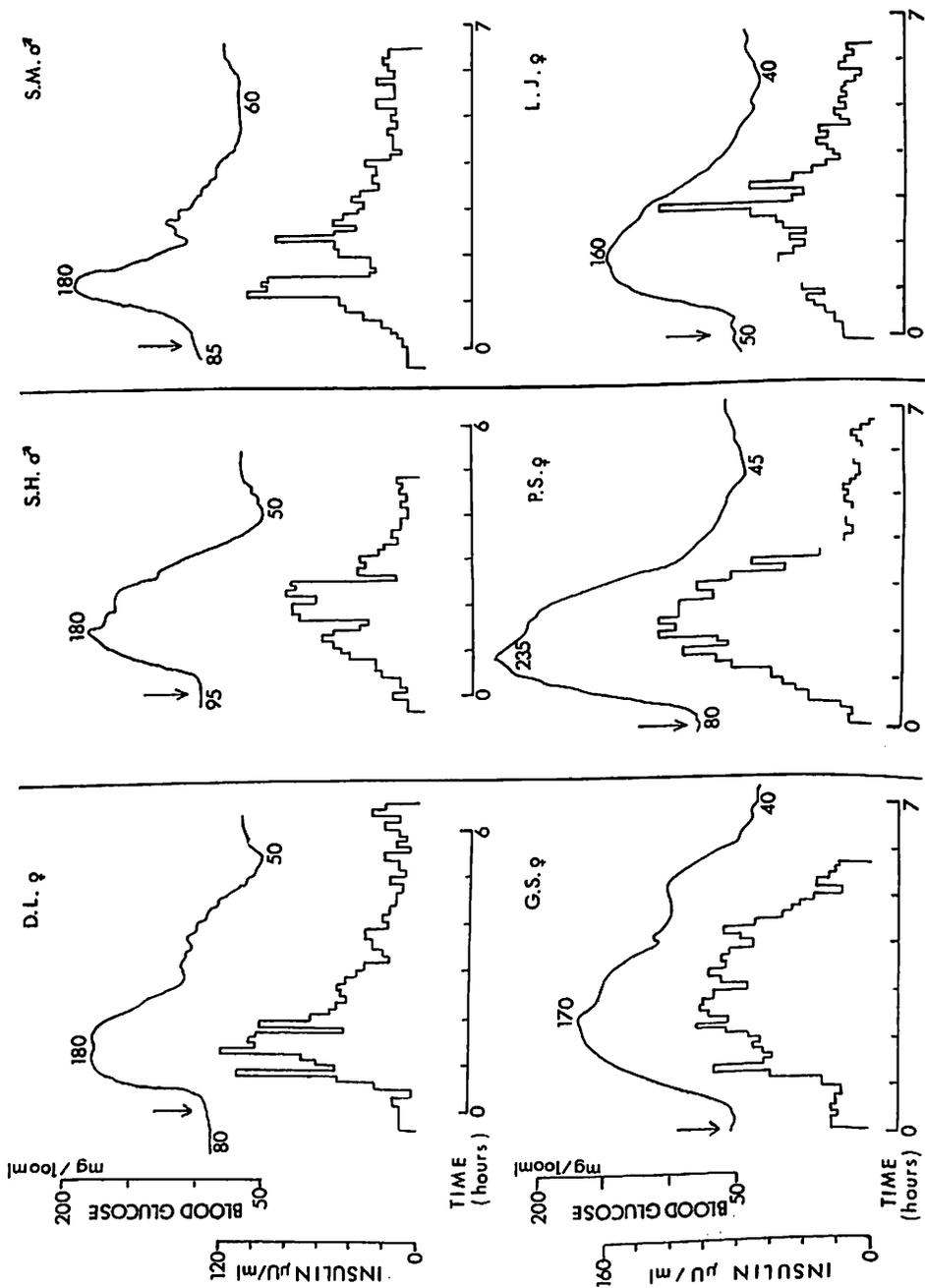


Fig. 2 — Enregistrement en continu après HGPO : glycémie moyenne \pm S.E.M. et insulïnémie périphérique moyenne chez 9 diabétiques avec hypoglycémie réactionnelle; valeurs moyennes de l'hormone de croissance chez les 9 diabétiques avec hypoglycémie réactionnelle.





CALCIGENOL

individuelles de 9 sujets souffrant de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle.

CALCIGENOL

L'assimilation maximum du Calcium

VITAMINE

SIMPLE

Vitamine D 2

Avec Méthylarsine

INDICATIONS

Décalcification - Fractures - Grossesse - Allaitement - Caries dentaires - Croissance.

PRESENTATION

Suspension colloïdale. Flacon de 300 ml.

POSOLOGIE

2 à 4 cuillères à soupe par jour en cures alternées :
10 jours VITAMINE - 10 jours SIMPLE

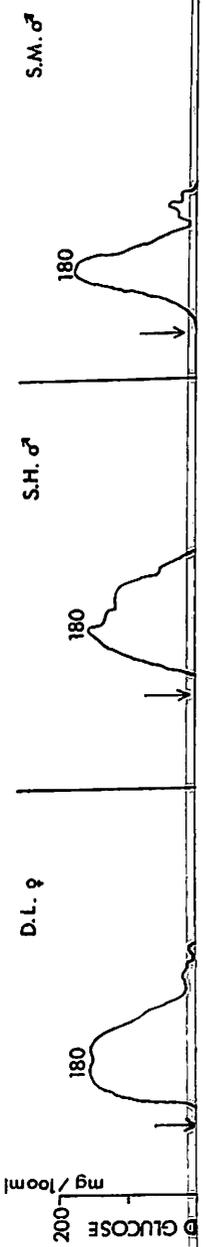
FORMULE

Calc. phosphoric. tribasic. sicc. 1,350 gr. Vit. D 2 crist. 640 U.I. Natr. fluoric. 10 mg - Aqua ad 100 gr.

FORMULE

Calc. phosphoric. tribasic. sicc. 1,350 gr. - Natr. méthylarsinic. 5 mg. Natr. fluoric. 10 mg. - Aqua ad 100 gr.

S.B.T.E. rue du Progrès 1 - Nivelles.



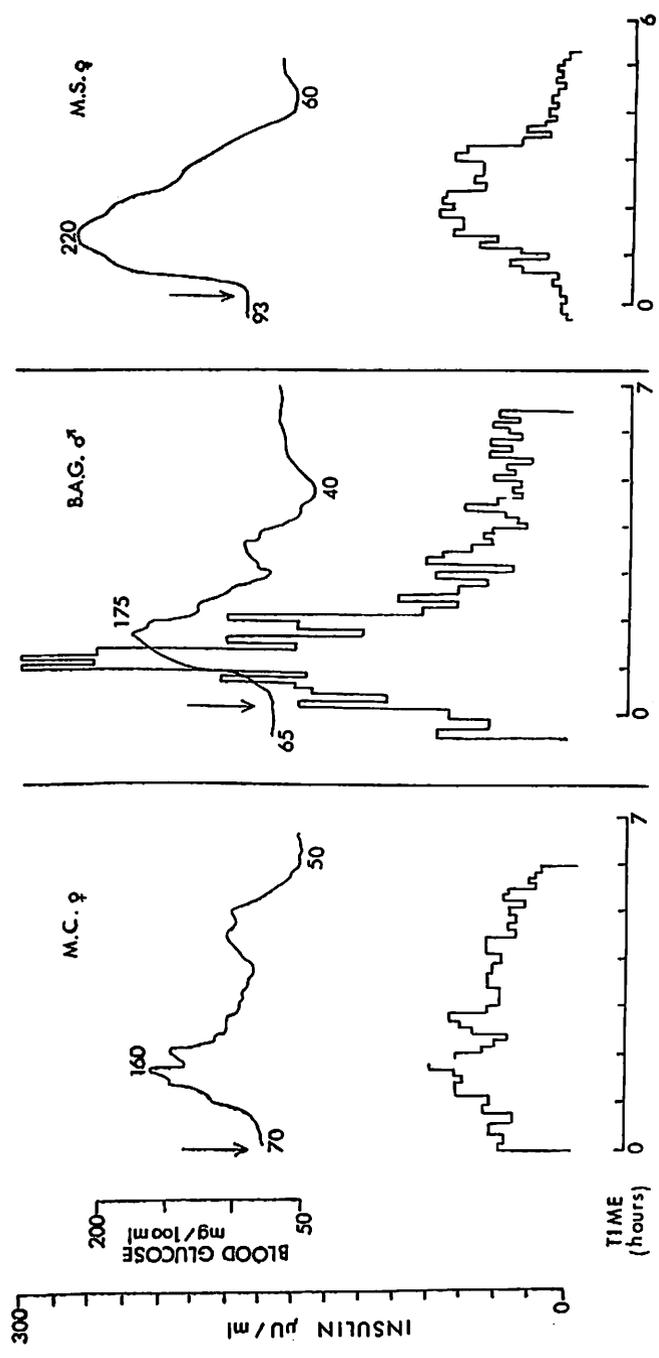


Fig. 3 — Enregistrement en continu après HGPO : courbes glycémiques et insulinémiques individuelles de 9 sujets souffrant de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle.

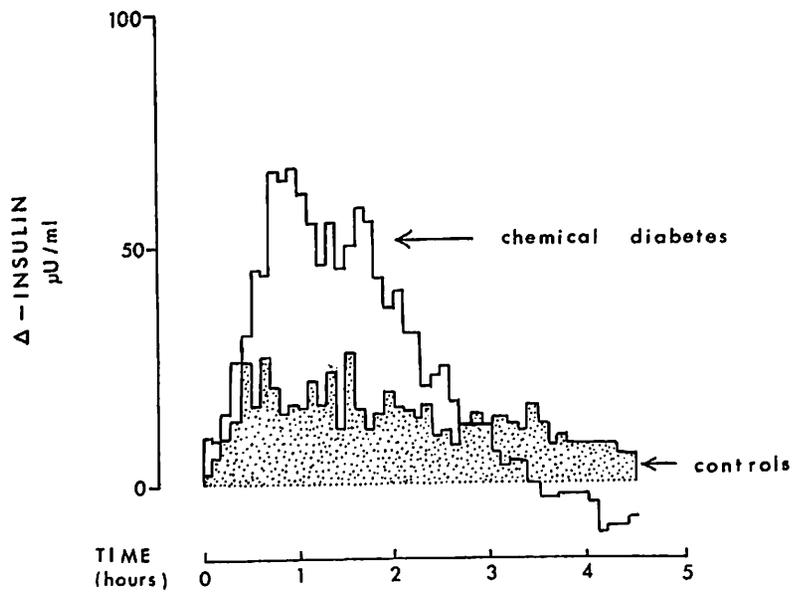


Fig. 4 — Enregistrement en continu après HGPO : courbes moyennes de Δ - insulinémie de 9 sujets souffrant de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle et de 6 témoins.

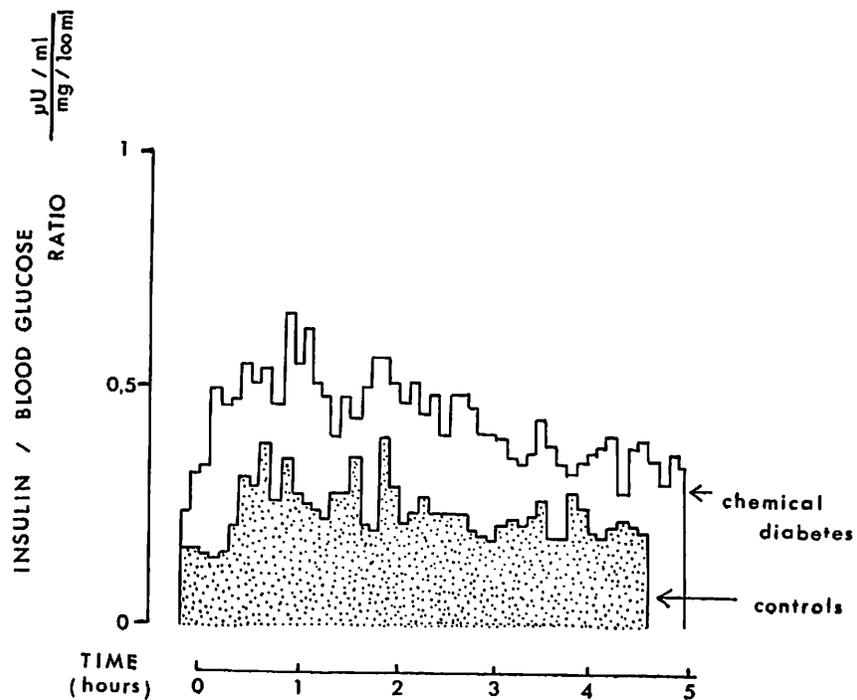


Fig. 5 — Enregistrement en continu après HGPO : courbes moyennes du rapport insulémie/glycémie chez 9 sujets souffrant de diabète chimique avec hypoglycémie réactionnelle et de 6 témoins.

TABLEAU I

| | CONTROLS (6 cases) | p | CHEMICAL DIABETES WITH REACTIVE HYPOGLYCEMIA (9 cases) |
|------------------------------------|-----------------------|---------|--|
| Sex | 3 ♂ 3 ♀ | | 3 ♂ 6 ♀ |
| Age (years) | 26,7 ± 1,3 | < 0,01 | 37,778 ± 2,793 |
| Weight (kg) | 60 ± 3,51 | n. s. | 62,322 ± 5,795 |
| Height (cm) | 171 ± 2,31 | < 0,01 | 165,3 ± 0,30 |
| fast. B. G. 76 ± 2 mg/100 ml | 73 ± 2 | n. s. | 73,9 ± 5,4 |
| max. B. G. 147 ± 6 mg/100 ml | 117 ± 4 | ≤ 0,001 | 179,4 ± 8,7 |
| min. B.G. | 65 ± 4 | < 0,01 | 47,8 ± 2,4 |
| T. max. B. G. 76 ± 12 min | 61 ± 8 | n. s. | 61,111 ± 4,698 |
| T. min. B. G. | 260 ± 15,6 | n. s. | 237,222 ± 13,847 |
| T. return fast. 160 ± 14 min | 191 ± 28 | n. s. | 174,444 ± 20,042 |
| R. B. G. R 11 ± 1 mg/min/1 | 7,47 ± 1,09 | ≤ 0,001 | 17,754 ± 1,489 |
| R. B. G. F. 6,1 ± 0,08 mg/min/1 | 3,9 ± 1,01 | < 0,01 | 7,752 ± 0,933 |
| Σ B. G. 415 ± 13 mg/100 ml | 406 ± 18 | < 0,05 | 463,3 ± 21,1 |

Moyennes des paramètres cliniques ± S.E.M. chez 6 témoins et 9 sujets souffrant de diabète chimique hypoglycémie réactionnelle :

moyennes de la glycémie de jeûne, de la glycémie maximum et de la glycémie minimum, moyennes des temps des glycémies maximum et minimum, moyennes des temps de retour à la glycémie de jeûne, moyennes des vitesses d'ascension (RBR) et des vitesses de descente (RFB) glycémiques, et enfin, somme des glycémies aux temps 0, 1, 2, 3 heures (Σ BG).

REFERENCES

1. **Mirouze J., Bernard R.** L'enregistrement glycémique continu par automation en pratique diabétologique. Technicon, Paris 1964.
2. **Collard F., Orsetti A., Mirouze J.** Etude de la glucorégulation : dosages en continu de la glycémie, de l'insulinémie et du taux sérique de la somathormone. *Nouv. Presse méd.* 3, 2735-2726 (1974).
3. **Collard F., Orsetti A., Mirouze J.** Exploration en continu de paramètres à fluctuations rapides dans l'étude de la glucorégulation. *Pathol. Biol.* (1975).
4. **Kryston L.J., Shaw R.A.** Reactive hypoglycemia and dysinsulinism in early and prediabetic mellitus. *Excerpta Medica* 280 (VIII Congrès de la Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles 1973).
5. **Seltzer H.S., Allen E.W., Herron A.L. & Brennan M.T.** Insulin secretion in response to glycaemic stimulus : relation of delayed release to carbohydrate intolerance in mild diabetes mellitus. *J. Clin. Invest.* 46, 323, (1967).
6. **Karam J.H., Grodsky G.M. & Forsham P.H.** Insulin secretion in obesity : pseudodiabetes? *Am. J. Clin. Nutr.* 21, 1445, (1968).
7. **Hofeldt F.D., Dippe S.T. & Forsham P.H.** Diagnosis and classification of reactive hypoglycemia based on hormonal changes in response to oral and intravenous glucose administration. *Amer. J. Clin. Nutr.* 25, 1193 (1972).
8. **Hoffman W.C.** A rapid photoelectric method for the determination of glucose in blood and urine. *J. Biol. Chem.* 120, 51-56 (1937).
9. **Hales C.N., Randle P.F.** Immunoassay of insulin with insulin antibody precipitates. *Biochem. J.* 88, 137-146, (1963).
10. **Cerasi E., Della Casa L., Luft R. & Roovete A.** Determination of human Growth Hormone (HGH) in plasma by a double antibody radioimmunoassay. *Acta endocrinol.* 53, 1, 101-120 (1966).
11. **Bock C.** Etude analytique des anomalies mineures de l'épreuve d'hyperglycémie orale en enregistrement continu. Thèse de Doctorat. Faculté de Médecine, Montpellier 1973.
12. **Mirouze J., Collard F., Bock C.** Etude de la pente descendante des courbes glycémiques continues des hyperglycémies provoquées orales : présence ou absence de fluctuations glycémiques secondaires (PFGS/AFGS). (en publication).
13. **Collard F., Mirouze J.** Secondary blood glucose fluctuations (SBGF) in the declining slope of continuously recorded blood glucose curves following oral glucose tolerance test (OGTT) : Interest for diagnosis. (submitted for publication).
14. Statement on Hypoglycemia. *Diabetes* 22, 137 (1973).
15. **Dietze G., Wicklmayer., Hepp K.D., Bottger I., Dames J. & Mehnert H.** Hepatic glucose production and estimation of glycogenolysis and gluconeogenesis in normal and diabetic man. *Excerpta Medica* 280 (VIII Congrès de la Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles 1973).
16. **Lecomte M.J., LUYckx A.S. & Lefebvre P.J.** Plasma glucagon in reactive hypoglycemia. *Excerpta Medica* 280 (VIII Congrès de la Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles 1973).
17. **Schnelder V.S., Gerlich J.E., Langlois M., Noacco C., Gustafson G., Forsham P.H.** Glucagon response in reactive hypoglycemia. *Excerpta Medica* 280 (VIII Congrès de la Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles 1973).
18. **Camu F.** Influence of endogenous insulin secretion on hepatic glucose metabolism in vivo. *Excerpta Medica* 280 (VIII Congrès de la Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles 1973).

Motilium

TRADE MARK
JANSSEN
gastrocinétique

rend la digestion lourde
légère, légère, légère ...

Posologie :

- 1 comprimé 3 fois par jour, avant les repas
- 1 ml de solution-gouttes, 3 fois par jour, avant les repas
- 2 cuillères doseuses de solution orale, 3 fois par jour, avant les repas.
- Si nécessaire, une dernière prise avant le coucher.

Présentations :

- 30 et 100 comprimés à 10 mg
- 30 et 100 ml de solution-gouttes à 10 mg par ml (0,3 mg par goutte)
- 200 ml de solution buvable à 5 mg par cuillère doseuse (1 mg par ml).

définition : Le principe actif de Motilium est le dompéridone (R 33 812), une synthèse originale des Laboratoires de Recherche de Janssen Pharmaceutica. Motilium favorise l'évacuation gastrique et possède une activité antiémétique puissante. Motilium n'influence pas la sécrétion gastrique. Motilium ne produit pas d'effets secondaires psychiques ou neurologiques.

composition et modes d'administration : Motilium est disponible sous les formes suivantes : - pour l'administration parentérale : - ampoules « pédiatrie » de 2 ml à 2 mg par ml (= 4 mg) - ampoules de 2 ml à 5 mg par ml (= 10 mg) - pour l'administration perorale : - comprimés à 10 mg - solution-gouttes à 1 % (1 ml = 10 mg; 1 goutte = 0,3 mg; le compte-gouttes porte une division par 0,5 ml) - solution orale à 0,1 % (la mesurette en plastique = 5 mg; la division est à 1,25 et à 2,5 mg) - pour l'administration rectale : - suppositoires « adultes » à 60 mg - suppositoires « enfants » à 30 mg - suppositoires « bébés » à 10 mg

propriétés : Le mécanisme d'action de Motilium repose probablement sur son effet anti-dopamine périphérique. Motilium n'exerce pratiquement aucun effet au niveau des récepteurs dopaminergiques cérébraux, de sorte que des effets psychotropes ou neurologiques sont pratiquement absents. Motilium est bien résorbé et rapidement métabolisé.

indications : a. Traitement symptomatique des nausées ou vomissements, de la pesanteur ou du ballonnement épigastrique ou abdominal, qui se présentent après les repas suite à un ralentissement de l'évacuation gastrique. b. Traitement symptomatique des nausées et vomissements chez l'adulte et l'enfant.

effets secondaires : Ne se présentent pratiquement pas; exceptionnellement on peut observer des crampes intestinales passagères.

contre-indications : Il n'y a pas d'incompatibilité connue avec d'autres substances thérapeutiques, excepté les anticholinergiques qui pourraient inhiber les effets antidyspeptiques de Motilium. Bien que les expériences réalisées avec Motilium sur l'animal n'aient produit aucun effet tératogène; il conviendra toujours de mettre en balance les risques éventuels et les effets thérapeutiques éventuels avant d'administrer le médicament aux femmes enceintes.

posologie et mode d'administration : a. Dyspepsies chroniques : administration orale surtout. **Adultes :** 10 mg (1 comprimé ou 1 ml de la solution-gouttes à 1 % ou 10 ml de la solution orale), 3 fois par jour, 15 à 30 minutes avant les repas, si nécessaire encore une prise avant le coucher. **Enfants :** - solution-gouttes à 1 % : 1 goutte (= 0,3 mg) par kg de poids ou solution orale à 0,1 % : 1/4 de la mesurette (= à la division de 1,25 mg) par 5 kg de poids 3 fois par jour, avant les repas (et si nécessaire avant le coucher). **Remarques :** - Si le résultat s'avère insuffisant, la posologie ci-dessus peut être doublée. - Il est conseillé de diluer les gouttes dans un peu de liquide (agiter avant l'administration). b. Conditions aiguës et subaiguës (principalement nausées et vomissements). **Adultes :** - ampoules : 1 ampoule (= 10 mg, au besoin 20 mg) par voie intraveineuse ou intramusculaire; cette dose peut être administrée 6 fois par jour (posologie maximale : 1 mg par kg par jour). - suppositoires « adultes » (= 60 mg) : 2 à 4 par jour. - voie orale : 20 mg (2 comprimés ou 2 ml de la solution-gouttes à 1 %) 3 à 4 fois par jour, avant les repas et avant le coucher (cette dose peut être doublée). **Enfants :** - ampoules « pédiatrie » (2 mg/ml) : 0,1 à 0,2 mg (= milligramme) par kg par administration par voie intraveineuse ou intramusculaire, au besoin 3 à 6 fois par jour (posologie maximale : 1 mg par kg par

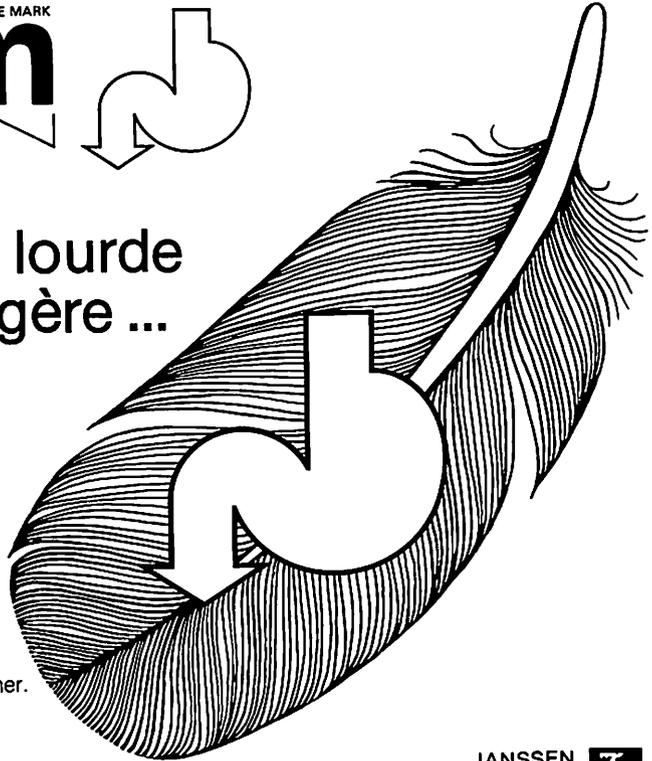
jour). - suppositoires : « bébés » jusqu'à l'âge de 2 ans (= 10 mg) : 2 à 4 fois par jour. « enfants » (= 30 mg) : 2-4 ans : 2 par jour, 4-6 ans : 3 par jour, plus de 6 ans : 4 par jour - voie orale : 2 gouttes par kg, 3 à 4 fois par jour, avant les repas et le coucher. **Remarque :** Les suppositoires seront de préférence introduits dans un rectum vide.

présentations : 10 ampoules de 2 ml à 5 mg par ml (= 10 mg), 10 ampoules « pédiatrie » de 2 ml à 2 mg par ml (= 4 mg), 30 et 100 comprimés à 10 mg, 30 et 100 ml de la solution-gouttes à 1 %, 200 ml de la solution orale à 0,1 %, 6 suppositoires « adultes » à 60 mg, 6 suppositoires « enfants » à 30 mg, 6 suppositoires « bébés » à 10 mg

La durée de conservation de ce produit est limitée : voir la date de péremption sur l'emballage.

formules : amp. : domperidonum 4 mg, acid. acetic, aq. ad inject. q.s. ad 2 ml. amp. : domperidonum 10 mg, acid. acetic, aq. ad inject. q.s. ad 2 ml. tabl. : domperidonum 10 mg, lactos., hydric., amyl., mayd., polyvidon., natri. laurylsulfuric., cellulose microcristalline, magnesi. stearas, ole. hydrogenat. pro tabl. compress. un., hypromellos., macrogol. 6000, ethylcellulos. 20 cps, glycerol. gtl. : domperidonum 10 mg, saccharin., macrogol. 400, aetherole. menth., aetherole. banan., propyleneglycol. q.s. ad 1 ml. sir. : domperidonum 1 mg acid. tartaric., aetherole. rib. rubr., aetherole. menth., sorbitol. sol. 70 % q.s. ad 1 ml. **supp. 60 mg :** domperidonum 60 mg, acid. tartaric., sorbitan. monostearas, macrogol. 400, macrogol. 1000, adeps solid. pro supp. un. **supp. 30 mg :** domperidonum 30 mg, acid. tartaric., sorbitan. monostearas, macrogol. 400, macrogol. 1000, adeps solid. pro supp. un. **supp. 10 mg :** domperidonum 10 mg, acid. tartaric., sorbitan. monostearas, macrogol. 400, macrogol. 1000, adeps solid. pro supp. un.

JANSSEN
PHARMACEUTICA
2340 Beerse



Hyperurikämie + tophöse Gicht

Den Serum-Harnsäure-Stau
renal lösen!

Zur schonenden
Einleitungstherapie

immer



Narcaricin®
mite

50 mg Benzbromaron

Zur individuellen
Dauerbehandlung –
dem Schweregrad

angepaßt

entweder



oder



Narcaricin®

100 mg Benzbromaron

Zusammensetzung: 1 Tablette NARCARICIN® mite enthält 50 mg Benzbromaron INN. 1 Dragée NARCARICIN® enthält 100 mg Benzbromaron INN. **Indikationen:** Hyperurikämie jeder Genese und Gicht. Durch medikamentöse Behandlung entstandene, erhöhte Serumharnsäure-Konzentrationen. **Kontraindikationen:** Die Präparate sollen nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Glomerulusfiltrat unter 20 ml/min). Obgleich Benzbromaron im Tierversuch keine schädigende Wirkung zeigte, sollten NARCARICIN® mite und NARCARICIN® dennoch während der Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** Die Verträglichkeit ist im allgemeinen sehr gut. Unter einer Behandlung mit Benzbromaron können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kaliumwerte im Blut zu kontrollieren. Gegebenenfalls kann die Tagesdosis reduziert werden. **Besonders zu beachten:** Bei der vorgeschriebenen Dosierung sind Gichtanfälle zu Beginn der Therapie im allgemeinen nicht zu erwarten. Tritt dennoch in seltenen Fällen, besonders zu Beginn der Behandlung mit NARCARICIN®, ein Gichtanfall auf, sollte gleichzeitig Colchicin oder ein antiphlogistisch wirkendes Präparat gegeben werden. Für eine ausreichende Diurese und für eine Akkumulation des Harns ist zu sorgen; dies ist bei Patienten mit Nierensteinen besonders wichtig. Die tägliche Trinkmenge sollte mindestens 1,5 - 2 Liter betragen. Hierzu empfiehlt sich u. a. ein urologischer Tee wie SOLUBITRAT®.

Stand Januar 1979

Darreichungsformen u. Packungsgrößen:

| | |
|-------------------|---------------|
| NARCARICIN® mite | 30 Tabletten |
| | 100 Tabletten |
| NARCARICIN® | 30 Dragées |
| | 100 Dragées |
| Anstaltspackungen | |

LUDWIG HEUMANN & CO GMBH
NÜRNBERG



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

Enquête sur le tabagisme chez les enseignants

Prof. V. GOLLI

La position particulière des enseignants dans l'ensemble de l'éducation des enfants nous a incité de mener une enquête sur l'habitude de fumer des professeurs, afin d'évaluer les possibilités dont ils disposent d'agir pour dissuader les jeunes gens de commencer à fumer.

Ce travail se propose de présenter les résultats d'une enquête réalisée dans le printemps de 1978 dans les écoles générales et les lycées de Craiova.

MATERIEL ET METHODE

Un formulaire détaillé sur le tabagisme, sa motivation et des questions concernant les relations du tabac avec la santé a été mis à la disposition des professeurs des écoles générales et lycéales, qui enseignaient les élèves à partir de la Ve à la VIe classe dans la municipalité de Craiova.

On a retiré les questionnaires après trois jours et les réponses à chaque question ont été analysées et classées d'après le sexe et l'âge des enseignants fumeurs, anciens fumeurs et non fumeurs, la signification des différences ayant été calculée à l'aide du test « χ^2 ».

RESULTATS

1. — Habitude de fumer

Sur les 1.055 sujets qui l'avaient reçu, 961 seulement, soit 90 % ont retourné le formulaire complète dans les délais établis.

On a rencontré dans l'ensemble moins d'un tiers (29,24 %) de fumeurs, 7,50 % anciens fumeurs et 63,26 % non fumeurs (Tableau I).

Service de pneumo-pnhtsiologie de l'Hôpital «Dr. V. Babes», Calea Bucuresti 126, 1100 Craiova-Roumanie.

Tableau I. — L'habitude de fumer chez les enseignants

| AGE (années) | SEXE | Nombre des sujets | FUMEURS | | ANCIENS FUMEURS | | NON- FUMEURS | |
|------------------|----------|-------------------------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | | | N | % | N | % | N | % |
| Moins de 30 | Masc. | 58 | 26 | 44,83 ^c | 5 | 8,62 ^c | 27 | 46,55 ^c |
| | Fém. | 142 | 48 | 33,80 ^c | 5 | 3,52 ^c | 89 | 62,68 ^c |
| | Total | 200 | 74 | 37,00 ^b | 10 | 5,00 ^b | 116 | 58,00 ^b |
| 31 à 40 | Masc. | 130 | 63 | 48,46 ^d | 16 | 12,31 ^d | 51 | 39,23 ^b |
| | Fém. | 235 | 50 | 21,28 ^d | 9 | 3,83 ^d | 176 | 74,89 ^d |
| | Total | 365 | 113 | 39,96 ^b | 25 | 6,85 ^b | 227 | 62,19 ^b |
| Au-delà de 40 | Masc. | 135 | 53 | 39,26 ^e | 25 | 18,52 ^e | 57 | 42,22 ^e |
| | Fém. | 261 | 41 | 15,71 ^e | 12 | 4,60 ^e | 208 | 79,69 ^e |
| | Total | 396 | 94 | 23,74 ^b | 37 | 9,34 ^b | 265 | 66,92 ^b |
| TOTAL | MASCULIN | 323 | 142 | 43,96 ^a | 46 | 14,24 ^a | 135 | 41,80 ^a |
| | FEMININ | 638 | 139 | 21,79 ^a | 26 | 4,07 ^a | 473 | 74,14 ^a |
| | TOTAL | 961 | 281 | 29,24 | 72 | 7,50 | 608 | 63,26 |

Différences : a) $X^2 = 136,8330$ pour 2 degrés de déviation, $P < 0,001$;
 b) $X^2 = 14,0904$ pour 4 degrés de déviation, $P < 0,01$;
 c) $X^2 = 5,3338$ pour 2 degrés de déviation, N.S.;
 d) $X^2 = 45,1302$ pour 2 degrés de déviation, $P < 0,001$;
 e) $X^2 = 58,1282$ pour 2 degrés de déviation, $P < 0,001$.

Les hommes fument deux fois plus souvent que les femmes ($P < 0,001$), tandis qu'on constate une proportion trois fois plus grande chez les sujets masculins ayant renoncé aux cigarettes (Fig. 1). On rencontre le maximum de fumeurs à l'âge de 31 à 40 années, soit 40 %, proportion qui diminue à 23,74 % au-delà de la quarantaine ($P < 0,01$), tandis que le pourcentage des anciens fumeurs augmente.

Une très large proportion de fumeurs (68,68 %) déclarent qu'ils ont interrompu parfois les cigarettes. Près d'un quart (23 %) ont renoncé une seule fois, 22 % deux fois et 31 % plus de deux fois, le reste n'ayant pas précisé combien de fois ils avaient renoncé au tabac. La durée de l'interruption a été variable (26 % un seul mois, 16 % deux à trois mois, 11 % six mois, 13 % une année ou plus et 24 % sans précision de la durée de l'interruption.

Fig. 1 — Proportion des fumeurs parmi les enseignants

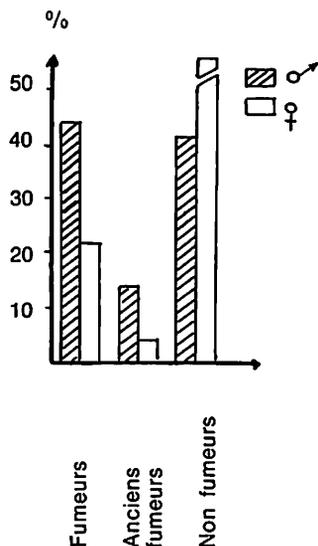
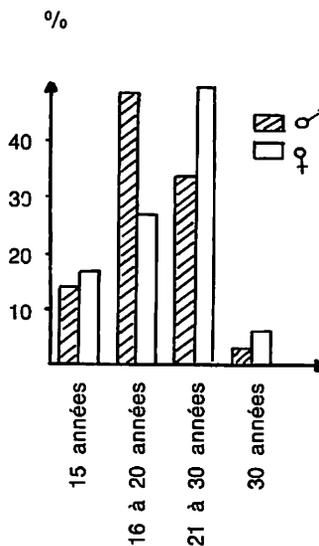


Fig. 2 — Age de début de l'habitude de fumer



2. — Age de début du tabagisme

Autour de 16 % de l'ensemble des fumeurs (Tableau II) ont commencé à fumer très tôt, jusqu'à l'âge de 21 à 30 années, tandis que 4,27 % goûtent pour la première fois la cigarette au-delà de 30 années.

La précocité du tabagisme prédomine chez les sujets masculins (Fig. 2).

Tableau II. — L'âge de début du tabagisme

| Age de début du tabagisme (années) | Nombre des sujets soumis à l'enquête | | SEXE | | | | Signification des différences |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------|----------|-------|---------|-------|--|
| | | | Masculin | | Féminin | | |
| | | | N | % | N | % | |
| 15 | 44 | 15,66 | 20 | 14,08 | 24 | 17,27 | X ² = 15,0026 pour 3 degrés de déviation P < 0,01 |
| 16-20 | 106 | 37,72 | 69 | 48,59 | 37 | 26,62 | |
| 21-30 | 119 | 42,35 | 49 | 34,51 | 70 | 50,36 | |
| Au-delà de 30 | 12 | 4,27 | 4 | 2,82 | 8 | 5,75 | |
| TOTAL | 281 | | 142 | | 139 | | |

5. — Degré du tabagisme

Près de deux tiers des fumeurs (Tableau III) fument jusqu'à 10 cigarettes par jour, un tiers de 11 à 20 cigarettes et 6,05% sont de gros fumeurs car ils consomment plus d'un paquet par jour.

Tableau III. — Nombre de cigarettes fumées par jour

| Age des fumeurs | Sexe | Total fumeurs N | Nombre des cigarettes | | | | | |
|-----------------|-------|--------------------|-----------------------|--------------------|---------|--------------------|------------|-------------------|
| | | | < 10 | | 11 - 20 | | Plus de 20 | |
| | | | N | % | N | % | N | % |
| Moins de 30 | M | 26 | 13 | 50,0 | 13 | 50,0 | — | — |
| | F | 48 | 40 | 83,33 | 6 | 12,50 | 2 | 4,17 |
| | Total | 74 | 53 | 71,63 ^a | 19 | 25,67 ^a | 2 | 2,70 ^a |
| 31 à 40 | M | 63 | 2A | 46,03 | 27 | 42,86 | 7 | 11,11 |
| | F | 50 | 39 | 78,0 | 11 | 22,0 | — | — |
| | Total | 113 | 68 | 60,18 ^a | 38 | 33,63 ^a | 7 | 6,19 ^a |
| Au-delà de 40 | M | 53 | 17 | 32,07 | 29 | 54,72 | 7 | 13,21 |
| | F | 41 | 35 | 85,36 | 5 | 12,20 | 1 | 2,44 |
| | Total | 94 | 52 | 55,32 ^a | 34 | 36,17 ^a | 8 | 8,51 ^a |
| TOTAL | Masc. | 142 | 59 | 41,55 ^b | 69 | 48,59 ^b | 14 | 9,86 ^b |
| | Fém. | 139 | 114 | 82,01 ^b | 22 | 15,83 ^b | 3 | 2,46 ^b |
| | TOTAL | 281 | 173 | 61,57 | 91 | 32,38 | 17 | 6,05 |

Différences : a) $X^2 = 3,8407$ pour 2 degrés de déviation, N.S.;
b) $X^2 = 38,4182$ pour 2 degrés de déviation, $P < 0,001$

Les enseignantes fument trois fois moins de cigarettes que les sujets masculins ($P < 0,001$), tandis qu'on ne constate pas de différences significatives en ce qui concerne la quantité de cigarettes consommées d'après l'âge des fumeurs.

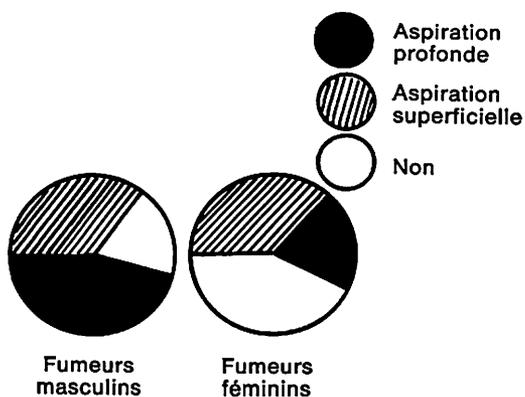
4. — Inhalation de la fumée

Un tiers des fumeurs aspirent profondément la fumée et un autre tiers superficiellement (Tableau IV), mais l'inhalation profonde reste une caractéristique masculine prédominante ($P < 0,001$, Fig. 3).

Tableau IV. — L'inhalation de la fumée

| Aspiration de la fumée | Total fumeurs | | SEXE | | | | Signification des différences |
|------------------------|---------------|-------|----------|-------|---------|-------|---|
| | N | % | Masculin | | Féminin | | |
| | | | N | % | N | % | |
| Profonde | 96 | 34,16 | 65 | 45,78 | 31 | 22,30 | X ² = 22,3078 pour 2 déviation P < 0,001 |
| Superficielle | 97 | 34,52 | 48 | 33,80 | 49 | 35,25 | |
| Non | 88 | 31,32 | 29 | 20,42 | 59 | 42,45 | |
| TOTAL | 281 | | 142 | | 139 | | |

Fig. 3. — Proportion des fumeurs qui aspirent la fumée



5. — Motivation

La curiosité reste la raison initiale majeure du tabagisme (Tableau V, Fig. 4), suivie par la phantasie et l'intervention d'une déception, toutes les deux plus souvent chez les femmes, et le désir d'imiter les amis, particulièrement chez le sexe masculin, différences néanmoins statistiquement non significatives.

C'est l'accoutumance qui pousse plus souvent les fumeurs à consommer les cigarettes à présent (Fig. 5), ainsi que le «plaisir» pour 22,06%, l'effet calmant, la phantasie, la nécessité et l'ennui pour d'autres. Il y a cependant des différences significatives d'un sexe à l'autre (P < 0,001), l'accoutumance étant plus fréquente chez les hommes, tandis que chez les femmes prédominent le plaisir, l'effet calmant et la phantasie.

Tableau V. Motivation initiale et actuelle du tabagisme

| Motivation | TOTAL | | SEXE | | | | Signification des différences |
|--------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|--|
| | N | % | Masculin | | Féminin | | |
| | | | N | % | N | % | |
| Initiale : | | | | | | | $\chi^2 = 7,014$ pour 6 degrés de liberté N.S. |
| Curiosité | 134 | 47,69 | 70 | 49,29 | 64 | 46,04 | |
| Phantaisie | 41 | 14,59 | 18 | 12,68 | 23 | 16,55 | |
| Imiter les parents | 2 | 0,71 | 2 | 1,41 | — | — | |
| Imiter les amis | 30 | 10,68 | 19 | 13,38 | 11 | 7,91 | |
| Imiter les hôtes | 5 | 1,78 | 3 | 2,11 | 2 | 1,44 | |
| Déception | 36 | 12,81 | 14 | 9,86 | 22 | 15,83 | |
| Sans réponse | 33 | 11,74 | 16 | 11,27 | 17 | 12,23 | |
| Actuelle : | | | | | | | $\chi^2 = 28,8514$ pour 6 degrés de liberté, $P < 0,001$ |
| Accoutumance | 106 | 37,73 | 72 | 50,71 | 34 | 24,46 | |
| Plaisir | 62 | 22,06 | 32 | 22,54 | 30 | 21,58 | |
| Phantaisie | 26 | 9,25 | 7 | 4,93 | 19 | 13,67 | |
| Nécessité | 18 | 6,41 | 8 | 5,63 | 10 | 7,19 | |
| Effet calmant | 29 | 10,32 | 8 | 5,63 | 21 | 15,11 | |
| Ennui | 9 | 3,20 | 5 | 3,52 | 4 | 2,88 | |
| Sans réponse | 31 | 11,03 | 10 | 7,04 | 21 | 15,11 | |
| TOTAL | 281 | | 142 | | 139 | | |

Fig. 4. — Motivation initiale de l'habitude de fumer

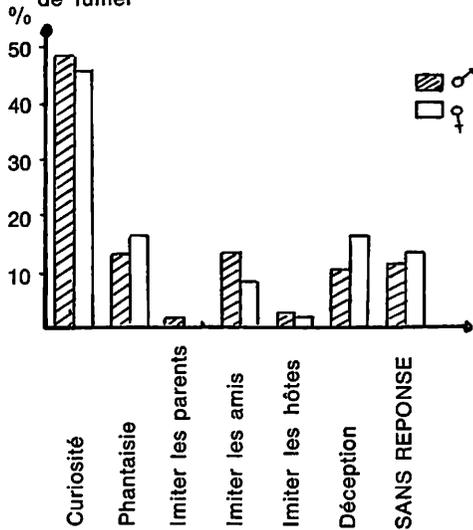
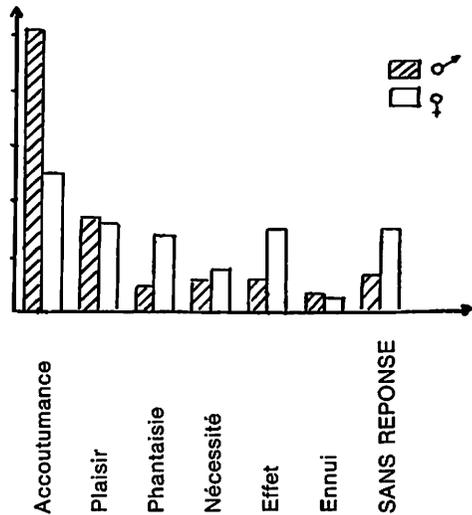


Fig. 5. — Motivation actuelle de l'habitude de fumer



6. — Les dangers du tabagisme

Le tableau VI synthétise les réponses des enseignants sur les relations du tabac avec la santé.

Bien que la grande majorité des enseignants, autant fumeurs que non fumeurs, connaissent dans l'ensemble la nocivité des cigarettes sur la santé, on remarque néanmoins que les anciens fumeurs soient significativement plus informés sur les dangers du tabac.

En ce qui concerne le rôle favorisant des cigarettes dans l'apparition de quelques maladies respiratoires ou cardio-vasculaires (Tableau VII) ce sont encore une fois les anciens fumeurs qui accusent significativement plus souvent le tabac tandis que les fumeurs semblent sinon ignorants, moins convaincus en tout cas.

Le risque de l'apparition du cancer bronchique chez les fumeurs reste le plus connu (88 % de l'ensemble des enseignants), mais on saisit dans une moindre proportion (78-80 %) le péril des affections cardio-vasculaires.

DISCUSSION

Le nombre des fumeurs parmi les enseignants de Craiova reste inférieur aux chiffres rencontrés chez 1207 enseignants des écoles primaires danoises par Egsmose et coll. qui constatent en 1972 une proportion de 34 % fumeurs et 14 % anciens fumeurs pour les femmes et 59 % fumeurs et 17 % anciens fumeurs chez le sexe masculin (4, 5).

On remarque cependant que la proportion des femmes augmente à Craiova par rapport aux données disponibles d'une enquête réalisée dans la population générale dix années auparavant par nous-même, car en 1968 on a enregistré 33,27 % fumeurs chez le sexe masculin vis-à-vis de 44 % à présent et 4,34 % seulement chez les femmes, vis-à-vis de 22 % en 1967 (6).

Chez les étudiants de l'Université de Craiova la proportion des fumeurs s'élève à 46 % pour le sexe masculin et à 11 % pour le sexe féminin (7).

Les données de la littérature sur la fréquence du tabagisme chez les enseignants sont très rares, mais de récents travaux soulignent l'accroissement de l'habitude du fumer chez les jeunes gens.

Palamidessi, Matteoli et Borchì (9) rencontrent 37,50 % de fumeurs sur 1.115 étudiants italiens, proportion légèrement supérieure chez le sexe féminin.

Parmi les sujets australiens âgés au-delà de 16 années 41 % sont fumeurs pour le sexe masculin et 29 % le sexe féminin, avec un maximum de fréquence à l'âge de 20 à 24 années (10). Les médecins fument dans une proportion beaucoup plus réduite (14 % les hommes et 17 % les femmes). Toujours en Australie, Cullen et Stenhouse (2) constatent une réduction de la proportion des fumeurs chez les hommes de 52,6 % en 1966 à 43,8 % en 1972, tandis que l'habitude reste stationnaire chez les femmes (24,5 % en 1966 et 24 % en 1972).

D'après les données récemment publiées par le Worldwatch Institute (3), 75 % des hommes et 15 % des femmes fument au Japon, tandis que dans les Etats Unis, à la suite de la campagne anti-tabagique le chiffre des fumeurs baisse de 53 % en 1964 à 39 % en 1966 pour le sexe masculin et de 34 % à 29 % chez le sexe féminin. On rencontre cependant 72 % de fumeurs parmi les étudiants masculins et 22 % des étudiantes à Lagos au

Tableau VI. — Connaissances des enseignants sur les dangers du tabagisme

| QUESTION | Classification des enseignants | Nombre des enseignants | REPOSE | | | | réponse | Signification des différences | |
|---|--------------------------------|------------------------|--------|-------|-------|-------|---------|-------------------------------|------|
| | | | Oui | | Non | | | | |
| | | | N | % | N | % | | | |
| Le tabagisme est-il nocif pour la santé ? | Fumeurs | 281 | 247 | 87,90 | 27 | 9,25 | 8 | 2,85 | |
| | Anciens fumeurs | 72 | 76 | 98,61 | 1 | 1,39 | — | — | |
| | Non fumeurs | 608 | 557 | 91,61 | 33 | 5,43 | 18 | 2,96 | |
| | Total | | 306 | 94,74 | 12 | 3,71 | 5 | 1,55 | |
| Savez-vous que le tabagisme raccourcit-il la durée de la vie ? | Masc. | 323 | 569 | 89,18 | 48 | 7,52 | 21 | 3,29 | |
| | Fém. | 638 | 875 | 91,05 | 60 | 6,24 | 26 | 2,71 | |
| | Total | | 247 | 87,90 | 27 | 9,61 | 7 | 2,49 | |
| | | | 72 | 70 | 97,22 | 2 | 2,78 | — | — |
| Etes-vous convaincus que le tabagisme raccourcit-il vraiment la durée de la vie ? | Anciens fumeurs | 608 | 549 | 90,29 | 41 | 6,74 | 18 | 2,97 | |
| | Non fumeurs | 961 | 866 | 90,12 | 70 | 7,28 | 25 | 2,68 | |
| | Total | | 211 | 72,09 | 57 | 20,28 | 13 | 4,63 | |
| | | | 72 | 64 | 88,89 | 8 | 11,11 | — | — |
| Savez-vous que l'habitude de fumer est-elle nocive pour les non fumeurs dans une salle fermée ? | Anciens fumeurs | 608 | 538 | 88,49 | 53 | 8,72 | 17 | 2,79 | |
| | Non fumeurs | 961 | 813 | 84,60 | 118 | 12,28 | 30 | 3,12 | |
| | Total | | 256 | 91,10 | 12 | 4,27 | 13 | 4,63 | |
| | | | 72 | 70 | 97,22 | 2 | 2,78 | — | — |
| Savez-vous que le tabagisme chez les enceintes est-il nocif pour le nouveau-né ? | Anciens fumeurs | 608 | 563 | 92,60 | 26 | 4,28 | 19 | 3,12 | |
| | Non fumeurs | 961 | 889 | 92,51 | 40 | 4,16 | 32 | 3,33 | |
| | Total | | 253 | 90,03 | 16 | 5,69 | 12 | 4,27 | |
| | | | 72 | 72 | 100,0 | — | — | — | — |
| | Anciens fumeurs | 608 | 564 | 92,76 | 26 | 4,28 | 18 | 2,96 | |
| | Non fumeurs | 961 | 302 | 93,50 | 12 | 3,72 | 9 | 2,78 | |
| | Total | | 638 | 587 | 92,01 | 30 | 4,70 | 21 | 3,29 |
| | | | 961 | 889 | 92,51 | 42 | 4,37 | 30 | 3,12 |



Stimulans der körpereigenen Abwehrsysteme

Esberitox®

Steigerung
der zellulären und humoralen
Abwehr

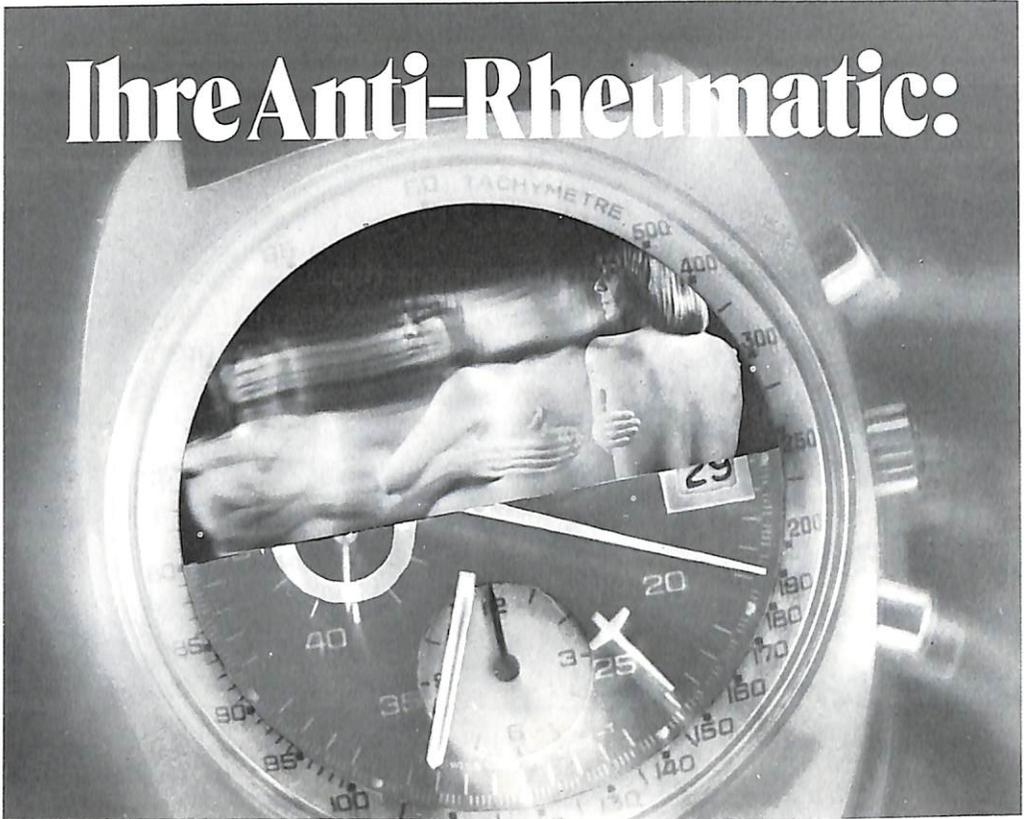
Indikationen Esberitox® dient zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten bakterieller oder virusbedingter Art, wie banale Infekte und Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis. Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Chemotherapie, Antibiotika, Kortikoide.

Zusammensetzung 20 ml Esberitox liquid, enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1=5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1=5, Rad. Echin. ang. et purp. 1+1 3 ml Perc. 1=10; Apis mellif. D 4 2 ml, Crotal. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Dosierung** Oral: 3mal täglich 20-50 Tropfen unverdünnt perlingual oder 1-3 Tabletten lutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10-30 Tropfen oder ½-1½ Tabletten. Parenteral: i. m. täglich 0,5-2,0 ml; i. v. Beginn mit täglich 0,2 ml, allmähliche Steigerung unter Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Wie bei jeder unspezifischen Reiztherapie sind Temperaturerhöhungen möglich, die zum therapeutischen Wirkungsbild gehören; dies tritt vorwiegend bei i. v. Applikation ein; diese empfiehlt sich daher insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine stärkere Reizwirkung erfordern. **Rektal:** Säuglingen 1-2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2-3 Zäpfchen einführen, Erwachsene 3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen** Liquidum 20 ml, 50 ml, Bündelp. 500 ml, Tabletten 50 St., 125 St., 1000 St.; Ampullen 5x 2 ml, 100x 2 ml; Suppositorien 10 St., 100 St.



Schaper & Brümmer
D-3320 Salzgitter-Ringelheim
Pharmacie LEGROS
52, Grande-rue, Luxembourg

Ihre Anti-Rheumatic:

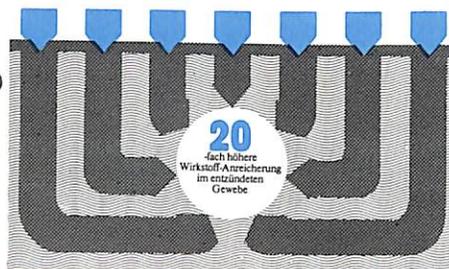


Monosubstanz mit gesicherter Anti-Rheuma-Wirkung

Rheumon® Gel

**Das "Erfolgsgeheimnis" für
die schnelle Schmerzbefreiung**

Überragende Resorption
und 20-fach höhere
Wirkstoff-Anreicherung
im entzündeten Gewebe*)



*) im Vergleich zu nicht entzündetem Gewebe, 1 Stunde nach kutaner Applikation. Dell, et al.: *Arzneim.-Forsch.* 27, 1316, 1322 (1977)

Zusammensetzung:

1 g Rheumon Gel enthält 50 mg Etofenamat

Anwendungsgebiete:

Rheumon Gel wirkt entzündungshemmend und schmerzlindernd bei akuten und chronischen Erkrankungen der Weichteile des Bewegungs- und Stützapparates, z. B. bei Muskelrheumatismus, Muskelverspannung bei schmerzhafter Schultersteife (Periarthropathia humero-scapularis), Hexenschuß (Lumbago), Ischialgie, Sehnencheidenentzündung, Schleimbeutelentzündung, sowie bei stumpfen Traumata wie Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen. Rheumon Gel wirkt außerdem in gleicher Weise bei schmerzhaften Weichteilerkrankungen infolge von Überlastungs- und Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule und Gelenke (Arthrosen).

Dosierung und Anwendungsweise:

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, mehrmals täglich - je nach Größe der schmerzhaften Gebiete - einen 5 bis 10 cm langen Strang Rheumon Gel auftragen und möglichst großflächig in die Haut einreiben.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:

In sehr seltenen Fällen können Reizungen der Haut auftreten, die sich nach Absetzen des Medikamentes rasch zurückbilden.

Besonderer Hinweis:

Rheumon Gel soll nicht auf verletzter oder ekzematös entzündeter Haut angewendet werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Tube mit 40 g
Tube mit 100 g



TROPIN ARZNEIMITTEL KOLN

Vertretung für L.:
Integral S.A., 25, Rue de Epernay



Labo. COCHARD

Line Drinks

NOUVEAU **KOUSA**

FORMULE DIETETIQUE ADAPTEE AUX PLUS RECENTES DECOUVERTES DANS LE DOMAINE DU CONTROLE DU POIDS ET DE L'OBESITE.

DEFINITION : aliment complet qui permet une perte de poids rationnelle et équilibrée avec un apport idéal de nutriments essentiels.

CARACTERISTIQUES DE LINE DRINKS :

- fournit à l'organisme tous les nutriments indispensables dans des proportions idéales.
- apport élevé en protides de haute valeur biologique.
- 25 % des calories = calories protidiques → rassasiant.
- supplément en acide linoléique, Ca, Fe et vitamines.
- facile à préparer : simplement diluer dans de l'eau; agréable à boire.

PRESENTATION : Boîtes de 5 sachets-repas variés ce qui correspond à une «journée Kousa Line Drinks» (\pm 950 Kcal.)
Vendu en pharmacie

Informations complémentaires et échantillons sur demande :

S. A. MILUPA - Hendrik I lei 327 - B 1800 VILVOORDE - Tél. 02/ 251.52.80

Tableau VII. — Opinions des enseignants sur les relations du tabagisme et quelque maladies

| FAVORISE LE TABAC l'apparition de : | Classification des enseignants | Nombre des enseignants | REPONSE | | | | Signification des différences | |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---------|-------|-----|-------|---|-----------------|
| | | | Oui | | Non | | | |
| | | | N | % | N | % | | |
| Cancer bronchique ? | Fumeurs | 281 | 234 | 83,27 | 26 | 9,25 | $X^2 = 13,9102$ pour 4 degrés de liberté, $P < 0,01$ | |
| | Anciens fumeurs | 72 | 68 | 94,44 | 3 | 4,17 | | |
| | Non fumeurs | 608 | 544 | 89,47 | 25 | 4,11 | | |
| | Total | 961 | 846 | 88,03 | 54 | 5,62 | | |
| Bronchite chronique ? | Fumeurs | 281 | 229 | 81,49 | 27 | 9,61 | $X^2 = 12,5504$ pour 4 degrés de liberté, $P < 0,02$ | |
| | Anciens fumeurs | 72 | 65 | 90,28 | 6 | 8,33 | | |
| | Non fumeurs | 608 | 519 | 85,36 | 30 | 4,94 | | |
| | Total | 961 | 813 | 84,60 | 63 | 6,56 | | |
| Infarctus du myocarde ? | Fumeurs | 281 | 215 | 76,52 | 40 | 14,23 | $X^2 = 10,4424$ pour 4 degrés de liberté, $P < 0,05$ | |
| | Anciens fumeurs | 72 | 60 | 83,33 | 9 | 12,50 | | |
| | Non fumeurs | 608 | 497 | 81,74 | 49 | 8,06 | | |
| | Total | 961 | 772 | 80,33 | 98 | 10,20 | | |
| Hypertension artérielle ? | Fumeurs | 281 | 207 | 73,67 | 44 | 15,65 | $X^2 = 22,6493$ pour 4 degrés de liberté, $P < 0,001$ | |
| | Anciens fumeurs | 72 | 59 | 81,94 | 11 | 15,28 | | |
| | Non fumeurs | 608 | 489 | 80,43 | 43 | 7,07 | | |
| | Total | 961 | 755 | 78,56 | 98 | 10,20 | | |
| | | | | | | | | Sans réponse |
| | | | | | | | | N |
| | | | | | | | | % |

Nigéria en 1976, vis-à-vis de 29 % de fumeurs et 10 % anciens fumeurs chez les étudiants de la faculté de médecine de Manchester (Knopf et Wakefield,8).

Il est évident que c'est dans l'adolescence qu'on commence à fumer et assez rarement après quoiqu'on rencontre parfois des sujets qui goûtent la cigarette après 30 années pour la première fois.

Malgré la fréquence croissante du tabagisme chez les femmes, on doit toujours souligner que la quantité des cigarettes consommées reste beaucoup plus élevée chez les hommes.

Chicou (1) s'inquiète que la consommation tabagique augmente en France de 44 milliards de cigarettes en 1963 à 63 milliards en 1969.

Les raisons qui déterminent l'apparition du tabagisme et qui l'entretiennent sont similaires aux recherches publiées dans la littérature.

La nocivité du tabac de plus en plus connue par la population — le risque de cancer bronchique notamment — semble à l'origine de l'abandon de l'habitude de fumer par les uns

Mais le chiffre des fumeurs chez les enseignants, tout à fait similaire aux autres catégories de la population souligne les difficultés à rencontrer dans les actions contre le tabagisme.

Les enseignants et les médecins doivent être l'exemple à suivre. Ce sont eux qui doivent non seulement très bien connaître les risques du tabac, mais aussi de ne pas fumer, afin de disposer de l'autorité nécessaire pour dissuader la population, les jeunes gens en premier lieu, à ne pas commencer à consommer la cigarette ou de renoncer du tout au tabac.

RESUME

Une enquête chez 961 professeurs qui enseignaient les élèves à partir de la Ve à la VIIe classe dans les écoles de Craiova a révélé 43,96 % fumeurs, 14,24 % anciens fumeurs et 41,80 % non fumeurs chez les hommes vis-à-vis de 27,79 %, 4,07 % et 74,14 % chez les femmes (P 0,001).

Deux tiers des fumeurs ont interrompu parfois la cigarette. Plus de la moitié (53,58 %) ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans. Près d'un tiers fument jusqu'à 10 cigarettes par jour, un tiers de 11 à 20 cig./j. et 6,05 % plus d'un paquet, les hommes fumant une quantité trois fois supérieure vis-à-vis des femmes (P 0,001).

La curiosité reste la raison initiale majeure du tabagisme, suivie par la phantasie, l'intervention d'une déception et le désir d'imiter les amis. C'est l'accoutumance d'autre part qui détermine le plus souvent les gens à continuer à fumer, ainsi que le plaisir, l'effet calmant, la phantasie et l'ennui.

Les enseignants semblent bien informés sur les dangers du tabagisme, mais ce sont toujours les anciens fumeurs qui connaissent mieux la nocivité du tabac pour la santé.

Après avoir passé en revue quelques données actuelles sur le tabagisme dans le monde, on remarque que le chiffre des fumeurs parmi les enseignants, similaire aux autres catégories de la population, suggère les difficultés qu'on peut rencontrer dans le succès des actions anti-tabagisme menées chez les écoliers à l'aide du corps didactique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Chicou F.J. Tabac et santé publique. Bull. Cancer, 1975, 62, 1, 103-119.
2. Cullen K.J., Stenhouse N.S. Community Methods of Influencing Smoking. Practitioner, 1974, 712-716.
3. Eckholm E. Cutting Tobacco's Toll. World-watch Paper 18, March, 1978.
4. Egsmose T., Egsmose R., Filndt N., Blaakilde O. The Primary School Teacher's Smoking Habits and Attitude Towards a ban on Smoking on the School Premises Elucidated by a Representative Sample-survey of 1207 Teachers. «Folkeskolen», 1972, 89, 2606-2608.
5. Egsmose R., Egsmose T. The Smoking Habits of the Primary Teachers and their Knowledge of and Attitude to the Problems Connected With Smoking, Elucidated by a Random Sample Survey, Comprising 1207 Teachers in Denmark. II. The Smoking Pattern of the Danish Primary School-Teachers. «Folkeskolen», 1973, 90, 854-875.
6. Golli V. Studiu asurps obiceului de a fuma. Igiena, 1971, 3, 167-178.
7. Golli V. Enquête sur le tabagisme chez les étudiants. Bull. Organ mond. Santé, 1976, 53, 4, 445-452.
8. Knopf A., Wakefield J. Effect of Medical Education on Smoking Behaviour. Brit. J. Prev. Soc. Med., 1974, 28, 246-251.
9. Palamidessi C., Matteoli C., Borchì L. Inchiesta sul tabagismo in un campione di giovani studenti. Gior. It. Mal. Tor., 1977, 31, 6, 360-371.
10. Rankin D.W. Gray N.J. Hill D.J. Evans R.D. Attitudes And Smoking Habits Of Australian Doctors. Med. J. Aust., 1975, 2, 822-824.
11. Les effets du tabac sur la santé, Rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S. Série de rapp. techn., 568. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1975.

BEFACT FORTE

B1

250 mg

B2

10 mg

B6

250 mg

B12

20 mcg

Flacons de 25 et 100 dragées

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

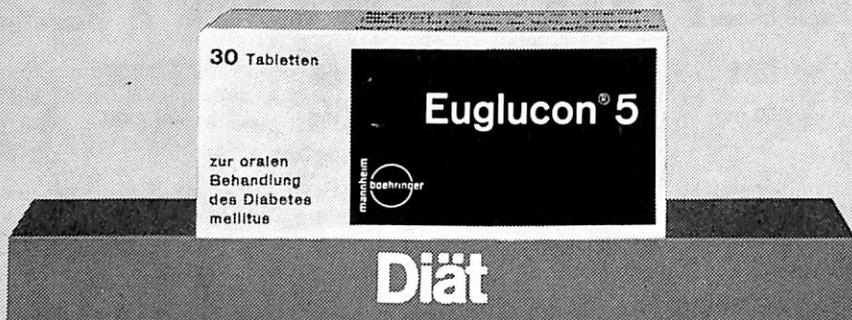


Euglucon[®] 5



weniger ist mehr

Antidiabetikum HB 419
mit nur 5 mg Wirkstoff



weniger:

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

mehr:

Noch mehr Altersdiabetiker
als bisher
optimal einstellbar.

Euglucon 5: N-4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)-äthyl]-phenyl-sulfonyl-N'-cyclohexyl-harnstoff
OP mit 28 Tabl. DM 17,80 m. U. AP mit 112 und 500 Tabl.

Prophac Luxembourg · Case postale 2063 · Tél. 482482

Profil du cycle menstruel ovulatoire sous l'influence de Progestasert et de Cu-T

Etudes analytiques comparatives

par J. Hary et W. Rindt

Le pessaire intrautérin Progestasert libère 65 ug de progestérone par jour. Vu que ce dosage est loin d'approcher la production physiologique de progestérone par jour et, tenant compte de la période biologique de demi-valeur minimale de la progestérone, une influence directe de Progestasert sur la régulation endocrinologique du cycle menstruel ovulatoire est peu probable. Les rapports histologiques soumis par Dalenbach et Sievers (1), démontrant que l'effet de la progestérone émise par le Progestasert est limité aux couches cellulaires supérieures de l'endomètre, semblent confirmer notre thèse.

Pour nos recherches endocrinologiques nous posons l'hypothèse suivante :

Après l'introduction d'un Progestasert les cycles menstruels ne sont changés d'aucune façon, à condition que les cycles précédant l'insertion aient été ovulatoires d'une manière constante.

I METHODE

Afin de soutenir notre thèse nous avons comparé, chez trois jeunes femmes, les cycles menstruels avec Progestasert à des cycles-contrôle durant lesquels les femmes étaient portatrices d'un pessaire intrautérin Cu-T. Pour caractériser les cycles nous avons choisi comme paramètres les taux sérologiques de LH, FSH, de la prolactine, de l'oestradiol, de la progestérone et de la testostérone. Les analyses sérologiques ont été réalisées avec les RIA-Kits de IDW, Sprendlingen. (RIA = Radio Immun Assay)

II RESULTATS

Les trois cycles-contrôle (c. à d. avec Cu-T) font preuve d'un développement ovulatoire normal. En mi-cycle LH atteint les maxima de, respectivement, 18,2, 19,1, et plus de 20 ng/ml de sérum. Ces valeurs sont très proches des taux que montrent des cycles ovulatoires normaux sans médication aucune. Chaque cycle-contrôle est pourvu du sommet préovulatoire de l'oestradiol. La progestérone subit une hausse très prononcée durant la seconde partie du cycle.

Après l'introduction d'un Progestasert, les diagrammes établis pour chacun des trois cas se présentent comme suit :

Cas I

Dans la moitié du cycle, on trouve un maximum pour LH et FSH, mais les valeurs notées sont nettement trop minimes pour appartenir à un cycle menstruel ovulatoire. Elles ne s'élèvent qu'à 9,5 et 3,6 ng/ml. Néanmoins, les taux de la progestérone témoignent d'une lutéinisation. D'autant plus, on trouve un sommet remarquable de l'oestradiol, un jour avant le peak des gonadotrophines.

Cas II

Le cycle avec Progestasert est prolongé. Au délai de la hausse attendue des gonadotrophines, on ne note que deux peaks très faibles pour LH et FSH, s'élevant à 6,3 et 4,5 ng/ml de sérum. Quatre jours plus tard cependant, LH et FSH atteignent des limites typiquement ovulatoires en montant à plus de 20 et à 9,0 ng/ml. Par la suite, il se développe un plateau prononcé des oestradiol et progestérone plusieurs jours à la suite, ce qui fournit la preuve d'une phase de sécrétion.

Cas III

A mi-cycle apparaît un peak LH de 10,6 ng/ml de sérum, trop faible en tant qu'indice d'ovulation. La pointe correspondante de FSH fait défaut. Vers la fin du cycle, c. à d. 9 et 14 jours plus tard, LH présente des maxima de 13 et de plus de 20 ng/ml

de sérum. Le diagramme ne fournissant aucun indice sûr, la question de la lutéinisation reste en suspens.

En ce qui concerne le cas III, nous avons la possibilité d'analyser, trois mois après l'insertion du Progestasert, le profil endocrinologique d'un nouveau cycle menstruel qui, cette fois, présente l'aspect d'un cycle menstruel normal.

Afin de compléter nos recherches, nous avons contrôlé les taux de la prolactine et de la testostérone chez chacune des trois femmes ayant participé à nos expériences. Conformément aux attentes, les résultats ne montrent, quant à la testostérone, aucune particularité. Les taux de la prolactine, cependant, sont légèrement élevés dans deux des trois cas analysés.

Tenant compte de ces faits, nous sommes amenés à conclure qu'il s'agit probablement ici d'une certaine dissociation dans les relations entre les différentes gonadotrophines.

III TABLEAUX ET DIAGRAMMES

Cas I

CU-T LH-Peak = jour 0

| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progestérone nmol/l | Testostérone nmol/l |
|----|-------------|--------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| -8 | 2,4 | 2,2 | 1,5 | 0,90 | 15,6 | 0,73 |
| -6 | 2,7 | 2,8 | 2,0 | 1,37 | — | 1,04 |
| -4 | 1,5 | 1,7 | 4,0 | 1,41 | — | 1,07 |
| -3 | 2,4 | 1,5 | 4,0 | 1,22 | — | 0,62 |
| -2 | 2,1 | 1,3 | 4,5 | 1,11 | — | 0,57 |
| -1 | 3,8 | 1,6 | 4,5 | 2,07 | 14,8 | 0,83 |
| 0 | 18,2 | 5,3 | 5,0 | 1,26 | 15,7 | 1,18 |
| 1 | 4,3 | 2,6 | 4,5 | 1,55 | 18,8 | 0,92 |
| 2 | 2,6 | 2,5 | 3,5 | 0,78 | 15,4 | 0,64 |
| 3 | 1,8 | 2,4 | 3,0 | 1,15 | 19,0 | 0,69 |
| 6 | 1,7 | 1,8 | 3,5 | 0,89 | 20,0 | 0,49 |
| 9 | 1,5 | 1,0 | 3,8 | 0,81 | 15,7 | 0,38 |
| 11 | 1,7 | 1,1 | 4,5 | 0,81 | 13,4 | 0,42 |
| 14 | 1,8 | 1,8 | 2,0 | 0,92 | 16,4 | 0,49 |

Cas 1

| | LH-Peak = jour 0 | | | | | |
|----|------------------|--------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progestérone nmol/l | Testostérone nmol/l |
| —9 | 2,4 | 2,3 | 2,5 | 0,81 | — | 0,52 |
| —7 | 2,8 | 2,4 | 3,0 | 0,67 | 5,7 | 0,54 |
| —5 | 2,0 | 2,5 | 2,5 | 0,81 | 13,8 | 0,52 |
| —4 | 2,1 | 1,8 | 6,0 | 1,11 | 9,8 | 0,59 |
| —3 | 2,3 | 1,4 | 6,5 | 1,18 | 14,3 | 0,42 |
| —2 | 1,9 | 2,2 | 5,0 | 0,89 | 11,5 | 0,66 |
| —1 | 6,3 | 2,9 | 9,75 | 1,48 | — | 0,54 |
| 0 | 9,5 | 3,6 | 6,0 | 0,96 | 11,5 | 0,85 |
| 1 | 3,3 | 2,2 | 6,0 | 1,26 | 17,7 | 0,45 |
| 2 | 3,7 | 1,9 | 2,5 | 1,48 | 12,4 | 0,49 |
| 5 | 2,7 | 1,6 | 4,0 | 0,92 | 19,0 | 0,75 |
| 7 | 3,1 | 1,3 | 3,0 | 1,04 | 19,0 | 0,73 |
| 9 | 1,7 | 1,1 | 6,0 | 1,22 | 14,3 | 0,75 |
| 12 | 1,6 | 1,3 | 2,5 | 1,92 | 10,0 | 0,68 |

Cas II

| | LH-Peak = 0 | | | | | |
|-----|-------------|--------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progestérone nmol/l | Testostérone nmol/l |
| —11 | 2,4 | 1,1 | 8,5 | 0,85 | 6,3 | 0,69 |
| —8 | 3,2 | 1,4 | 2,5 | 0,85 | 17,7 | 0,92 |
| —7 | 2,7 | 3,7 | 11,0 | 0,92 | 13,6 | 0,80 |
| —6 | 2,9 | 2,5 | 7,0 | 0,92 | 15,5 | 0,95 |
| —5 | 3,5 | 3,3 | 11,0 | 0,96 | 16,5 | 0,66 |
| —4 | 6,3 | 4,5 | 14,0 | 1,04 | 3,8 | 0,73 |
| —3 | 4,2 | 2,8 | 25,0 | 1,33 | 4,5 | 0,78 |
| —2 | 3,4 | 2,5 | 10,5 | 2,03 | 6,4 | 0,80 |
| —1 | 3,2 | 2,0 | 9,0 | 1,52 | — | 1,14 |
| 0 | 20,0 | 9,0 | 20,0 | 1,44 | 5,1 | 1,30 |
| 1 | 17,5 | 6,2 | 14,5 | 1,48 | 11,9 | 0,99 |
| 2 | 14,9 | 4,5 | 14,5 | 0,63 | 13,7 | 0,83 |
| 3 | 4,9 | 1,8 | 13,5 | 0,59 | 19,0 | 0,85 |
| 4 | 4,2 | 1,9 | 12,5 | 0,81 | 19,0 | 0,71 |
| 5 | 4,3 | 1,6 | 13,0 | 1,29 | 19,0 | 0,66 |
| 6 | 2,9 | 1,3 | 10,5 | 1,89 | 19,0 | 0,52 |
| 8 | 2,2 | 1,1 | 15,0 | 0,81 | 19,0 | 0,68 |
| 10 | 2,0 | 0,8 | 6,5 | 1,70 | 19,0 | 0,59 |
| 13 | 2,0 | 0,9 | — | 0,67 | 17,2 | 0,57 |
| 15 | 2,8 | 1,9 | 6,0 | 1,00 | 13,6 | 0,20 |

Cas II

| | LH-Peak = jour 0 | | | | | |
|----|------------------|--------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progestérone nmol/l | Testostérone nmol/l |
| —5 | 3,2 | 2,9 | 10,0 | 1,04 | 5,3 | 0,94 |
| —3 | 3,5 | 2,0 | 6,5 | 1,55 | — | 1,23 |
| —2 | 4,2 | 2,1 | 15,5 | 1,41 | 3,2 | 1,23 |
| —1 | 13,3 | 4,0 | 13,0 | 1,29 | 4,5 | 1,06 |
| 0 | 19,1 | 8,1 | 13,5 | 0,89 | 9,2 | 1,16 |
| 1 | 7,0 | 3,1 | 13,0 | 0,81 | 12,6 | 0,97 |
| 2 | 4,7 | 1,8 | 9,0 | 1,44 | 10,9 | 1,46 |
| 3 | 3,3 | 2,2 | 10,5 | 1,00 | 16,7 | 1,49 |
| 4 | 3,3 | 1,8 | 15,0 | 1,66 | — | 1,18 |
| 5 | 3,1 | 1,7 | 6,5 | 1,59 | 19,0 | 0,78 |
| 6 | 1,9 | 1,5 | — | 1,55 | — | 0,85 |
| 7 | 1,7 | 1,6 | 6,0 | 1,29 | 19,0 | 1,07 |
| 8 | 3,1 | 1,0 | 8,5 | 1,15 | 19,0 | 0,76 |
| 9 | 2,5 | 1,2 | 6,5 | 1,11 | 19,0 | 0,80 |

Cas III

| | LH-Peak = jour 0 | | | | | |
|-----|------------------|--------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progestérone nmol/l | Testostérone nmol/l |
| —11 | 4,8 | 5,4 | 7,5 | 0,52 | 12,4 | 1,04 |
| —9 | 5,2 | 5,9 | 6,5 | 0,70 | 9,7 | 1,39 |
| —7 | 5,5 | 5,5 | 4,0 | 0,78 | 9,9 | 0,97 |
| —5 | 4,7 | 4,7 | 5,0 | 1,18 | 10,5 | 1,18 |
| —4 | 5,1 | 4,2 | 7,5 | 0,81 | 7,2 | 1,04 |
| —3 | 4,6 | 2,9 | 4,5 | 0,78 | 13,0 | 0,94 |
| —2 | 5,5 | 3,4 | 7,0 | 1,04 | 4,5 | 0,62 |
| —1 | 9,0 | 3,8 | 5,5 | 0,96 | 7,2 | 1,39 |
| 0 | 20,0 | 10,7 | 14,0 | 1,18 | 7,2 | 0,73 |
| 1 | 10,6 | 4,7 | 6,5 | 0,96 | 12,1 | 1,21 |
| 2 | 6,5 | 2,6 | 7,5 | 0,74 | 8,1 | 1,04 |
| 4 | 7,8 | 3,9 | 13,0 | 1,33 | 15,9 | 1,53 |
| 6 | 4,0 | 1,9 | 6,0 | 1,66 | 7,2 | 0,94 |
| 8 | 3,9 | 1,9 | 6,5 | 1,66 | 7,2 | 1,21 |
| 10 | 3,7 | 2,2 | 13,0 | 1,92 | 19,0 | 1,18 |
| 12 | 3,7 | 2,1 | 8,5 | 0,96 | 8,1 | 0,97 |

| Cas III | | LH-Peak = jour 0 | | | | | |
|--------------|-------------|------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Progestasert | | | | | | | |
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progesterone nmol/l | Testostérone nmol/l | |
| -11 | 5,0 | 5,6 | 11,0 | 0,81 | 2,6 | 1,66 | |
| -9 | 5,1 | 4,4 | 15,0 | 1,52 | 7,0 | 0,90 | |
| -7 | 4,4 | 4,7 | 4,0 | 1,04 | 4,5 | 1,04 | |
| -5 | 6,3 | 6,6 | 5,5 | 0,70 | 7,0 | 0,87 | |
| -4 | 7,4 | 5,9 | 5,0 | 0,52 | 7,3 | 1,59 | |
| -3 | 7,0 | 5,4 | 9,0 | 1,00 | 7,3 | 1,73 | |
| -2 | 6,8 | 5,7 | 8,0 | 0,67 | 7,0 | 1,53 | |
| -1 | 5,8 | 5,3 | 6,0 | 0,74 | 7,8 | 0,97 | |
| 0 | 10,6 | 5,9 | 4,5 | 0,81 | 6,8 | 0,87 | |
| 1 | 7,6 | 6,0 | 6,0 | 0,96 | 7,9 | 1,11 | |
| 2 | 7,2 | 5,5 | 4,0 | 1,00 | 9,5 | 0,73 | |
| 4 | 7,1 | 5,3 | 6,5 | 0,70 | 1,9 | 0,83 | |
| 7 | 7,1 | 4,5 | 5,5 | 1,22 | 3,3 | 0,83 | |
| 9 | 13,0 | 5,1 | 9,0 | 0,96 | 3,2 | 1,39 | |
| 11 | 6,0 | 5,0 | 8,0 | 0,81 | 2,5 | 1,18 | |
| 14 | 20 | — | 8,5 | 1,11 | 3,5 | 1,53 | |
| 22 | 6,6 | 1,9 | 9,0 | 1,00 | 8,7 | 1,39 | |

| Cas III | | LH-PEAK = jour 0 | | | | | |
|------------------|-------------|------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Progestasert (2) | | | | | | | |
| | LH ng/ml | FSH ng/ml | Prolactine ng/ml | E ₂ nmol/l | Progesterone nmol/l | Testostérone nmol/l | |
| -9 | 5,0 | 6,7 | 8,0 | 0,96 | 8,7 | 1,17 | |
| -7 | 3,65 | 6,05 | 7,5 | 0,74 | 8,5 | 1,12 | |
| -5 | 3,4 | 4,6 | 9,0 | 0,81 | 9,1 | 1,04 | |
| -3 | 2,4 | 0,8 | 6,5 | 1,55 | 6,6 | 1,14 | |
| -2 | 4,65 | 3,2 | 10,5 | 1,74 | 7,9 | 0,91 | |
| -1 | 10,3 | 5,3 | 14,5 | 1,35 | 7,3 | 0,88 | |
| 0 | 23,4 | 7,5 | 15,0 | 1,48 | 9,3 | 0,88 | |
| 1 | 3,85 | 5,3 | 10,5 | 1,15 | 9,3 | 1,27 | |
| 2 | 3,3 | 4,25 | 6,0 | 1,04 | 10,5 | 0,86 | |
| 3 | 4,55 | 4,55 | 11,5 | 1,59 | 17,6 | 0,91 | |
| 4 | 4,1 | 3,75 | 13,0 | 1,55 | 38,2 | 0,99 | |
| 6 | 4,35 | 2,2 | 17,5 | 1,37 | 25,8 | 0,78 | |
| 8 | 2,65 | 2,35 | 11,0 | 1,29 | 14,6 | 0,60 | |
| 10 | 2,60 | 2,0 | 7,5 | 1,37 | 12,8 | 0,73 | |
| 12 | 1,8 | 2,1 | 9,5 | 0,67 | 12,8 | 0,83 | |

IV Discussion

Le nombre restreint des cas analysés ne justifie certainement pas des conclusions étendues quant au véritable mode d'action de Progestasert. Mais les rapports endocrinologiques que nous avons soumis laissent tout au moins entrevoir que notre hypothèse avancée au début ne saurait être maintenue.

La comparaison de nos résultats aux expériences de Dallenbach et Sievers (1) laissent apparaître certaines divergences de vue. Les auteurs cités ont pu démontrer que l'action du Progestasert se limite à la transformation en caduque des couches cellulaires supérieures de l'endomètre, tout en laissant inchangées les cellules et formations glandulaires des couches inférieures. C'est ce que Dallenbach et Sievers nomment «sécrétion rigide péri-

focale». Les couches basales de l'endomètre, responsables de la capacité de régénération de la muqueuse, restent complètement intactes. Cet effet parasécrétoire du Progestasert est en principe suffisant pour expliquer, d'une façon convaincante, son mode d'action.

Si nos résultats ne sont pas des produits du hasard et, s'ils peuvent être ramenés à un effet central, les différences avec les travaux de Dallenbach et Sievers ne représentent pas nécessairement des points de vue contraires. Une production de 65 µg de progesterone par jour est certainement insuffisante pour exercer une influence permanente sur la régulation endocrinologique du cycle menstruel. Cette affirmation est soutenue par les expériences de Mall-Haefeli (2) qui, sous l'application de Progestasert, a pu noter des cycles ovulatoires, mais a remarqué en

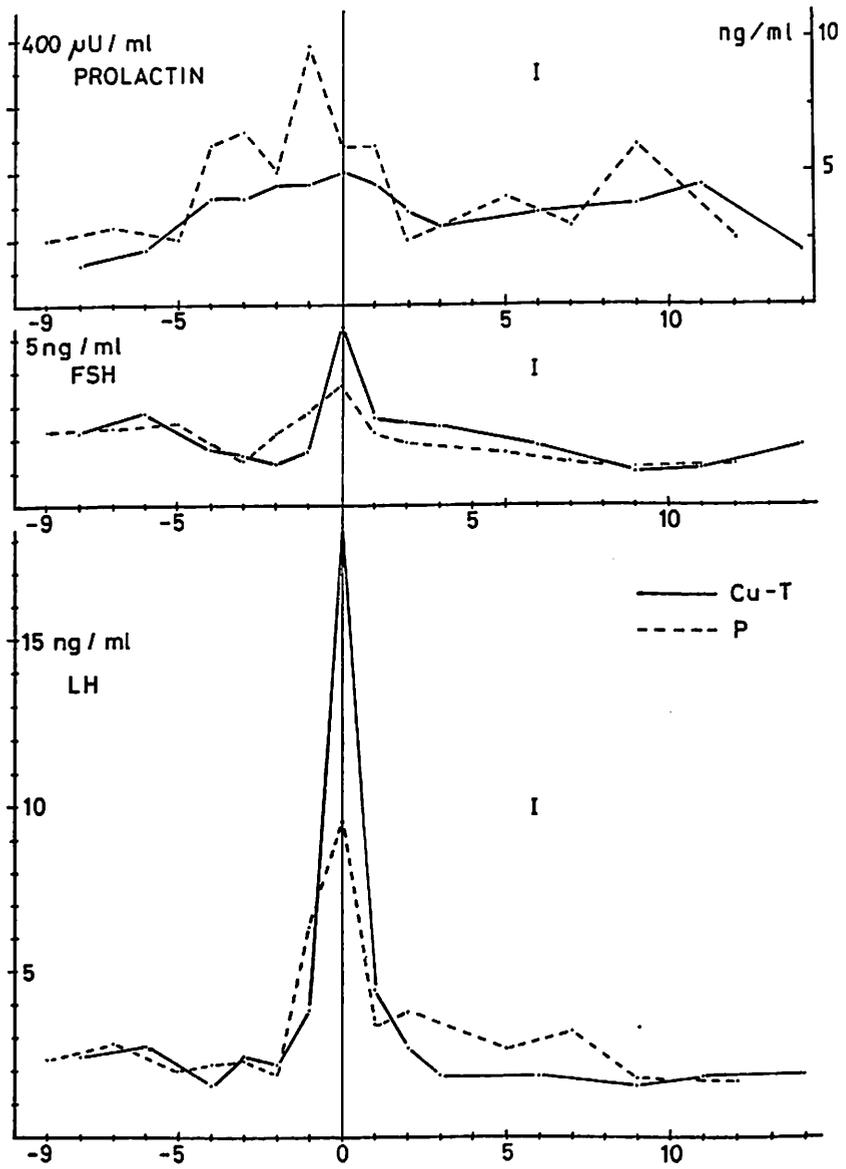
même temps une remise des maxima de LH vers le 18^e jour du cycle. Nous avons également trouvé des phases de prolifération prolongées.

Des conclusions définitives se basant sur ces faits seraient sans doute prématurées, car elles laisseraient inconsiderées les divergences naissant de la méthode elle-même. En effet, selon le collectif choisi, il est possible d'élaborer des rapports contradictoires. C'est ainsi que les singes ayant servi aux expériences de Spellacy (3) n'ont montré sous l'influence du Progestasert aucune particularité des taux de LH, FSH, de l'oestradiol, de la progestérogène et de la testostérone. Ceci est d'autant plus étonnant que le dosage par kilogramme du poids du corps était, pour les singes, triple comparé au corps humain. D'autant plus, le métabolisme des 65 ug de progestérogène libérés est très rapide, tout comme la pénétration vers les couches inférieures de l'endomètre est insuffisante pour être discutée pour la thérapie d'une hyperplasie adénomateuse par exemple. Il va de soi que, sous les aspects suscités, la question de la valabilité du Progestasert pour la thérapie des processus cancéreux de l'utérus devient superflue. Non seulement la production limitée de progestérogène s'oppose-t-elle au mode d'action supposé systématique, mais les baisses partielles des pointes de LH et FSH, que nous avons constatées, y jouent un rôle du moins aussi important. En effet, ces abaissements sont insuffisants pour fournir, rien que du point de vue mathématique, la preuve d'un mécanisme antigonadotrophique du Progestasert. Le fait que nous n'avons noté, comme Spellacy l'a d'ailleurs constaté aussi lors de ses expériences avec des singes, nul changement d'importance analytique des taux de la progestérogène après l'introduction du

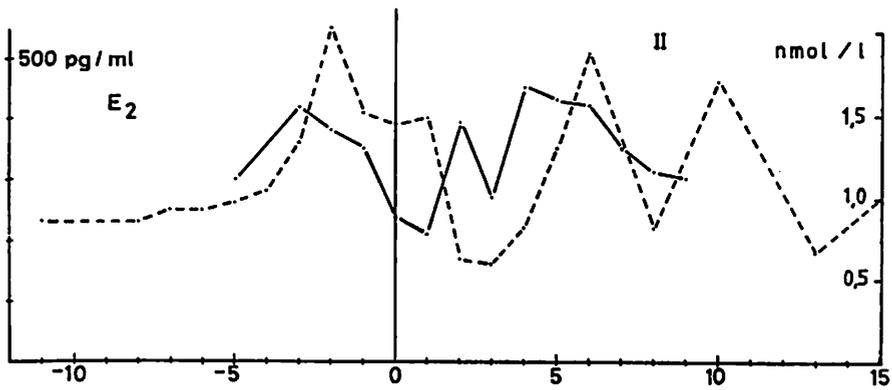
Progestasert, représente un soutien solide de notre thèse. Des mesures en série exécutées dans un collectif de 200 femmes (4) ont fourni un même résultat.

Tenant compte de ces faits, nous sommes amenés à formuler l'hypothèse d'un tout autre mode d'action du Progestasert. Entre autre, on pourrait prendre en considération une production et un métabolisme alternés des prostaglandines. Trobough et al. (5), tout comme Zahradnik(6), ont démontré que, dans le sang menstruel des cycles suivant l'insertion d'un Progestasert, le taux de la prostaglandine F2a est abaissé. D'un autre côté, on sait depuis quelque temps que certains pessaires intrautérins provoquent une hausse des prostaglandines dans le sang menstruel. Il semble donc être très probable que, au niveau de l'endomètre, il existe un antagonisme direct entre la progestérogène et la prostaglandine F 2a. Pour le moment cependant, la question de la relation réelle entre l'action des prostaglandines et l'influence qu'exerce le Progestasert sur la régulation endocrinologique du cycle menstruel ovulatoire reste en suspens.

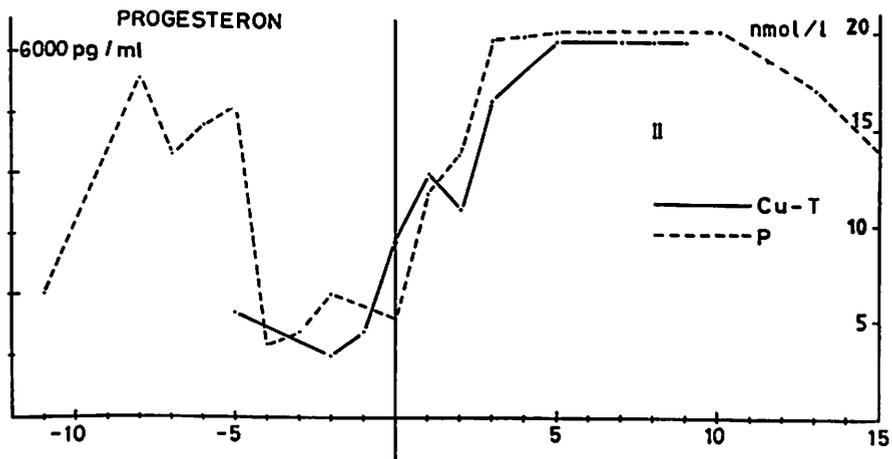
Admettant qu'un effet systématique occasionnel fût démontré — ce qui figure parmi les moyens du possible — qui voudrait y voir un désavantage de cette nouvelle méthode de concentration? Les effets secondaires de stéroïdes synthétiques étant suffisamment connus, des altérations histologiques de l'endomètre limitées et réversibles, surtout en combinaison avec des dérangements discrets de la régulation endocrinologique du cycle menstruel, rangent sans doute parmi les avantages du Progestasert. D'après notre avis, la gynécologie moderne ne pourrait qu'approuver vivement un tel effet contraceptif supplémentaire.



Tabl. 1. - Développement des gonadotrophines et de la prolactine
 Exemple représentatif.



Tabl. 2. - Taux de l'oestradiol sous l'influence de Progestasert (—)
et de CU-T (- - -).



Tabl. 3. - Profil de la progestérone avec CU-T et Progestasert.
Exemple typique.

Bibliographie

1. **Dallenbach G., S.** Das Progestasert-System. Deutsches Aerzteblatt 41, 2551-53, 1976.
Dallenbach G. Morphologische Veränderungen des Endometrium unter dem Einfluss des intrauterinen Progesteron-Systems. Presse-Information Chemie Grünenthal, Köln 1977.
2. **Mall-Haefell et al.** Prüfung neuer Typen von IUDs. Arch. Gynäk. 219, 46-48, 1975.
3. **Spellacy W. N.** Metabolic patterns in women using the progesterone intrauterine therapeutic system. Presse-Information Chemie Grünenthal, Köln 1977.
4. **Zielske F.** Systemische endokrine Effekte des intrauterinen Progesteron-Systems. Presse-Information Chemie Grünenthal, März 1977.
5. **Trobough et al.** The effect of intrauterine progesterone on menstrual blood loss and prostaglandin F 2a content in women with dysmenorrhea.
ALZA Research, Palo Alto, California 1977.
6. **Zahradnik H. P.** Prostaglandin F 2a Bestimmungen im Menstrualblut, der Einfluss von Progesteron- sowie Kupfer-IUP auf Dysmenorrhoe. Chemie Grünenthal, Abt Medi-Konzept, März 1977.

Adresse des auteurs :
Clinique universitaire de
Gynécologie et d'Ostétriologie
D-6650 Hombourg/Sarre

**Parce qu'elle était
athéroscléreuse
avant d'être
insuffisante
vasculaire**



Sulocton[®]

Traite l'insuffisance vasculaire

S'oppose à l'évolution de l'athérosclérose

Indications: insuffisances artérielles périphérique et cérébrale.

Effets secondaires:

SULOCTON est dénué de toxicité et est bien toléré.

Précautions: on évitera la prescription du médicament durant la grossesse, bien qu'expérimentalement SULOCTON soit dépourvu d'action tératogène.

Il n'y a pas d'inconvénient d'administrer SULOCTON à des patients soumis à un traitement par anticoagulants de type coumarinique et aux diabétiques.

Posologie: 3 gélules à 100 mg par jour.

Conditionnement: 50 et 100 gélules dosées à 100 mg.

Formule: Suloctidil. 100mg/
Mannitol./Silic. oxyd./
Gelat./Glycerol./Amyl./
Talc. pro capsul. gelat. una/
Ferr. oxyd. flav. (E172)/
Natr. indigotinodisulf.
(E132)/Titan. oxyd. (E171)
pro color.

Validité: voir emballage
213.S65.F4.

3 x 1 gélule/jour

CENTRE DE
RECHERCHES BELGE
**CONTINENTAL
PHARMA**

Av. Louise 135 / 1050 Bruxelles
T: 02/537.80.70



CREATION

**Das angenehme Phyto-Laxans
- besonders für Adipöse geeignet -**

Lipozet[®] Dragées mit Kreislaufstütze

Zusammensetzung :

Fol. Sennae 30 mg, Aloe 90 mg, Extr. Fuci 105 mg,
Fol. Orthosiph. 30 mg, Fruct. Crataegi 20, 4 mg,
Khellin D 1 0,3 mg, Camphora D 2 0,3 mg, Sapo med. 20 mg

Dosierung :

1 - 3 x täglich 1 Dragée einnehmen

Packung :

Dose mit 50 Dragées



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

Enquête sur les périodiques médicaux au Luxembourg.

**J. KLINCKER
DR M. DICATO**

INTRODUCTION

Nous avons essayé, à l'aide d'une enquête par questionnaire, de préciser l'attitude des médecins, médecins-dentistes, vétérinaires et pharmaciens luxembourgeois vis-à-vis des périodiques médicaux.

Les résultats de cette enquête sont rapportés ici.

MATERIEL ET METHODES

Fin novembre 1978, un questionnaire a été envoyé par poste à tous les abonnés du Bulletin des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg, soit 467 médecins, 114 médecins-dentistes et 69 pharmaciens, résidant au Luxembourg.

Il n'existait pas de communication autre (personnelle, verbale, directe, orale, téléphonique) des auteurs avec les destinataires, y inclus les abonnés travaillant dans la même institution que les auteurs.

Ce questionnaire (voir Tabl. I), à remplir de façon anonyme, n'était pas accompagné d'une enveloppe timbrée pour la réponse.

Centre Hospitalier de
Luxembourg
4, rue Barblé
Luxembourg

Schmerzpatienten – optimal versorgen!

Spasmo- Solugastril® Gel

stoppt
Krampf- und
Säure-
schmerzen
spontan und
anhaltend

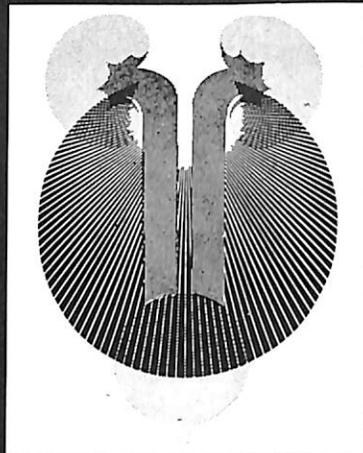


Das erste Antacidum+Spasmolyticum-Gel

Zusammensetzung: 1 Beutel Gel: Aluminiumhydroxid (10%ig berechnet auf Al₂O₃) 4,350 g, Calciumcarbonat 0,600 g, Butylolnphosphat 0,002 g, Excipientes ad 10,000 g **Indikationen:** Krampf- und Saureschmerzen bei Gastritis, Gastrodysämie, Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperacidität, Verlegtheit, Spitzrennen und Magenunverträglichkeiten durch Diätfehler **Kontraindikationen:** Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zu Restharnbildung, Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Ls-hycurdie
Handelsformen: 20 Beutel / 50 Beutel / Anstaltspackungen
Hinweise: Bei gleichzeitiger oraler Verabfolgung von Breitbandantibiotika – insbesondere Tetracyclin – sollte berücksichtigt werden, daß die Resorption infolge der adsorptiven Wirkung von Aluminiumhydroxid reduziert sein kann. In seltenen Fällen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden.
Stand Mai 1978

Harnwegsinfekte

kompromisslos
und
spezifisch
behandeln



Urospasmon®

Hohe Erregerempfindlichkeit bei geringem Risiko –
daher auch bei Banalinfekten einsetzbar

Urospasmon®
besonders geeignet zur
Behandlung des schmerz-
haften Infekts

Urospasmon® sine
besonders angezeigt beim
chronischen Infekt und
zur Langzeittherapie

Indikationen: Akute und chronische Harnwegsinfektionen, Pyelonephritis, zur Infektionsprophylaxe bei diagnostischen und operativen Eingriffen in der Urologie
Kontraindikationen: Eingeschränkte Nierenfunktion mit erhöhten Rest-N-Werten, Oligurie, Anurie, Uramie, Polyneuropathie, Sulfonamid- und Nitrofurantoin-
Überempfindlichkeit, schwere Leberparenchymschäden. Anwendung während der ersten 3 Lebensmonate. Keine Hexamethylenetetramin-haltigen und zusätzlich
bei UROSPASMON keine schwefel- und Quecksilberhaltigen Präparate gleichzeitig verabreichen
Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen, Allergien, Fieberschübe, Exantheme, Cholestase, pulmonale Reaktionen,
angihypertensive Erscheinungen, Anämien, Parästhesien
Hinweise: Um die erforderliche tägliche Dosismenge von 1,5 l zu gewährleisten, ist es zweckmäßig, eine Durchspülungstherapie mit SOLUBITRAT (Basis-
information umseitig) durchzuführen, das kein Hexamethylenetetramin enthält. Weitere Informationen enthalten die wissenschaftlichen Prospekte

Urospasmon®

Zusammensetzung:

1 Tablette Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin
150 mg, Phenazopyridin 50 mg

Handelsformen

20 Tabletten
50 Tabletten



Anstaltspackungen

Stand Ma. 1978

Urospasmon® sine

Zusammensetzung:

1 Kapsel Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin
150 mg

Handelsformen

20 Kapseln
50 Kapseln



Anstaltspackungen

Urospasmon® sine pro infantibus

Zusammensetzung:

1 Kapsel Nitrofurantoin 12,5 mg, Sulfadiazin
37,5 mg

Handelsform

50 Kapseln



Anstaltspackung



NÜRNBERG

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

L'alcoolisme

est une maladie beaucoup trop grave, pour qu'on puisse accepter sans rien dire des **fausses croyances** qu'une publicité habile suggère de croire.

Quelle que soit la forme sous laquelle on l'absorbe :

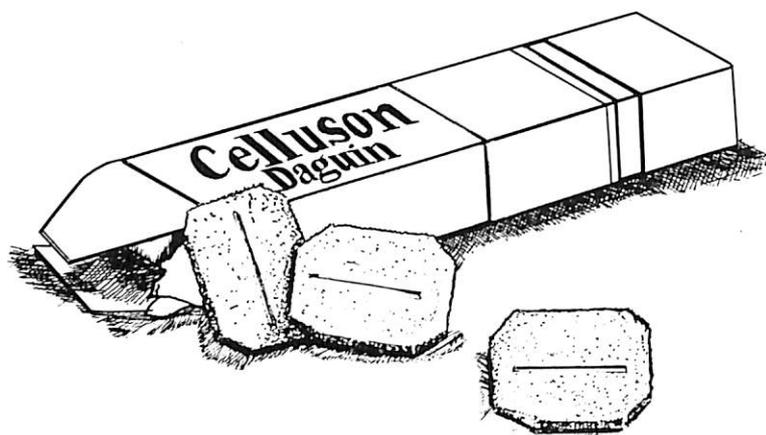
- l'alcool ne réchauffe pas,
- l'alcool ne donne pas de forces. Le petit verre qui «remonte» n'est qu'illusion. L'alcool n'est pas un fortifiant, ni pour l'adulte, ni pour l'enfant.
- l'alcool n'est pas un aliment. L'énergie qu'il apporte ne peut pas être utilisée de façon bénéfique par l'organisme.
- l'alcool n'est pas bon pour le coeur et les vaisseaux.
- l'alcool n'est pas indispensable à la vie : seule l'eau est le liquide nécessaire.
- l'alcool ne désaltère pas, au contraire, il augmente le volume des urines et donne soif.
- l'alcool ne donne pas de l'appétit et n'aide pas à digérer.

Dans notre société, l'alcool fait partie des rites agréables, encore faut-il ne pas trop en abuser.



Celluson

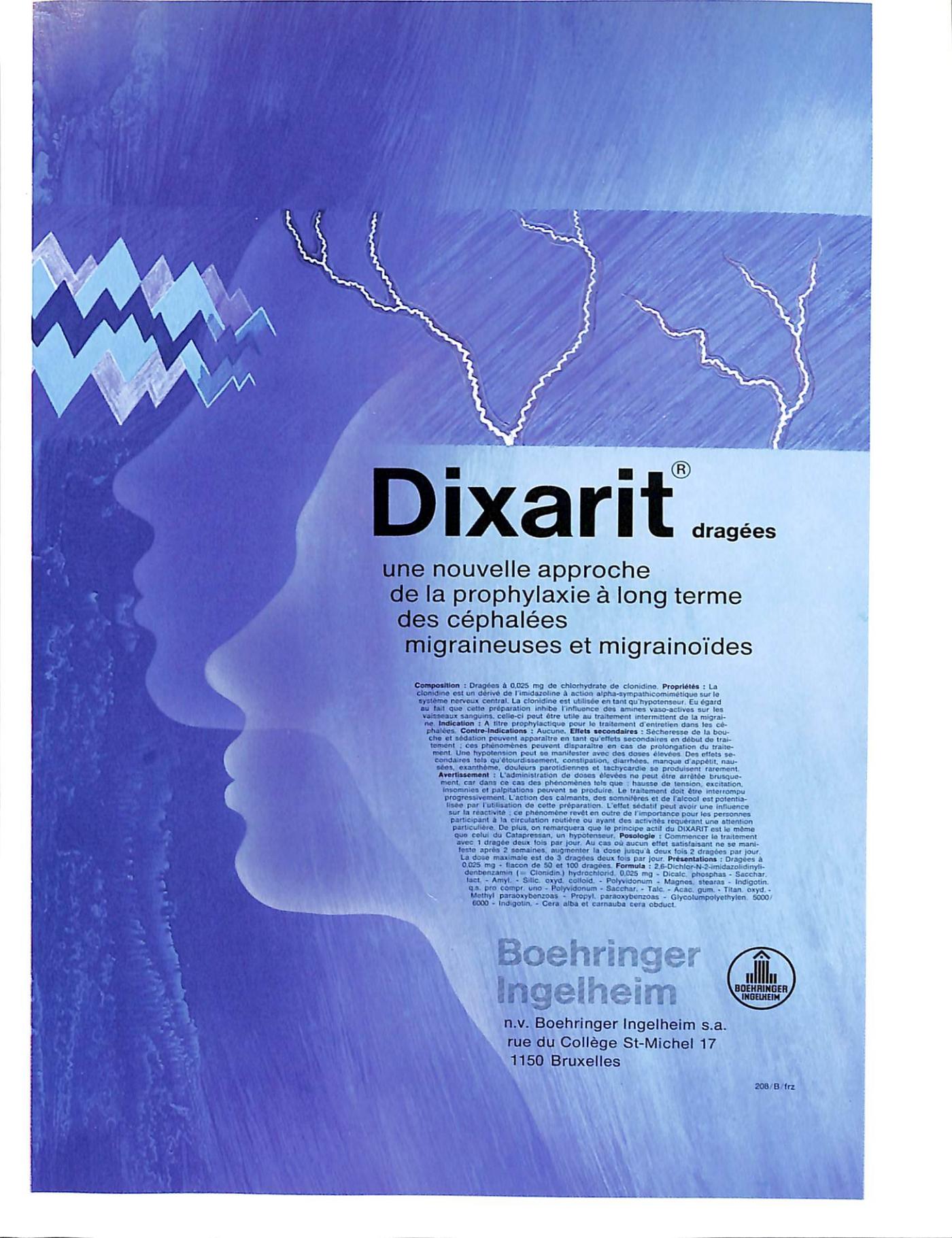
Daguin



Biscuits diététiques à base de son
pour faciliter le transit intestinal

Distribué par les Laboratoires STELLA
B-4600 CHENEE





Dixarit[®] dragées

une nouvelle approche
de la prophylaxie à long terme
des céphalées
migraineuses et migrainoïdes

Composition : Dragées à 0,025 mg de chlorhydrate de clonidine. **Propriétés :** La clonidine est un dérivé de l'imidazoline à action alpha-sympathicométrique sur le système nerveux central. La clonidine est utilisée en tant qu'hypotenseur. Eu égard au fait que cette préparation inhibe l'influence des amines vaso-actives sur les vaisseaux sanguins, celle-ci peut être utile au traitement intermittent de la migraine. **Indication :** A titre prophylactique pour le traitement d'entretien dans les céphalées. **Contre-indications :** Aucune. **Effets secondaires :** Sécheresse de la bouche et sédation peuvent apparaître en tant qu'effets secondaires en début de traitement ; ces phénomènes peuvent disparaître en cas de prolongation du traitement. Une hypotension peut se manifester avec des doses élevées. Des effets secondaires tels qu'étourdissement, constipation, diarrhées, manque d'appétit, nausées, exanthème, douleurs parotidiennes et tachycardie se produisent rarement. **Avertissement :** L'administration de doses élevées ne peut être arrêtée brusquement, car dans ce cas des phénomènes tels que : hausse de tension, excitation, insomnies et palpitations peuvent se produire. Le traitement doit être interrompu progressivement. L'action des calmants, des somnifères et de l'alcool est potentialisée par l'utilisation de cette préparation. L'effet sédatif peut avoir une influence sur la réactivité ; ce phénomène revêt en outre de l'importance pour les personnes participant à la circulation routière ou ayant des activités requérant une attention particulière. De plus, on remarquera que le principe actif du DIXARIT est le même que celui du Catapresan, un hypotenseur. **Posologie :** Commencer le traitement avec 1 dragée deux fois par jour. Au cas où aucun effet satisfaisant ne se manifeste après 2 semaines, augmenter la dose jusqu'à deux fois 2 dragées par jour. La dose maximale est de 3 dragées deux fois par jour. **Présentations :** Dragées à 0,025 mg - flacon de 50 et 100 dragées. **Formula :** 2-Ethyl-6-(2-imidazolinyl)-denbenzamin (= Clonidin) hydrochlorid, 0,025 mg - Dicalc. phosphas - Sacchar. lact. - Amyl. - Silic. oxyd. colloid. - Polyvidonum - Magnés. stearas - Indigotin. q.s. pro compr. uno - Polyvidonum - Sacchar. - Tale. - Acac. gum. - Titan. oxyd. - Methyl paraoxybenzoas - Propyl. paraoxybenzoas - Glycolumpolyethylen 5000/6000 - Indigotin. - Cera alba et carnauba cera obduct.

Boehringer
Ingelheim



n.v. Boehringer Ingelheim s.a.
rue du Collège St-Michel 17
1150 Bruxelles

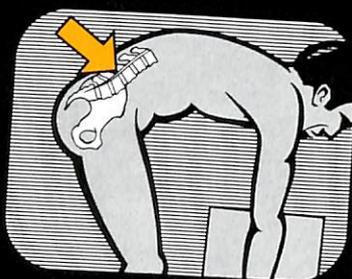
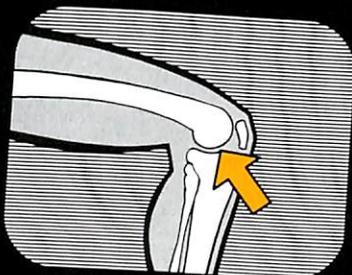
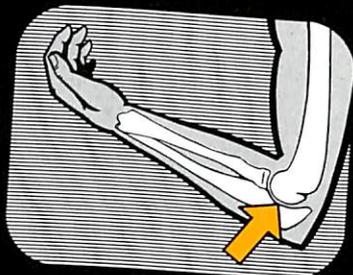
Lonarid[®]

comprimés

antalgique de choix
dans les

douleurs rhumatismales chroniques

- action antalgique rapide
- tolérance digestive et hématologique remarquable



Formule : β (diméthyl-n-octyl-ammon.)-aéthylbenziloic, ester, bromid, 20 mg - 4-acétylamino-phénol (paracétamol) 400 mg - Acid, 5-isoamyl-5-aéthylbarbituric, (amobarbital) 30 mg - Codein, phosphas 10 mg - Coffein, dessic, 50 mg - Gelatin, - Silic, oxyd, colloïd, - Amyl, - Sacchar, lact, - Magn, stearas q.s. pro compr, uno. **Indications :** Douleurs de toute nature susceptibles d'apparaître dans les différentes spécialités de la médecine telles que Médecine Générale, Médecine Interne, Chirurgie, Oto-rhinolaryngologie, Pédiatrie et Odontologie. **Posologie :** Adultes et enfants de plus de 12 ans, selon l'âge du patient et l'intensité des douleurs : 1, au besoin 2 comprimés jusqu'à 3 fois par jour, à prendre avec un peu de liquide. Dose orale unitaire conseillée chez les enfants d'âge scolaire : 1/2 comprimé. **Remarques :** L'action des constituants sédatifs du Lonarid est largement compensée par la caféine. En cas d'absorption constante à doses élevées, il est toutefois possible de constater une sédation marquée, pouvant inhiber les réflexes des automobilistes et des personnes prenant part à la circulation. Ce médicament contient du paracétamol, un dérivé de la phénacétine. L'usage prolongé de ce médicament peut provoquer de graves altérations rénales. Ne pas utiliser plus de 10 jours sans consulter un médecin. **Présentations :** Comprimés sécables : Tube de 20 comprimés. Conditionnement clinique de 200 comprimés.

**Boehringer
Ingelheim**



n.v. Boehringer Ingelheim s.a.
rue du Collège St-Michel 17
1150 Bruxelles

TABLEAU II

REPARTITION DES REPONSES DANS LES DIFFERENTES SPECIALITES MEDICALES

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Médecine Générale | : 42 réponses (sur 108/38,8 %) |
| Médecine Interne | : 24 (sur 51/47 %) |
| Dentistes | : 13 |
| Chirurgie | : 9 |
| Gynécologie | : 8 |
| Pharmaciens | : 8 |
| Ophthalmologie | : 6 |
| Pédiatrie | : 6 |
| Neuro-Psychiatrie | : 5 |
| Radiologie | : 5 |
| ORL | : 3 |
| Pneumologie | : 3 |
| Urologie | : 3 |

(Les spécialités représentées par moins de 3 réponses, ne sont pas considérées dans ce tableau).

TABLEAU III

LE TABLEAU III NOUS RENSEIGNE SUR LES REPONSES AU POINT 3, DONT 93 REPONSES (62,4 %) SONT EVALUABLES.

| | attitudes thérapeut. | Communicat. brèves | Lettres à l'éditeur | Mises au point | Nouvelles prof. | Présentat. mat. origin. | Revue ex- tensives | Autres |
|----------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|--------|
| 1er lieu | 24 | 17 | — | 20 | 10 | 6 | 18 | — |
| 2e lieu | 34 | 24 | — | 12 | 6 | 9 | 9 | — |
| 3e lieu | 15 | 25 | 6 | 17 | 13 | 11 | 11 | — |
| 4e lieu | 10 | 15 | 7 | 18 | 8 | 15 | 13 | — |
| 5e lieu | 4 | 7 | 17 | 9 | 13 | 13 | 7 | — |
| 6e lieu | 4 | 2 | 16 | 8 | 14 | 16 | 4 | — |
| 7e lieu | 2 | 1 | 17 | 5 | 16 | 5 | 12 | — |
| | 93 (1) | 91 (2) | 63 (7) | 89 (3) | 80 (4) | 75 (5) | 74 (6) | |

A la question No 4 «Le fait qu'il y ait de la publicité à l'intérieur d'un article, vous gêne-t-il?», 45 personnes ont répondu affirmativement (30,2 %). Les autres 104 (69,8 %) ne sont pas gênés par ce fait.

Les réponses au points 5 et 6 du questionnaire constituent le tableau IV qui montre que la plupart des réponses sont dirigées vers un périodique local et un périodique suprarégional multilingues. Chez les généralistes on note une tendance vers le français. En ce qui concerne les périodiques suprarégionaux, on constate aussi que les spécialistes en médecine interne aimeraient des articles en français et anglais.

TABLEAU IV

| spécialité | Langues périod. abonnés | périodique local | | | | | | périodique suprarégional | | | | | |
|--------------|-------------------------|------------------|---------------|-------|-----|------|-------------|--------------------------|---------------|-------|------|-------------|----|
| | | multi | fr. all. + | angl. | fr. | all. | fr. + angl. | multi | fr. all. + | angl. | all. | fr. + angl. | |
| Méd. Int. | all. fr. angl. | 18 | 5 | 1 | — | — | — | 13 | — | — | — | — | 11 |
| Méd. Gén. | all. fr. angl. | 22 | 4 | 16 | — | — | — | 31 | 5 | 8 | — | — | — |
| Gastro | all. fr. angl. | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — |
| Cardio | fr. angl. | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Dermato | all. fr. angl. | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — |
| Anesthésie | all. fr. angl. | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — |
| Pneumo | all. fr. angl. | 2 | — | 1 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — |
| Urologie | all. fr. angl. | 2 | — | 1 | — | — | — | 2 | — | 1 | — | — | — |
| Hémato | all. fr. | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — |
| Microbio | angl. | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — |
| Chirurgie | all. fr. angl. | 7 | 1 | — | — | — | — | 5 | — | — | 3 | — | — |
| Orthopédie | fr. angl. | non év. | | | | | | non év. | | | | | |
| Rhumato | all. fr. angl. | 1 | — | 1 | — | — | — | 2 | — | 1 | — | — | 1 |
| Ophthalmo | all. fr. angl. | 2 | 3 | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — |
| Neuro-Psy | all. fr. | 5 | — | — | — | — | — | 5 | — | — | — | — | — |
| Radio | all. fr. angl. | 1 | 3 | — | — | 1 | — | 3 | — | 2 | — | — | — |
| Gynéco | all. fr. angl. | 5 | — | 3 | — | — | — | 5 | — | — | — | — | 3 |
| ORL | all. fr. angl. | 3 | — | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — |
| Pharmacie | all. fr. angl. | 5 | 3 | — | — | — | — | 5 | — | 1 | 1 | — | — |
| Vétérinaires | all. fr. | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Dentistes | all. fr. angl. | 7 | 2 | 3 | — | — | — | 9 | — | 1 | 1 | 1 | — |
| Pédiatrie | all. fr. angl. | 4 | — | 2 | — | — | — | 4 | — | 2 | — | — | — |
| | | 88 | 20 | 33 | — | — | — | 95 | 6 | 18 | 9 | — | 15 |

abréviations : multi = multilingue, all. = allemand, fr = français, angl. = anglais.

CONCLUSION :

Le taux relativement faible des réponses évaluables (22,9 %) empêche d'affirmer que la population étudiée exprime l'opinion de l'ensemble des abonnés contactés.

Toutefois, ces résultats suggèrent quelques commentaires :

- La lecture de périodiques médicaux constitue un moyen d'information important. Ceci est ressorti également d'études faites antérieurement (1) où l'information de périodiques venait en tête suivie de congrès et index bibliographiques.
- Les rubriques choisies de préférence en sont une confirmation : attitudes thérapeutiques, communications brèves, mises au point, nouvelles professionnelles, présentation de matériel original, revues extensives, lettres à l'éditeur.
- La langue préférée des périodiques abonnés est en rapport d'une part avec la langue utilisée au cours de la formation des différentes personnes et d'autre part, surtout pour l'anglais, avec la qualité des revues médicales existantes.
- D'autre part on remarque également qu'un grand nombre de gens restent fidèles aux journaux en rapport avec leur faculté (Journal Médical de Strasbourg, Journal des Sciences Médicales de Lille, Danish Medical Journal, Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Annales Médicales de Nancy, Louvain Médical, etc. . . .)
- Il est à relever que dans l'ensemble la majorité des réponses se trouvent dans le groupe des internistes et des généralistes qui sont également les abonnés les plus concernés par ce genre de périodiques, les sous-spécialités étant souvent obligées de sélectionner leurs abonnements dans un nombre plus petit de périodiques.
- Par rapport à une étude faite en 1970 (2), le nombre de réponses a été nettement inférieur et cela est dû selon toute probabilité à la longueur du questionnaire qui à ce moment là se limitait à l'année de naissance du destinataire et au nombre de périodiques abonnés.
Toutefois le chiffre moyen d'abonnements est sensiblement le même : 2,65 par personne en 1970 par rapport à 2,72 actuellement.
- Les problèmes de langue qui ont été retrouvés dans des études antérieures en France (1) sont moins importants au Luxembourg : le tableau No IV est en faveur des journaux multilingues.

REFERENCES

1. Orehek J., Arnaud A., Vervloet D., Charpin J. :
Que lisent les pneumologues français? Essai
d'évaluation par une enquête nationale.
Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. : in print
2. Schaus R., Michels A. : La circulation des pé-
riodiques médicaux étrangers au Grand-Duché
de Luxembourg.
Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. 108, 1971

EPIPROPANE®

thérapeutique de base anti-épileptique



FORMULE: Magnes. phenobarbital. 100 mg - Amphetamin. sulf. 2.5 mg - Magnes. hydr. - Amyl. - Kaolin - Calc. phosphoric. tribasic. - Magnes. stearas q.s. pro tablet. compressa. INDICATIONS: Epilepsie (grand mal et formes mixtes). POSOLOGIE: Il faudra toujours tenir compte de la sensibilité individuelle du malade. A titre indicatif: formes bénignes $1\frac{1}{2}$ à 1 compr. par 24 heures - formes moyennes 1 à 2 compr. par 24 heures - formes graves 4 à 6 compr. par 24 heures. PRÉSENTATIONS: Flaçon de 20 et 100 comprimés sécables. Conditionnement clinique de 500 comprimés. AVERTISSEMENT: Un résultat ne doit être escompté que si la médication est respectée chaque jour, sans omettre une seule prise. L'arrêt brusque du traitement peut être extrêmement dangereux en faisant apparaître des crises graves, parfois difficile à juguler. PRECAUTIONS - ANTIDOTE - TOLERANCE: Il est recommandé d'éviter les boissons alcooliques et les antihistaminiques afin de prévenir une potentialisation des effets. La prudence s'impose en cas d'hypersensibilité aux barbituriques ou d'insuffisance hépatique ou rénale grave. Il est conseillé de surveiller la tension du patient. En cas d'absorption accidentelle massive, il y a lieu d'utiliser les moyens d'évacuation classiques sous contrôle médical. L'Épipropane réduit au minimum les contre-indications de la médication barbiturique; ne provoque pas de somnolence, évite les pertes de mémoire, permet le travail intellectuel. En cours de traitement par l'Épipropane, il n'y a pas lieu d'augmenter la dose prescrite ni de craindre une accoutumance. CONSERVATION: Dans un endroit sec.

laboratoires therapeutica
512, rue de genève - 1030 bruxelles

L'insuffisance cérébrale:

Elle n'est pas forcément une insuffisance circulatoire...

Aujourd'hui, on peut considérer comme un fait établi qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre une artériosclérose des vaisseaux cérébraux et l'affection sénile qualifiée d'insuffisance cérébrale.¹⁾

... parce que le trouble primaire est une diminution de l'activité métabolique du neurone

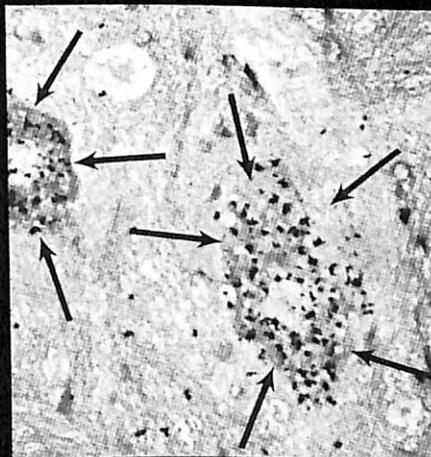
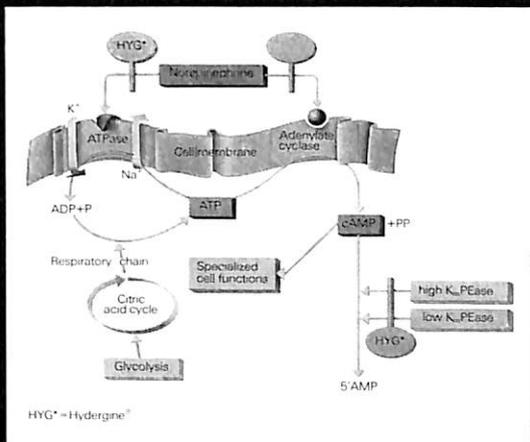
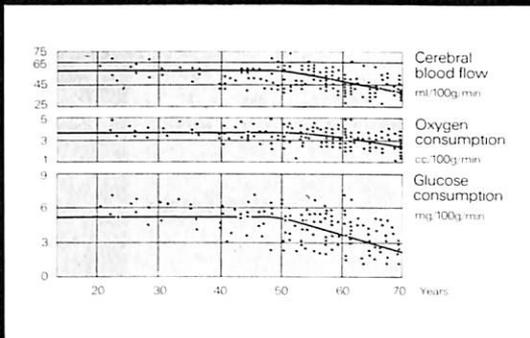
C'est une des conclusions auxquelles aboutit le dossier expérimental que la Recherche fondamentale de Sandoz a présenté à la FASEB (Federation of American Societies for Experimental Biology).

Conséquence thérapeutique

L'objectivation de l'étiologie métabolique de l'insuffisance cérébrale force à réviser le concept traditionnel de la thérapeutique de cette affection: la logique exige que le traitement soit orienté vers une compensation des perturbations du métabolisme neuronal – ce que fait l'Hydergine.²⁾

L'Hydergine[®] est un activateur du métabolisme neuronal

Inhibant la phosphodiesterase, l'Hydergine[®] augmente la teneur cellulaire en AMPc. Parallèlement, grâce à ses vertus adrénolytiques, elle réduit la dégradation excessive d'ATP induite par les catécholamines: le recaptage de la noradrénaline par les synapses est inhibé et l'activité ATP-asiq, stimulée par les catécholamines, est réduite à des valeurs normales. C'est dans cette meilleure économie du métabolisme neuronal, conséquence d'une meilleure utilisation de l'énergie, qu'il faut chercher la cause des effets bénéfiques de l'Hydergine.



Hydergine[®] – affinité élevée pour le neurone

60% de l'Hydergine[®] tritiée sont concentrés sur les synapses neuronales.²⁾

L'efficacité de l'Hydergine[®] est établie

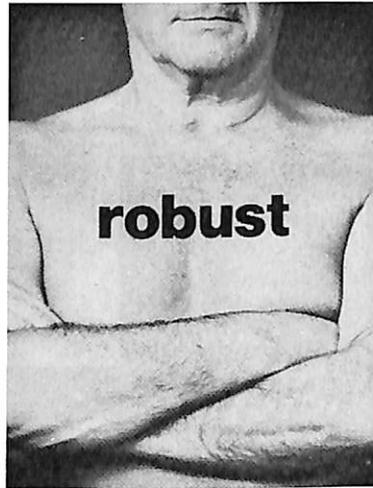
L'efficacité de l'Hydergine[®] est attestée par un dossier clinique qui, dans ce domaine, ne craint aucune comparaison. 37 études contrôlées provenant de Grande-Bretagne, des Etats-Unis, du Canada, d'Allemagne, de France, de Belgique et de la Suisse, convergent vers la même conclusion: l'Hydergine[®] est efficace contre les symptômes de l'insuffisance cérébrale. Sa tolérance est excellente.

1. Meier-Ruge, W., Gygas, P. et al.: Contribution à la physiopathologie du cerveau âgé. Rev. Med. Fonctionnelle 8, 177 (1974).
2. Meier-Ruge, W., Schieweck, Ch., Iwanhoff, P.: The distribution of (³H-) Hydergine in the cat brain. IRCS Int. Res. Commun. Syst. 4 (1973).

Hydergine[®] – activateur du métabolisme neuronal.

Posologie: 1 comprimé à 1,5 mg ou 30 gouttes 3 fois par jour pendant 3 mois. Composition: Méthanesulfonates de dihydroergocorinine, dihydroergocristine et dihydroergokryptine à parts égales (ad 1,5 mg). Présentation: comprimés (1,5 mg): 30 et 100; solution-gouttes (20 gouttes = 1 mg = 1 ml): 15, 50 et 100 ml. Toutes les formes sont admises par les caisses-maladie. Tolérance: Hydergine[®] est extrêmement bien tolérée. Nausées et légère congestion nasale peuvent exceptionnellement apparaître, mais n'impliquent pas l'arrêt du traitement. Contre-indication: aucune connue. Pour toutes informations complémentaires adressez vous à

außen:



robust

innen: eine Indikation für

Mucopront

NEU
von 

Befund: zäher Schleim,
Zwangshusten, besonders morgens,
eingeschränkte Lungenfunktion

Diagnose: chronisches, kompliziertes,
bronchitisches Syndrom,
Verdacht auf Bronchiektasie

Therapieprinzip: zähen Schleim verflüssigen,
den Obstruktionsfolgen vorbeugen

Prognose: die internationale klinische Erfahrung
bescheinigt der Mucopront-Wirksamkeit
Carbocistein außerordentlich gute
therapeutische Erfolgsaussichten.

Mucopront

— zur mucoregulierenden Therapie —
**macht zähen Mucus
rasch liquide**



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Illertissen

Mucopront Kapseln/Saft

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 375 mg Carbocistein, 5 g Saft enthalten: 280 mg Carbocistein-Natrium, entsprechend 250 mg Carbocistein. **Anwendungsgebiete:** Mucopront ist angezeigt bei Erkrankungen der Atemwege, die mit abnormer Schleimbildung einhergehen: akute und chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Lungenentzündung, Lungentuberkulose, Staublunge, Entzündungen im Bereich der Luftröhre und des Kehlkopfes. **Gegenanzeigen:** Während der Schwangerschaft sollte die Anwendung von Mucopront nur unter strenger Indikationsstellung erfolgen. **Nebenwirkungen:** Bei der empfohlenen Dosierung kommt es selten zu Nebenwirkungen. Gelegentlich können Magen-Darm-Beschwerden auftreten, in diesen Fällen ist die Dosis zu reduzieren.

Wechselwirkungen: Bisher keine bekannt. **Hinweis:** Mucopront Saft ist auch für Diabetiker geeignet. **Dosierung:** Kapseln: Erwachsene anfangs 3mal täglich 2 Kapseln, nach Besserung der Beschwerden 4mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit. Saft: Erwachsene anfangs 3mal täglich 1 Eßlöffel, nach Besserung der Beschwerden 3mal täglich 2 Teelöffel. Saft Kinder von 5 bis 12 Jahren 3mal täglich 1 Teelöffel, Kinder von 1 bis 5 Jahren 2mal täglich 1 Teelöffel. Saft. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Mucopront Kapseln: O.P. mit 20 Kapseln; O.P. mit 50 Kapseln; Mucopront Saft: O.P. mit 200 ml. **Repräsentant général au Grand-Duché:** Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A.

Quelques causes rares d'occlusion mécanique de l'intestin grêle chez l'adulte

Ph. POIVRET, F. OGORZALY,
R. BENICHOUX

INTRODUCTION

L'occlusion mécanique de l'intestin grêle doit être opérée le plus tôt possible pour éviter la gangrène intestinale. Elle survient en cas d'étranglement, d'obstruction interne par corps étrangers, de rétrécissement post-traumatique, les causes les plus fréquentes étant les brides post-opératoires et les étranglements herniaires. Ainsi en dehors de ces deux situations, l'origine est toujours difficile à discerner. Le doute peut même alors s'étendre au diagnostic, d'autant que l'occlusion basse du grêle, au début, peut se présenter avec un masque rassurant.

En quatre ans, de 1974 à 1978, nous avons collecté quatre cas d'occlusion mécanique de grêle de cause inhabituelle. Nous les rapportons pour rappeler que, dès le diagnostic posé, même dans l'ignorance de la cause, la laparotomie est obligatoire.

CLINIQUE CHIRURGICALE A
C.H.U. de BRABOIS
54500 VANDOEUVRE LES NANCY

MOTS CLES :
INTESTIN GRELE, OCCLUSION AIGUE
CAUSES RARES.

TITRE COURANT :
OCCLUSION AIGUE DU GRELE

Adresse pour les demandes de tirés à part :

Prof. R. BENICHOUX, Clinique Chirurgicale A, C.H.U. de Brabois, 54500 VANDOEUVRE LES NANCY.

DESCRIPTION DES OBSERVATIONS

Observation No 1 : 78 ans. Syndrome occlusif aigu vu le 1er octobre 1974. Cette malade en est à sa troisième hospitalisation. La première fois, il s'agissait d'une hernie crurale étranglée avec réintégration d'une anse grêle incarcérée qui avait repris une couleur subnormale. Malgré des suites immédiates normales, la malade est réhospitalisée quatre mois après pour des troubles occlusifs. Après deux jours d'hospitalisation, un transit digestif normal est à nouveau récupéré, avec

images radiologiques normales et la malade est renvoyée. La laparotomie pratiquée au cours du troisième séjour révèle un rétrécissement de l'intestin grêle sur dix centimètres. La résection segmentaire a eu des suites normales.

Ainsi une anse grêle incarcerated dans un étranglement herniaire, cyanosée et oedémateuse, peut à tort donner l'apparence d'une récupération spontanée. Secondairement, les lésions ischémiques ont évolué vers la sclérose rétractile.

Observation No 2 : Jeune ouvrier de 25 ans, hospitalisé le 10. 04. 1976 pour un syndrome abdominal aigu. Il a déjà été hospitalisé 11 Jours auparavant dans un autre service à la suite d'un violent traumatisme abdominal appuyé. La récupération d'un transit digestif avait paru suffisamment rassurante pour autoriser sa sortie. La nouvelle hospitalisation est motivée par des douleurs abdominales épigastriques, quelques vomissements, arrêt des matières mais pas des gaz. Hyperleucocytose à 12.000 et aéroiléie diffuse. Un niveau liquide est d'abord visualisé dans l'hypocondre gauche, il disparaît ensuite. Comme on constate la persistance d'une importante contusion dorsale, on s'oriente vers le diagnostic d'hématome rétropéritonéal avec iléus paralytique. La situation clinique et radiologique s'améliore spontanément pour autoriser sa sortie huit jours après. Mais deux jours plus tard, troisième hospitalisation motivée par un nouveau syndrome occlusif avec à nouveau aéroiléie. L'indication ne fait alors plus de doute. L'opération, pratiquée 22 jours après le traumatisme initial, découvre sur le grêle trois zones de muqueuse ulcérée avec séreuse conservée. Une très forte réaction inflammatoire plaque le grêle à la vessie. Résection de trente centimètres de grêle. Suites normales.

En somme, traumatisme abdominal appuyé sous estimé au cours des deux premières hospitalisations. L'importance de la contusion postérieure oriente vers un iléus paralytique consécutif à un hématome rétropéritonéal. La persistance des

signes occlusifs décide à l'opération 22 jours après l'accident. Il s'agissait d'une rupture incomplète sous séreuse de la paroi intestinale. Aucune ponction-lavage péritonéale n'avait été pratiquée.

Observation No 3 : Syndrome occlusif apparu depuis quelques heures chez un homme de 55 ans : violentes douleurs abdominales avec vomissements et arrêt des matières et des gaz. L'abdomen est météorisé dans son ensemble, sans matité, avec une défense de l'hypocondre droit. L'ampoule rectale est vide. Etat général conservé. Aucun antécédent de traumatisme ou de douleur abdominale sauf un an auparavant, expulsion d'un ténia de neuf mètres de long, sans la tête. Aucune cicatrice de laparotomie. La radiographie montre des niveaux sur le grêle, sans calculs visibles ni pneumopéritoine. Aspiration digestive intermittente. L'émission de gaz et de quelques matières permet d'espérer une levée spontanée de l'occlusion et de n'intervenir qu'après avoir fixé l'étiologie. Reprise de l'alimentation. L'occlusion se réinstalle avec augmentation de l'aéro-iléie. Ceci décide à l'opération cinq jours après le début de l'hospitalisation. Elle révèle l'incarcération de la dernière anse grêle dans un orifice du grand épiploon, près de son bord libre. L'anse dégagée a gardé sa vitalité. On constate par ailleurs, en amont, un sillon sur le grêle, témoin d'une incarceration plus ancienne avec dégagement spontané. Suites normales.

En somme : Incarcération du grêle dans un orifice apparemment naturel du grand épiploon.

Observation No 4 : Chez un homme de 67 ans, obstruction franche aiguë avec aéro-iléie considérable. Ce malade a été opéré il y a 5 ans, de hernie inguinale bilatérale, sans récurrence. Aucune cicatrice de laparotomie. La décision opératoire conduit à la découverte d'une incarceration d'une anse grêle sous une bride allant du coecum à l'orifice inguinal droit. Elle est sectionnée et le grêle peut être conservé. Les suites sont normales. La seule explication à cette bride est une

appendicectomie pratiquée au cours de la cure préalable de hernie inguinale.

En somme : Etranglement du grêle par une bride consécutive à une cure de hernie inguinale, accompagnée d'appendicectomie.

DISCUSSION

Les observations présentées sont instructives au plan du diagnostic et de la thérapeutique. Le tableau suivant les résume :

| Age | Antécédents | Délai de l'opération | Nature Occlusion |
|-----|-------------------------------|----------------------|-------------------------|
| 78 | Cure hernie crurale étranglée | 4 mois | Rétr. Cicatriciel |
| 25 | Trauma abdominal appuyé | 22 jours | Rupture sous séreuse |
| 55 | Ténia | 5 jours | Orifice dans l'épiploon |
| 67 | Cure hernie ing. simple. | Immédiate | Bride coecum-cicatrice |

Le diagnostic n'a été immédiatement évident avec une occlusion franche aiguë que dans deux cas sur quatre. Pour les deux autres cas, l'occlusion n'a jamais été franche, mais entrecoupée de phases de transit intestinal apparemment normal. Dans un cas même, l'occlusion a été présumée d'origine paralytique, puisqu'on a pensé à la possibilité d'un hématome rétro-péritonéal. Le diagnostic de la cause de l'occlusion n'a été fait que pour la première malade qui avait été opérée 4 mois auparavant: d'une hernie crurale étranglée avec une anse grêle à la limite de viabilité. Pour tous les autres patients, la laparotomie a été décidée de principe.

L'opération elle-même n'a jamais posé de problème. Elle a consisté en deux résections du grêle et deux désincarcérations simples (1 bride sectionnée, 1 orifice supprimé dans l'épiploon par résection de ce dernier).

La littérature chirurgicale moderne est plutôt avare de statistiques sur les occlusions mécaniques de l'intestin grêle et leurs causes. On semblait jusqu'à maintenant se contenter des certitudes classiques concernant la plus grande fréquence des étranglements herniaires ou des in-

carcérations sous une bride ou des adhérences post-laparotomie (1). Les hernies internes, volvulus, invaginations, rétrécissements, obstructions, ont toujours été considérés comme des raretés (2, 3, 4, 5, 6, 7). Les sténoses de l'intestin grêle à distance d'un étranglement herniaire sont connues (8). Une récente statistique groupant toutes les occlusions du grêle observées dans un grand hôpital pendant neuf ans, vient pourtant d'être publiée (9). Elle ne fait que confirmer les données classiques avec 64 % de brides et adhérences, 24 % de hernies étranglées. Les 12 % restants se répartissent entre cancer, volvulus, invagination et entérite régionale.

Dans notre casuistique, la surprise n'a pas été grande dans les deux premiers cas de rétrécissement post-traumatique ou ischémique. De nombreux exemples en ont été publiés. Il en est de même pour l'observation No 4 où seule la nature de la bride d'incarcération était inattendue. Reste l'observation No 3 avec incarcération dans un orifice ancien, bien ourlé du grand épiploon. On a pu attribuer cet orifice à un traumatisme ancien de l'abdomen (10). Un cas approchant a été publié à travers un orifice du mésosalpinx (11).

CONCLUSION

En définitive, nos quatre observations d'occlusion mécanique du grêle ne sont exceptionnelles qu'en apparence. Nous ne les publions que pour confirmer la règle fondamentale de la laparotomie dans l'occlusion mécanique du grêle.

RESUME

Les auteurs présentent quatre observations d'occlusion aiguë ou sub-aiguë du grêle, de causes inhabituelles : deux sténoses cicatricielles après traumatisme ou hernie étranglée, deux étranglements exceptionnels : orifice du grand épiploon et bride sur cure de hernie inguinale avec appendicectomie. Malgré la difficulté du diagnostic et le retard de l'indication opératoire, les interventions et les suites ont été simples. Ils rappellent que même en l'absence d'étranglement ou d'opération

antérieure, toute occlusion aiguë du grêle justifie une laparotomie.

SUMMARY

The authors report four cases of acute ileus of the small intestine, excluding a strangulated hernia or a previous abdominal operation : two sclerotic stenosis of the small intestine (following an abdominal trauma and an operation for strangulated hernia) and two rare strangulations (hole of the greater omentum and adhesion after an appendectomy through an incision for inguinal hernia). The operations (two resections of the necrosed intestine and two suppressions of the strangulation) were uneventful, in spite of the late diagnosis due to the search of the causes and the delay of the operation. Emphasis is repeated on the fact that even with an unknown cause, acute ileus of the small intestine needs a laparotomy.

BIBLIOGRAPHIE

1. **TINKER (M.A.), TEICHER (I.), BURDMAN(D.)**. Cellulose granulomas and their relationship to intestinal obstruction. *Am. J. Surg.*, 1977, **133**, 134-139.
2. **TH'ASZ (M.)** Mechanical ileus of the small intestine. *Zontrabl. Chir.*, 1972, **97**, 1441-1446.
3. **KAINBERGER (F.)** Rare causes of mechanical ileus of the small intestine. *Wien Z Inn Med.*, 1972, **53**, 313-318.
4. **TACZANOWSKI (W.), KRAWCZYK(M.)**. Mechanical obstruction of the small intestine due to obturation of the intestinal lumen by orange morsel. *Pol. przegl. Chir.*, 1972, **44**, 745-746.
5. **DELABY (F.), BLOCH (P.)**. Small intestinal occlusion by primary neoplastic stenosis. Concerning 10 patients. *J. Radiol. Electrol. Med. Nucl.*, 1975, **56**, 847-853.
6. **GILLET (M.), PHILIPPE (E.), STEOBNER (P.), SAVA (G.), VIVILLE (C.), GRENIER (J.F.)**. Sténoses cicatricielles de l'intestin grêle d'origine ischémique. *Ann. Chir.*, 1969, **23**, 481-491.
7. **OGORZALY (F.)**. La sténose post-traumatique du grêle. Thèse Médecine, Nancy, 1977.
8. **RIBET (M.), WURTZ (A.), CAILLAFE (R.)**. Sténose de l'intestin grêle après étranglement herniaire. *J. Chir.*, 1976, **111**, 471-476.
9. **NYHUS (L.M.), STEWARDSON (R.H.), BOMBECK (C.T.)**. Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann. Surg.*, 1978, **187**, 189-193.
10. **BRETTEL (H.F.)**. Blunt abdominal trauma and injuries of the great omentum. *Z. Rechtsmed.*, 1977, **80**, 167-169.
11. **PETEREIT (M.F.)**. Internal hernia through a mesosalpinx defect : a rare cause of distal mechanical small bowel obstruction. Case report. *S.D. J. Med.*, 1973, **26**, 29-30.

INDICATIONS : L'activité du NOOTROPIL en fait, chez le vieillard, une médication d'appoint sérieuse dans la correction de l'asthénie, des troubles de la vigilance, de l'attention et de l'activité psychomotrice. Il permet par conséquent une meilleure adaptation au milieu. Le NOOTROPIL possède une action thérapeutique sur les syndromes psycho-organiques consécutifs à un traumatisme crânien (syndrome dit « subjectif », des traumatismes crâniens) et sur le décours des comas et des troubles profonds de la conscience d'origine post-traumatique. Le NOOTROPIL utilise pendant 5 jours permet de raccourcir la cure de sevrage chez l'alcoolique chronique. Cependant, en cas de carence vitamínique ou d'excitation psychomotrice majeure, le traitement classique par des vitamines ou par des sédatifs, reste indiqué. Le NOOTROPIL n'est pas actif dans le cas de démences constituées et de lésions cérébrales irréversibles.

CONTRE-INDICATIONS : Le NOOTROPIL n'ayant pas révélé de toxicité à ce jour, aucune contre-indication n'a été mise en évidence.

POSOLOGIE. — Dans les cas chroniques : Utiliser de préférence la voie orale : au début, prendre 2,4 g par jour en 3 prises. Après obtention de l'effet désiré, cette dose sera progressivement réduite à 1,2 g par jour (en 3 prises).

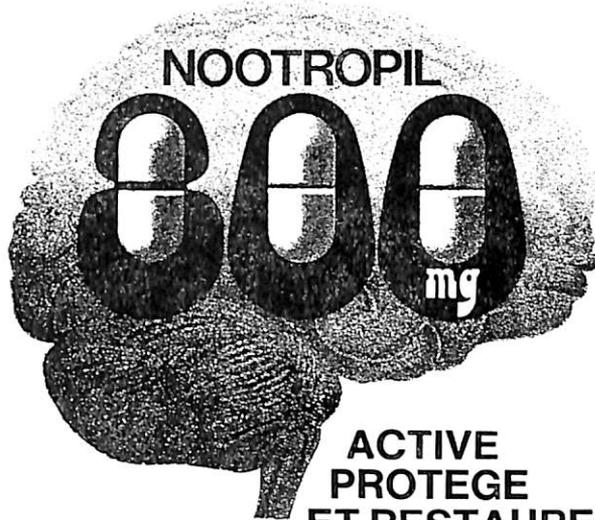
Dans les cas aigus : Utiliser la voie parentérale : injection intraveineuse ou intramusculaire d'une ampoule à 1 g. Dans les comas et les troubles profonds de la conscience d'origine post-traumatique, il est utile de commencer par une posologie élevée (1 à 3 g) trois fois par jour, en i.v. ou i.m. Dès que l'amélioration de l'état de conscience le permet, on peut passer à la forme orale.

Dans les cures de sevrage alcoolique : Utiliser de préférence la voie parentérale : trois à quatre fois une ampoule à 1 g par jour.

CONDUITE DU TRAITEMENT. — Dans les syndromes psycho-organiques consécutifs à l'involution sénile et à un traumatisme crânien (syndrome dit « subjectif » des traumatismes crâniens), l'amélioration commence en général à se manifester vers la troisième semaine. Afin de la parfaire et de la maintenir, il convient de poursuivre le traitement au-delà de cette période, suivant l'avis du médecin traitant. Dans les troubles profonds de la conscience, la durée du traitement reste fonction de l'évolution de chaque cas. Les techniques de réanimation et la rééquilibration hydro-ionique demeurent indispensables.

PRESENTATIONS ET FORMULES. — 60 gélules à 400 mg : 2-pyrrolidon. acétamid. 400 mg - Acid. silicic. part. methyl. - Magnés. stear. - Sacchar. lact. - q.s. pro capsul. gélatin. un. cum Titan. dioxyd. color cum Erythrosin. et Tartrazin. — 60 comprimés « film-coated » à 800 mg : 2-pyrrolidon. acétamid. 800 mg - Amyl. - Magnés. stear. - Polyvinylpyrrolidon. q.s. ad tablett. compress. un. ; Æthylcellulos. - Hydroxypropylmethylcellulos. - Hydroxypropylcellulos. - Propylène-glycol. - Titan. dioxyd. - Fav. Sunset lac. - Tartrazin. lac. color. obduct. — 12 ampoules pour injection à 1 g : 2-pyrrolidon. acétamid. 1 g - Natr. acet. - Aqua : q.s. ad ml 15. — 30 ampoules pour injection à 3 g : 2-pyrrolidon. acétamid. 3 g - Natr. acet. - Aqua : q.s. ad ml 15.

L'EFFICACITE SANS PROBLEME



**ACTIVE
PROTEGE
ET RESTAURE**
 la fonction noétique
 du cortex cérébral.

3x1 comprimé par jour

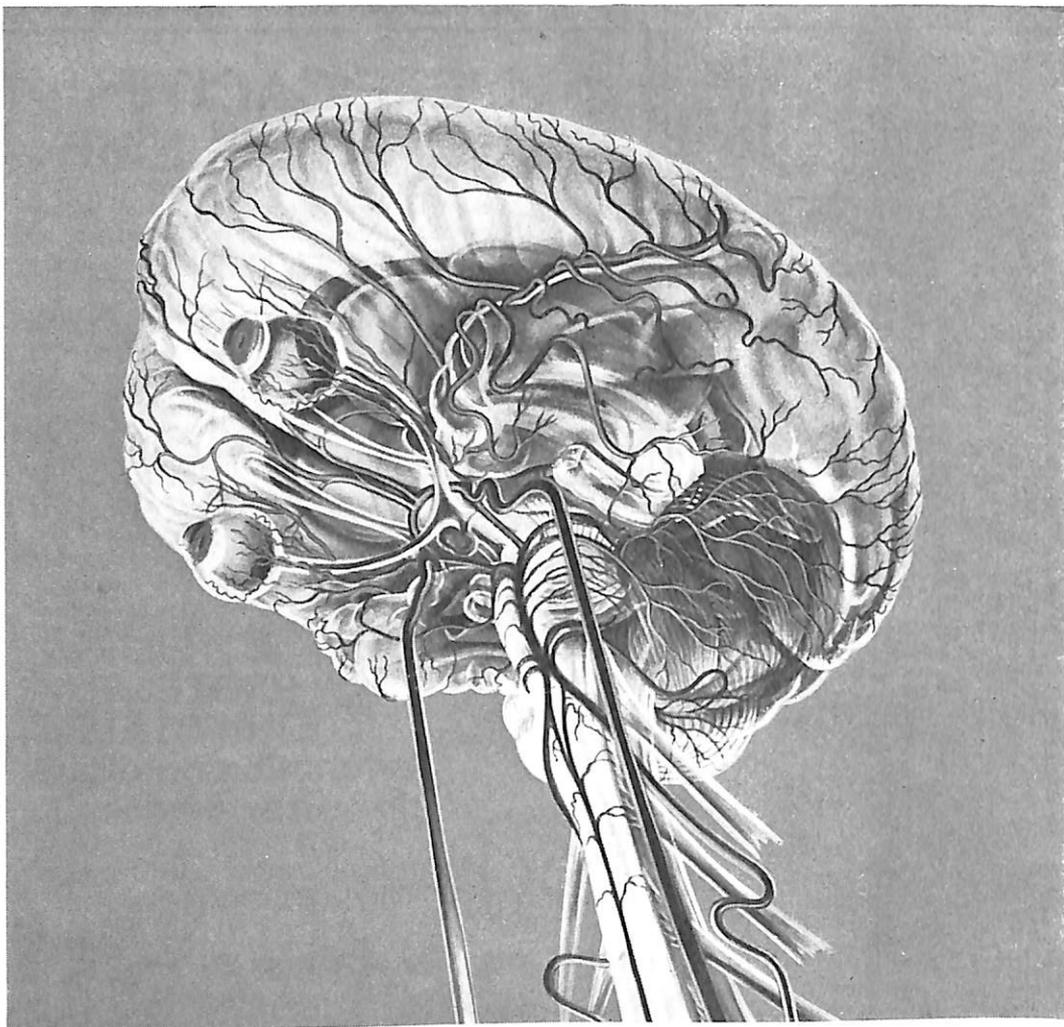
nootropil

800mg



Documentation scientifique
 Chée de Charleroi, 4 - 1060 BRUX.
 Tél. : 02/537.12.20 - Ext. 383

ucb sa. division pharmaceutique
 rue Berkendael 68 - 1060 BRUXELLES



IS-06-7611

ISKÉDYL

dans les insuffisances circulatoires cérébrales

Indications

- insuffisances circulatoires cérébrales,
- séquelles motrices ou sensorielles des accidents vasculaires cérébraux,
- symptomatologie fonctionnelle du malade vasculaire.

Formules

Iskédyl gouttes. Raubasine base 0,80 g.
Méthane sulfonate de dihydroergocristine

0,10 g. Excipient q.s.p. 100 ml de solution.
Iskédyl injectable. Raubasine base 6,25 mg. Méthane sulfonate de dihydroergocristine 0,3125 mg. Excipient q.s.p. 1 ampoule de 2,5 ml.

Présentations

Iskédyl gouttes. Flaçon de 30 ml.

Iskédyl injectable. Boîte de 6 ampoules de 2,5 ml

Posologies

Iskédyl gouttes. 90 à 120 gouttes par jour en trois prises.

Iskédyl injectable. 3 à 6 ampoules par jour.
N.B. Ne pas mélanger Iskédyl avec les solutés alcalins.

Laboratoires Pierre Fabre
Fimex - 125, rue de la Faisanderie, 75116 Paris

PROPHAC LUXEMBOURG - Case Postale 2063 - Tél. 48 24 82

Une forme d'hématorachis : l'hématome extra-dural spontané

Docteur A. VANNINEUSE *

INTRODUCTION

L'hématome extra-dural spinal spontané (HESS) est une variété rare d'hématorachis, mais son diagnostic doit être évoqué et confirmé devant un tableau de paraplégie d'installation brutale, car seul un traitement chirurgical promptement instauré est susceptible de prévenir une infirmité grave et définitive.

LE CAS CLINIQUE

Le patient, homme de 24 ans, non alcoolique et aux antécédents banaux, se plaignait depuis une semaine de douleurs interscapulaires modérées et épisodiques. Le 19 mai 1978, il s'écroule, atteint de violentes douleurs puis de paralysie brutale des deux membres inférieurs.

Il fut admis dans le service de Neuro-chirurgie six heures plus tard avec un tableau de paraplégie flasque et anesthésie remontant jusqu'au 2^e espace intercostal. Il présentait une détresse respiratoire avec cyanose, tachycardie et hypotension, sans autre pathologie associée. Tous les paramètres biologiques, en particulier la crase sanguine, étaient normaux, à l'exception des signes d'hypoxie.

Une myélographie à l'Amipaque fut immédiatement réalisée : **arrêt complet du produit de contraste, en bec de flûte postérieur au niveau de la 3^e vertèbre dorsale (D₃).**

* Centre Hospitalier de Luxembourg,
Service de Neuro-chirurgie, Chef de
service Docteur A. ROILGEN.

La laminectomie est entamée en D₃₋₄ et étendue jusqu'à la 7^e vertèbre cervicale, correspondant aux limites extrêmes d'un HESS postérieur, fait de caillots adhérents, dont l'épaisseur maximum de 1,5 cm se situe en D₂ et qui s'amincit vers le haut. Deux calcosphérites sont retrouvés en D₄, mais aucune lésion vasculaire ni tumorale macroscopique.

Dès le retour de la salle d'opération, le patient présente une hyperthermie atteignant 40°, sans signe bactériologique ni maladie systémique. Le transit digestif se rétablit au 5^e jour mais l'atonie sphinctérienne persista. Une assistance respiratoire fut nécessaire jusqu'au 13 mai. La paralysie sensitivo-motrice atteignait le niveau D₁₀ le 20 juin puis s'y stabilise pour un mois. La myélographie de contrôle est normale. Le patient sortit le 31 juillet 1978 et au contrôle à la mi-octobre, la récupération sensitive est complète, un automatisme sphinctérien s'est établi mais la paraplégie n'évolue plus.

DISCUSSION

La première observation d'HESS fut rapportée par JACKSON (8) en 1869; le nombre de cas recensés à ce jour (9) ne dépasse guère la centaine. Toutefois, quelques éléments remarquables peuvent être mis en évidence.

L'HESS se caractérise par une paraplégie sensitivomotrice, le plus souvent flasque, qui, sans distinction de sexe, frappe à tous les âges, rarement chez l'enfant (7, 15) et plus fréquemment au-delà de 50 ans. Plusieurs diagnostics différentiels sont évocables (tableau). En général, l'hématorachis survient brutalement, dans un tableau de douleurs aiguës localisées ou radiculaires, précédées parfois de prodromes douloureux modérés (15, 17) comme dans notre observation. La douleur, dans tous les cas, signe le niveau anatomique de la lésion, qui peut être en tout point du canal rachidien, mais le siège dorsal est le plus fréquent. Cliniquement,

l'atteinte de la queue de cheval a toutefois pu donner un syndrome d'hernie discale (5).

La myélographie, éventuellement par voie combinée, lombaire et cervicale est indispensable pour affirmer la compression rachidienne, son niveau et pour poser l'indication de laminectomie. L'HESS peut alors être affirmé et différencié de la forme sous-arachnoïdienne encapsulée également décrite, et dont la symptomatologie est strictement superposable (3, 14).

Il serait certainement intéressant de comparer les données de la myélographie à celle de la tomographie axiale computerisée probablement plus aisée à réaliser. Mais l'expérience manque encore évidemment dans cette pathologie.

Dans les hémato-rachis, en dehors de causes spécifiques, telles l'hypertension artérielle (17), la coarctation de l'aorte (1), les tumeurs intra-rachidiennes (2, 16), la ponction lombaire (11), l'alcoolisme associé à l'insuffisance hépatique (12), une malformation vasculaire intra-rachidienne sera toujours attentivement recherchée à l'exploration chirurgicale, mais très fréquemment, des troubles de la coagulation sanguine sont retrouvés parmi lesquels la prise de salicylés a également été invoquée (18).

Toutefois dans certains cas, tout traumatisme exclu, force nous est de reconnaître la nature spontanée de l'hématome. Dans une revue de 56 cas (6), non traumatique, aucune cause apparente ne fut retrouvée dans 2/3 des cas. Deux hypothèses étiopathogéniques ont été proposées :

- l'existence de malformation vasculaire non démontrable macroscopiquement (15), ou thrombosée et méconnaissable à l'intervention (5).
- la sensibilité particulière à l'hypertension, d'un système sans valvule et normalement à basse pression, constitué par les veines vertébrales (10).

Du point de vue pronostic, l'unanimité se fait sur la nécessité d'une intervention

aussi prompte que possible afin d'améliorer les chances de récupération. Dans les cas non opérés ou dont les déficits furent irréversibles cervicales (15, 19). la brutalité d'installation et la gravité du tableau neurologique, les dimensions de l'hématome, le délai s'écoulant avant l'intervention mais aussi l'âge et les pathologies associées. Selon l'opinion émise par MAXWELL et BOLETTI (13), la localisation souvent postérieure de l'hématome, en comprimant les faisceaux pyramidaux provoquerait une atteinte plus importante au niveau moteur que sensitif et expliquerait dans notre cas la dissociation dans le temps de la récupération sensitivo-motrice.

CONCLUSION

L'HESS est une affection rare mais dramatique par ses conséquences, qui nécessite, le plus souvent devant un tableau de paraplégie flasque brutale, une mise au point radiologique par myélographie et une laminectomie sans délai.

Dans le cadre, le transfert immédiat de ce type de pathologie vers un service capable d'apporter immédiatement une sanction chirurgicale est absolument indispensable, mais la récupération reste malgré tout aléatoire.

En dehors du traumatisme, les causes locales ou générales doivent être soigneusement recherchées mais dans un nombre non négligeable de cas, aucune cause n'est retrouvée et l'étiopathogénie reste encore discutable.

RESUME

Au départ d'une observation clinique, l'auteur tente de dégager le tableau clinique de l'hématome extra-dural spinal spontané, le plus souvent caractérisé par une paraplégie flasque d'installation bru-

tale et accompagnée de douleur localisée ou radiculaire signant le niveau anatomique de la lésion. La nature spontanée du phénomène ne peut être retenue qu'en dehors de tout traumatisme, de toute cause locale ou générale.

Le pronostic de cette affection reste aléatoire malgré une laminectomie qui doit impérativement être rapidement réalisée, au terme d'une brève mise au point dont la clé de voute repose sur la myélographie.

TABLEAU

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES HEMATORACHIS

Traumatisme

Cause vasculaire :

- Ramollissement ou hémorragie médullaire
- Athérome aortique
- Angiome
- Accident aortographique ou chirurgicaux
- Embolie gazeuse

Compression extra-médullaire

- Mal de POTT
- Spondylite bactérienne
- Echinococose
- Cancers et hémopathies vertébrales (surtout secondaires)
- Tumeur bénigne vertébrale (angiome, rare)
- Rhumatisme (hernie discale, myélopathie cervicarthrosique, etc.)

Compression intra-rachidienne

- Tumeur extra-médullaire (neurinome, méningiome, angiome)
- Tumeur intra-médullaire (épendymome, astrocytome, etc. . .)

Myélopathie

- Myélopathie post-radiothérapique
- Myélite aiguë

ZUSAMMENFASSUNG

An Hand eines Falles sucht der Autor das klinische Bild des spinalen extraduralen Haematoms herauszustellen. Gewöhnlich handelt es sich um eine schlaffe Querschnittlähmung, begleitet von örtlichen oder radikulären Schmerzen; letztere erlauben die Schädigung anatomisch abzugrenzen.

Die Blutung kann nur dann als spontan betrachtet werden, wenn jegliches Trauma sowie andere örtliche oder allgemeine Ursachen ausgeschlossen sind.

Die Prognose bleibt schlecht; selbst wenn nach einer kurzen Abklärung, hauptsächlich Myelographie, die Laminektomie schnellstens erfolgt.

SUMMARY

The autor reports a case of spontaneous extradural hematoma. It generally presents as an acute flaccid paraplegia, with local or radicular pain at the level of the lesion. The hemorrhage is qualified spontaneous if any traumatism or local and general causes can be excluded.

Even if laminectomy is done promptly, prognosis may be bad.

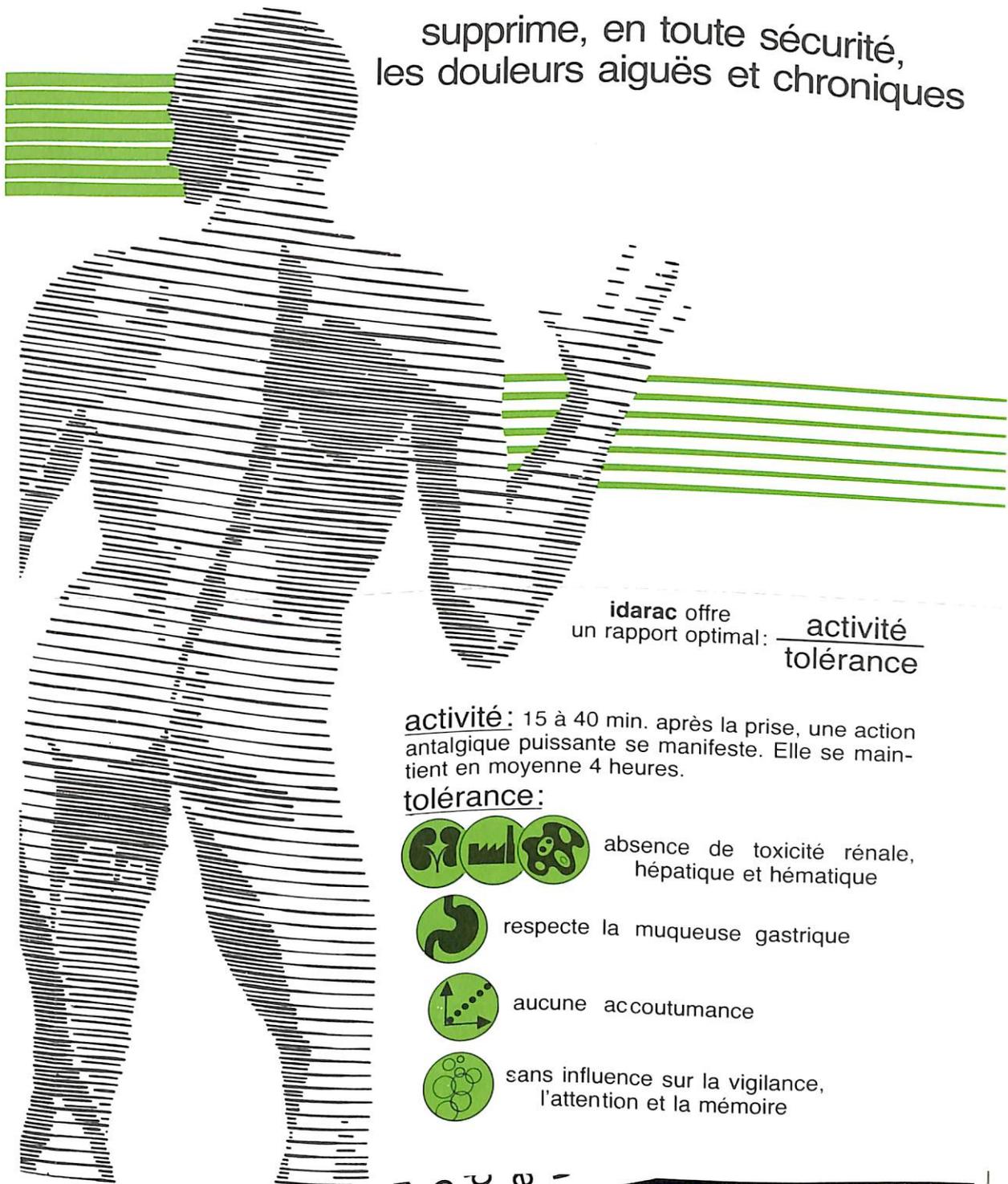
Bibliographie

1. Banna M. M., Rose P. G., Pearce G. W. : Coarctation of the aorta as a cause of spinal subarachnoid hemorrhage. *J. Neurosurg.* 1973, 39, 761.763.
2. Bernell W. R., Kepes J. J., Clough C. A. : Subarachnoid hemorrhage from malignant schwannoma of cauda equina. *Texas med.* 1973, 69, 101.104.
3. Berney J., Gauthier G., Werner A. : Compression myélo-radulaire aiguë par hématorne sous-arachnoïdien spontané. *Neurochirurgie.* 1967, 13, 771-773.
4. Chavany J. A., Taptas J. N., Pecker J. : A propos d'une variété exceptionnelle d'hématorachis : l'hématome épidual spontané. *Press Méd.* 1949, 57, 869.
5. Devadiga K. V., Gass H. H. : Chronic lumbar extradural hematoma simulating disc syndrome - *J. Neurol. Neuro surg. Psych.* 1973, 36, 225.259.
6. Gauthier G. : L'hématome extradural richidien sans fracture de la colonne. *Psychiatr. Neurol (Basel)* 1963, 146, 149.175.
7. Hehman K., Norrell H. : Massive chronic spinal epidural hematoma in a child - *Amer. J. Dis. Child.* 1968, 116, 308.310.
8. Jackson R. : A case of spinal apoplexy - *Lancet* 1869, 2, 5.6.
9. Jellinger K. : Traumatic Vascular Diseases, in Vinken P. J., Bruyn G. N. : *Vascular Diseases of the nervous system. Part II, Handbook of chemical Neurology - American Elsevier.* Published Ca, New-York 1972, p. 556.
10. Kaplan L. I., Denker P. K. : Acute non-traumatic spinal epidural hemorrhage. *Am J. Surg* 1949, 78, 356.361.
11. Kohli L. M., Palmer A. M., Gray G. M. : Spontaneous intraspinal hemorrhage causing paraplegia : a complication of heparin therapy. *Am. Surg.* 1974, 179, 197.199.
12. London G. W., Mc. Kleeever., Wiederholt W. C. : Spontaneous spinal epidural hematoma in alcoholism. *Ann. Intern. Med.* 1974, 81, 261.267.
13. Maxwell G. M., Puletti F. : Chronic spinal epidural hematoma in a child - *Neurology.* 1957, 7, 596.600.
14. Plotkin R., Ronthal M., Froman C. : Spontaneous spinal subarachnoid hemorrhage. - *J. Neuro - surg.* 1966, 25, 443.446.
15. Dosnikoff J. : Spontaneous spinal epidural hematoma of childhood. *J. Ped.* 1968, 73, 178.183.
16. Runnels J. B., Hanberày J. W. : Spontaneous subarachnoid hemorrhage associated with spinal cord tumor. *J. Neuro - surg.* 1974, 39, 252.254.
17. Scott B. P., Qulsling K. G., Miller C. A., Kindt G. W. : Spinal Epidural Hematoma, *Jama.* 1976, 235, 513.515.
18. Vapalahiti M., Kuurne T. : Acute paraplegia caused by a spontaneous extradural haematoma of the conus medullaris area. *Acta chir. scand.* 1975, 141, 484.487.
19. Watts C., Porto L. : Recogniing spontaneous spinal epidural hematoma - *Geriatrics* 1976, 37, 92.99.

idarac

antalgique périphérique

supprime, en toute sécurité,
les douleurs aiguës et chroniques



idarac offre
un rapport optimal: $\frac{\text{activité}}{\text{tolérance}}$

activité: 15 à 40 min. après la prise, une action antalgique puissante se manifeste. Elle se maintient en moyenne 4 heures.

tolérance:



absence de toxicité rénale,
hépatique et hématique



respecte la muqueuse gastrique



aucune accoutumance



sans influence sur la vigilance,
l'attention et la mémoire

No to (c) e -

AC
Sai
M



idarac antalgique périphérique

supprime, en toute sécurité,
les douleurs aiguës et chroniques.

- Céphalées
- Douleurs dentaires
- Cox- et, gonarthrose
- Douleurs dorsales: spondylose lombalgies douleurs vertébrales
- Névralgies
- Myalgies
- P.S.H.

la posologie

est adaptée à l'intensité de la douleur.

Douleurs fortes: 2 comprimés par prise.
6 comp. p. jour.

Douleurs modérées: 1 à 2 comprimés par prise.
4 à 6 comp. p. jour.

Composition: Comprimés sécables dosés à 200 mg de floctafénine - Floctafenin 200 mg; Amyl.; Lactos; Magnes stearas. - Talc q.s. pro compr. uno. **Propriétés:** La Floctafénine, principe actif de l'Idarac, est un analgésique actif par voie buccale, doté d'une excellente tolérance, notamment au point de vue digestif. Dans les cas d'administration prolongée, il n'a pas été observé d'accoutumance. **Contre-Indications:** Comme il est de règle tout médicament nouveau, il est préférable de ne pas utiliser l'Idarac pendant la grossesse en particulier au cours des trois premiers mois. En cas d'allergie, le traitement doit être interrompu. Ne pas administrer le produit en cas d'insuffisance rénale. Eviter l'administration du produit aux enfants en-dessous de 12 ans. **Effets secondaires:** Le produit peut provoquer de la somnolence chez certain sujet. **Précautions:** Pour les malades sous anticoagulants, aucune précaution particulière n'est à prendre au cours de traitements de courte durée. Lors de traitements prolongés, un contrôle habituel (temps de Quick) effectué tous les quinze jours est suffisant. **Mode d'administration et posologie:** Avaler les comprimés avec un verre d'eau. Pour débiter 1 à 2 comprimés; à la demande, 4 à 6 comprimés par jour. Veillez à maintenir une diurèse suffisante lors de l'administration de 4 à 6 comprimés par jour. Présentation: boîte de 30 comprimés. 150S 468 F 3.

PORT PAYE PAR LE DESTINATAIRE

- envoyez-moi une documentation.
- envoyez-moi échantillons d'IDARAC.



Dr:

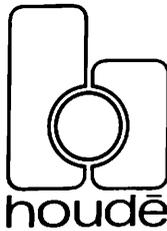
rue, n°:

Code Postal:

Localité:

O.M. n°: Date:

Signature:



av. Ad. Lacomblé, 59 bte 5

1040

BRUXELLES



Echinacin steigert die körpereigene Abwehr

Indikationen

Echinacin hat sich, in den verschiedensten Darreichungsformen, zur Steigerung der körpereigenen Abwehr bei subakut und chronisch verlaufenden Krankheiten mit mangelhafter spontaner Abwehrreaktion bewährt.

Zusammensetzung

1 Ampulle Echinacin zu 2 ml enthält 0,1 g Preßsft aus Herba recens Echinaceae purpureae
100 g Echinacin Liquidum enthalten 80,0 g Preßsft aus Herba recens Echinaceae purpureae
100 g Echinacin extern Liquidum enthalten 26,7 g Preßsft aus Herba recens Echinaceae purpureae, 9,0 g Urea pura
100 g Echinacin Salbe enthalten 16,0 g Preßsft aus Herba recens Echinaceae purpureae

Bitte fordern Sie weitere wissenschaftliche Informationen an.



Dr. Madaus & Co.
D-5000 Köln
Integral S. A.
25, rue d'Epemay
Luxembourg

Echinacin®

EDITORIAL

Le «Bulletin»

Fin de l'année 1978, une enquête, dont les résultats sont publiés dans ce numéro, a été faite auprès des abonnés résidant au Luxembourg. Les questions posées avaient pour but non seulement de connaître leur opinion, mais également d'adapter dans la mesure du possible le «Bulletin» aux besoins exprimés.

Pour cette enquête, uniquement les abonnés locaux ont été demandés. Il est à relever que ceux-ci constituent seulement la moitié de l'ensemble des abonnés. Les numéros allant à l'étranger vont surtout à des personnes affiliées d'une manière ou d'une autre à une faculté universitaire ou autre institution scientifique et à des bibliothèques etc.

Malgré ce fait, nous pensons que le «Bulletin» doit répondre surtout aux besoins exprimés au Luxembourg.

Dans la mesure du possible, nous nous efforcerons de répondre aux besoins de ces abonnés dont par ordre de préférence les rubriques principales sont les suivantes : attitudes thérapeutiques, communications brèves, mises au point.

Nos abonnés, de par la structure du Luxembourg, ne voient pas d'inconvénient majeur au fait d'avoir un journal où des articles en allemand, anglais et français sont inclus.

Il apparaît, en suivant les différents travaux d'informatique médicale des dernières années, qu'il faudrait diffuser surtout d'une part des journaux nationaux ou internationaux avec une information originale et fondamentale (clinique ou théorique) et d'autre part des périodiques médicaux locaux qui doivent répondre aux besoins directs de leurs destinataires.

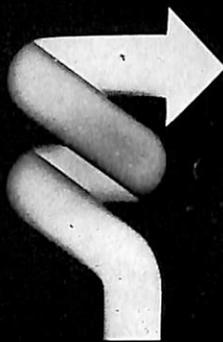
Par le passé il a été souvent difficile d'attirer assez d'articles de qualité. En affirmant les critères de sélection, progressivement la qualité des articles soumis a été meilleure et leur nombre a également augmenté. Au cours des dernières années nous avons préféré diminuer le nombre de pages des différents numéros plutôt que d'accepter pour publication certains travaux plutôt douteux.

Le «Bulletin» va donc comprendre à l'avenir à part des travaux originaux soumis, les rubriques suivantes :

- attitudes thérapeutiques : mise à jour des problèmes fréquents avec lesquels le praticien est confronté et qui ont évolué au cours des dernières années.
- communications brèves : Case reports, hypothèses, problèmes ponctuels.
Ce genre de rubrique comportera des articles brefs, qui de ce fait pourront être publiés rapidement.
- mises au point : faits importants médicaux, pas nécessairement thérapeutiques, faisant le point des évolutions physiologiques, pathologiques ou de laboratoire récentes.

Par ailleurs le «Bulletin» gardera toutefois les rubriques d'articles originaux qui intéresseront suivant le sujet les sous-spécialités médicales, chirurgicales et autres, qui du fait de la restriction du sujet n'ont pas ou peu exprimé leur avis dans cette enquête.

Dr. M. Dicato
Editeur
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé, Luxembourg



« **secundum artem** »

testé suivant les règles de l'art

Sibelium
JANSSEN

TRADE MARK

Premier médicament contre les troubles d'irrigation au niveau des tissus périphériques et du cerveau qui répond aux exigences strictes des autorités universitaires.

une seule
prise
par jour

2 gélules au
moment du coucher

une protection de 24 heures pour votre patient athéroscléreux

Composition : 5 mg de flunarizine (R 14 950) par gélule.
Propriétés : Des études cliniques contrôlées ont montré que Sibelium réduit les symptômes vestibulaires et combat les symptômes de l'insuffisance circulatoire périphérique dus à des artériopathies organiques. Sibelium possède une longue durée d'action par voie orale.
Indications : Traitement d'entretien symptomatique des troubles circulatoires, suivants : - vertige d'origine cérébrovasculaire; - troubles de la circulation périphérique dus à des artériopathies organiques. Dans certains cas, il y a lieu d'associer Sibelium à des mesures hygiéniques d'usage, comme le régime, l'interdiction de fumer et les exercices de marche appropriés.
Présentation : Emballage alvéolé de 20 et 50 gélules à 5 mg de flunarizine.

Posologie : La dose à la fois standard et maximale est de 10 mg par jour, soit 2 gélules à 5 mg à prendre soit 1 le matin et 1 le soir, soit les deux le soir.

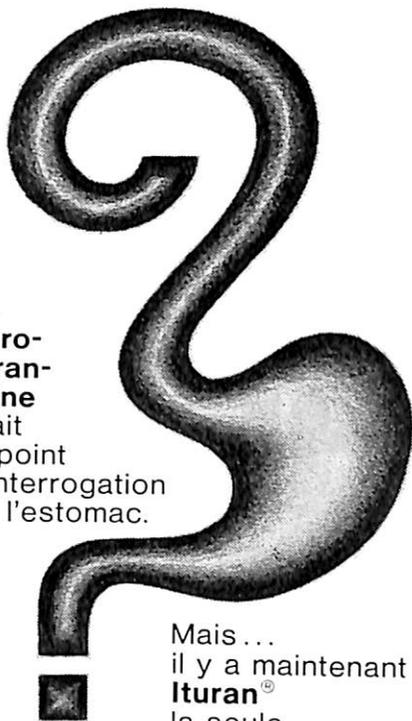
Effets secondaires : A la dose normale recommandée, on a observé de rares cas de somnolence et de fatigue; mais ces effets secondaires sont le plus souvent passagers. Dans des cas exceptionnels, la fatigue peut augmenter; il convient alors d'interrompre le traitement et de le reprendre éventuellement à une dose moins élevée.

Contre-indications : Aucune.
Formula : Flunarizini hydrochloridum 5,9 mg (aequiv. 5 mg flunarizinum), lactos., amyl. mayd., talc., magnesi. stearas, silici. oxyd. q.s. pro caps. un., E 172, E 127, titani. oxyd., gelatin. con-
La durée de conservation de ce produit est limitée; voir la date de péremption sur l'emballage.



JANSSEN PHARMACEUTICA
2340 BEERSE

La
**nitro-
furan-
toïne**
était
le point
d'interrogation
de l'estomac.



Mais...
il y a maintenant
Ituran[®]
la seule
nitrofurantoïne
en dragées,
très bien tolérée
par l'estomac.

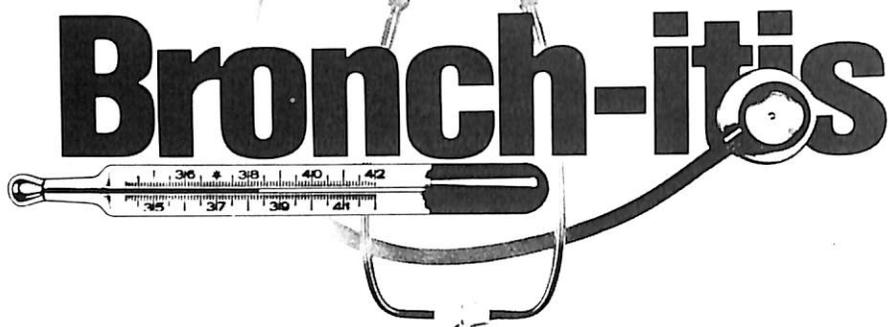
ituran[®]

Chimiothérapie
à large spectre
pour le traitement
des infections
urinaires aiguës
et chroniques.

CONDITIONNEMENTS
50 et 100 dragées



BYK BELGA SA
1030 BRUXELLES
TEL. 02/15.48.75



Codidoxal[®]

antibiotisch und antitussiv

die konsequente Therapie
bei Husten mit Fieber

antitussiv
über Nacht



antibiotisch über
Tag und Nacht

— 1 Kapsel für 24 Stunden, abends einnehmen* —

*am 1. Tag: 1 Kapsel morgens; 1 Kapsel abends

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 120 mg Doxycyclin-hydrochlorid-hemaethanolat-hemihydrat, entsprechend 100 mg Doxycyclin, 30 mg Codein wasserfrei, gebunden an Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure 120-150 mg. **Anwendungsgebiete:** Durch Doxycyclin-empfindliche Erreger verursachte Lungenentzündung, Lobar- und Bronchopneumonie, akute und chronische Bronchitis. **Dosierung:** Erwachsene und Jugendliche über 50 kg Körpergewicht am ersten Tag morgens und abends 1 Kapsel bzw. während der ersten 24 Stunden je 1 Kapsel in 12stündigem Abstand. An den folgenden Tagen je 1 Kapsel abends. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Tetracycline, Zustände die mit einer Funktionsstörung des Atemzentrums einhergehen. Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei vitaler Indikation. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Beschwerden und allergische Reaktionen sind selten. Erhöhte Lichtempfindlichkeit. Zahnverfärbungen während der Zahnentwicklung und Überwucherung resistenter Keime im Magen-Darm-Trakt können auftreten. **Hinweis:** Codidoxal kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Einnahme von Präparaten die Eisen, Magnesium, Aluminium, Kalzium und Colestyramin enthalten, ist zu vermeiden. Die Wirkung gleichzeitig verabreichter Cumarin-Derivate und Sulfonharnstoffe kann verstärkt werden. Methoxyfluran darf nicht gleichzeitig angewendet werden.

Darreichungsform und Packungsgrößen: OP mit 6 Kapseln, OP mit 16 Kapseln

© 1978 HEINRICH MACK NACHF. 7918 Jllertissen/Bayern



Littérature et échantillons:

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A. Luxembourg

MISE AU POINT

Hémoglobine A_{1c} et contrôle de la glycémie

Dr. M. DICATO

Le globule rouge normal contient, à part l'hémoglobine (Hb) majeure A₀ encore, en moindre quantité, les hémoglobines HbA₂, HbF, HbA_{1a}, HbA_{1b}, et HbA_{1c}. Ces trois dernières migrent rapidement à travers une résine échangeur de cation et sont de ce fait appelées encore «fast hémoglobins».

Les hémoglobines HbA_{1a + b + c}, dont l'hémoglobine HbA_{1c} est la plus importante, ont été trouvées élevées dans le diabète sucré, quel qu'en soit le type, juvénile, adulte, médicamenteux (1). L'hémoglobine HbA_{1c} représente 3 à 6 % de l'hémoglobine totale chez la personne normale et est largement au-dessus chez le diabétique.

La formation de l'HbA_{1c} résulte d'une glycolysation au niveau amino terminal de la chaîne bêta de l'HbA. Cette transformation est non enzymatique, post-synthétique, dépend de la concentration des deux substrats en présence, Hb et glucose, et se fait pendant toute la vie du globule rouge (2). La concentration d'HbA_{1c} est proportionnelle à l'âge du globule rouge, tant chez le normal que chez le diabétique. Donc la fraction de l'Hb glycosylée correspond à la glycémie moyenne sur une période prolongée. Que cette réaction de glycolysation soit irréversible ou non est controversé (3).

Cette mesure a pris de l'intérêt à partir du moment où l'analyse est devenue simple et peu coûteuse. Toutefois selon la méthode utilisée on peut avoir des faux positifs (4) s'il y a augmentation de l'HbF ou en présence de certaines hémoglobinopathies (HbS, C...). De plus dans l'insuffisance rénale, il y a, indépendamment du procédé de dialyse utilisé, une augmentation significative de l'HbA_{1c}, malgré le fait que la survie moyenne

Hématologie-Oncologie
Service de Médecine Interne
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé, Luxembourg

du globule rouge soit diminuée et qu'on s'attendrait à une baisse de l'HbA_{1c} (5).

Le but du traitement d'un patient diabétique est d'éviter les complications aiguës et tardives. Le contrôle du traitement se fait en mesurant la glycémie, qui est un instantané, et la glycosurie des 24 heures, qui, de plus, dépend de la fonction rénale. Le dosage de l'HbA_{1c} correspond à la glycémie moyenne sur une période prolongée et de plus donne une corrélation linéaire avec l'hyperglycémie provoquée (6).

Le contrôle d'un diabète non traité auparavant donne une baisse de l'HbA_{1c} en deux ou trois semaines, et on a recommandé de mettre à l'insuline les patients dont l'hémoglobine A_{1c} reste au-delà de 12 % avec hypoglycémiantes oraux (7).

Si les complications tardives (néphropathies, rétinopathies, ...) sont proportionnelles à la glycémie moyenne, l'intérêt de la détermination d'HbA_{1c} est certain, si toutefois elles correspondent aux pics d'hyperglycémie, alors la valeur de ce test est douteuse.

Pour le moment le renseignement majeur fourni par la détermination de l'HbA_{1c} est la qualité du contrôle de la glycémie pendant les semaines précédentes.

Comme la glycolysation de l'Hb n'est pas une réaction spécifique, il est probable que d'autres protéines exposées pendant une période prolongée subissent la même réaction et il est tentant de postuler une relation de cause à effet entre glycolysation et complications tardives du diabète comme cela semble être le cas pour le cristallin (8).

1. Cerami A., Koenig R., Peterson C. M. Hemoglobin A_{1c} and Diabetes Mellitus. *Br. J. Haemat.* 38:1, 1978.
2. Bunn H.F., Haney D.N., Kamin S., Gabbay K.H., Gallop P.M. The Biosynthesis of Human Hemoglobin A_{1c}. *J. Clin. Invest.* 57:1652-1659, 1976.
3. Svendsen P.A., Christiansen J.S., Wellinder B., Nerup J. Fast Glycosylation of Haemoglobin. *Lancet* 1:603, 1979.
4. Kynoch P.A.M., Lehmann H. Rapid Estimation (2½ hours) of Glycosylated Haemoglobin for Routine Purposes. *Lancet* 2:16, 1977.
5. Schernthaner G., Stummvoll K.H., Müller M.M. Glycosylated Haemoglobin in Chronic Renal Failure. *Lancet* 1:774, 1979.
6. Koenig R.J., Peterson C.M., Jones R.L., Sauder C., Lehmann M., Cerami A. Correlation of Glucose Regulation and Hemoglobin A_{1c} in Diabetes Mellitus. *N. Engl. J. Med.* 295:417, 1976.
7. Gonen B., Rochman H., Rubenstein A.H. Metabolic Control in Diabetic Patients: Assessment by Hemoglobin A_{1c} Values. *Metabolism* 28: no. 4, Supp 1 (April) 1979, p. 448.
8. Stevens V.J., Rouzer C.A., Monnier V.M., Cerami A. Diabetic cataract formation: Potential role of glycosylation of lens crystallin. *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA)* 75:2918, 1978.

Loprésor[®]
(métoprolol)

CIBA

Voltaren[®]
Geigy

100 comprimés à 25 mg
12 suppositoires à 100 mg

Insuffisance cérébrale ?

OXYGERON

INTENSIFICATEUR DES FONCTIONS CEREBRALES

ACTIONS ET APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

L'action sélective de l'Oxygeron sur les fonctions mentales améliore ou restaure les capacités d'association, de concentration et de mémorisation, entraînant ainsi une meilleure adaptation à l'environnement, principalement par une action métabolique et également par la régularisation de l'hémodynamique locale.

INDICATIONS

L'Oxygeron est indiqué dans les cas suivants :

- Insuffisance cérébrale même chez des patients présentant une maladie vasculaire oblitérante due à des changements dégénératifs de la paroi des vaisseaux sanguins.
- épisodes d'ischémie cérébrale associées à des troubles vasculaires artérioscléreux et après un traumatisme,
- troubles vasculaires dans la région optique,
- migraines, céphalées et vertiges (étourdissements).

Les gélules d'Oxygeron contiennent des granules à diffusion lente qui libèrent le composant actif (Vincamine) de manière continue pendant une période de 10 à 12 heures, quelle que soit l'acidité ou l'activité enzymatique du tube digestif.

ADMINISTRATION ET DOSAGE

La dose habituelle d'Oxygeron est d'une gélule, administrée par voie toutes les 12 heures.

CONTRE-INDICATIONS

Grossesse.

EFFETS SECONDAIRES

Se présentent rarement et sont très légers. Des cas de nausées, rougeur de la face ont été rapportés.

PRECAUTIONS A PRENDRE

Ne pas mâcher les granules contenus dans la gélule afin de permettre la résorption continue.

CONDITIONNEMENTS

Emballages de 20 et 40 gélules.

FORMULE

Vincamine 30 mg - Sucrosum - Amylum - Ac. stearicum - Polyvidon
Lactosum - Talc. - Shellac - Polymeric methacryl. - Gelatina - Patent
Erythrosine - q.s. pro gelula una.

Assemblée générale ordinaire de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg (6 décembre 1978)

EXPOSE DU PRESIDENT

A l'issue de l'exercice 1977-78, je déclare ouverte l'assemblée générale statutaire et vous expose brièvement l'essentiel de nos activités.

Les réunions scientifiques suivantes ont eu lieu :

1. le 16 décembre 1977 : Traitement de l'insuffisance rénale chronique par l'hémodialyse (Dr. F. Smeets, Sainte-Ode; Dr. H. Otte, Bastogne; Dr. G. Loute, Sainte-Ode).
2. le 8 janvier 1978 : Etiologie et traitement de la leucémie aiguë; progrès récents (Professeur Jean Bernard, Paris). En collaboration avec l'Ambassade de France et le Centre Culturel Français.
3. le 18 janvier 1978 : Qualitative und quantitative Aspekte der parenteralen Ernährung ,unter besonderer Berücksichtigung der Kohlenhydrate und Aminosäuren (Dr. Semler, Berlin); Die Anwendung von ballastfreier und ballastarmer Diät (Elementar- und Formula-Diät) in der Inneren Medizin (Dr. Rabast, Würzburg).
4. le 25 janvier 1978 : Mycologie. Le mécanisme d'action du miconazole (Dr Sc. Sonja de Nollin, Beerse); Les mycoses; applications thérapeutiques du miconazole, un antifongique à large spectre (Dr. M. J. Van Cutsem, Beerse).

5. le 1er février 1978 : Démarches et thérapeutiques en face d'une tumeur noire de la peau (Professeur Agr. E. Grosshans, Strasbourg).
6. Le 15 février 1978: L'allergie en médecine générale. Désensibilisation: bases théoriques (Dr. Delespesse, Bruxelles); Désensibilisation dans la pratique courante (Dr. Hanneuse, Bruxelles).
7. le 1er mars 1978 : Les implants dentaires (Dr. Doms, Schaerbeek).
8. le 18 mars : L'antibiothérapie électorive des infections de voies respiratoires (Professeur J.P. Butzler, Bruxelles; Dr. F. Lemaire, Créteil).
9. le 22 mars 1978 : Applications cliniques des bêta-bloquants. Données récentes (Professeur J. Carlier, Liège).
10. le 7 avril 1978 : Aktuelle Probleme der modernen Leberchirurgie (Professeur Dr. K. Stucke, Würzburg).
11. le 12 avril 1978 : Sélection des patientes atteintes de cancer du sein en vue d'une thérapeutique endocrinienne. (Dr. M. Cikes, Lausanne).
12. le 19 avril 1978 : Hypertension artérielle essentielle. Examen et bilan d'un patient (Professeur Verniory, Bruxelles); Les thérapeutiques (Professeur Passeron, Paris).
13. le 24 mai 1978 : Actualisation 1978 de la bronchite chronique (Dr. J. Sternon, Bruxelles).
14. le 27 mai 1978 : Journée Médicale de Mondorf-les-Bains, organisée par Mondorf-Etat : Physikalische und technische Fragen zur Inhalationstherapie (Dr. K. Dirnagl, München); Die Krenotherapie der oberen Luftwege und der Ohrtrumpete am Thermalkurort (Dr. A. Kummer); Spezielle Inhalations-, Balneo-, Klimatothérapie bei Bronchialkrankheiten (Dr. O.P. Schmidt).
15. le 20 juin 1978 : Diagnostic différentiel des syndromes convulsifs de l'enfance; l'épilepsie bénigne de l'enfance; les formes incomplètes et atypiques du syndrome de West (Professeur L. Sorel (Louvain). En collaboration avec la Société de Pédiatrie et la Société de Neuro-Psychiatrie.
16. le 14 juin 1978 : Der Einsatz von Schnelldiagnostica in der ärztlichen Praxis und im Laboratorium (Professeur D. Kutter) Lausanne - Luxembourg); Blutzuckerbestimmungen mit Schnelldiagnostica (Dr. R. Sommer, Linz); Der praxisgerechte Blutnachweis im Stuhl (Professeur D. Kutter, Lausanne-Luxembourg).
17. le 16 juin 1978 : Possibilités et limites de la Tomodensitométrie (Professeur A. Wackenheim). En collaboration avec la Société luxembourgeoise de Neuropsychiatrie.
18. le 21 juin 1978 : Les mycoses systématiques (Professeur P. Dockx, Anvers).
19. le 25 juin 1978 : Les problèmes chirurgicaux et l'appareillage des amputés du membre inférieur (Professeur P. Maurer, Paris, et Docteur Y Mazas, Evreux). En collaboration avec le Service d'orthopédie du Centre Hospitalier de Luxembourg.
20. le 4 octobre 1978 : Das chronische Nierenversagen, Transplantation oder Dialyse? (Professeur C.E. Alken, Homburg/Saar; Professor E. Renner, Cologne; Professeur R. Pilchmayr, Hannover).
21. le 18 octobre 1978 : Prophylaxie de l'ischémie cérébrale définitive (Dr. J. Sternon, Bruxelles).
22. le 25 octobre 1978 : Le diabète dans la grossesse (Professeur J. Hoet, Louvain).
23. le 30 octobre 1978 : Symposium phlébologique cinématographique.

24. le 6 décembre 1978 : Partie scientifique de notre assemblée générale : La pharmacie d'industrie, les praticiens et la Santé Publique (M. R. Burchardt, Francfort; M. A. Mees, Bruxelles; modérateur : M. P. Hippert, Luxembourg).

Ce qui fait en tout 24 réunions de formation continue, avec 38 conférences.

Le Dr. M.A. Dicato, rédacteur en chef du Bulletin de la Société des Sciences Médicales, ne peut vous faire de rapport, puisqu'il assiste en ce moment à un congrès d'hématologie aux Etats-Unis. Un numéro du Bulletin a été publié en 1978, le deuxième numéro est sous presse. Le Dr. Dicato s'est évertué, avec un succès déjà certain, à élargir l'assise internationale de notre publication. Cela encouragera de plus en plus de bons auteurs à lui confier de bons textes.

Nous avons beaucoup été aidés dans nos activités par le Ministère de la Santé Publique, le Ministère des Affaires Culturelles et les Laboratoires pharmaceutiques. Aux uns comme aux autres nous exprimons notre reconnaissance, tout particulièrement à Messieurs les Ministres Emile Krieps et Robert Krieps.

Après ce compte-rendu au nom du Conseil d'Administration sortant, je prends la liberté d'ajouter un bref résumé d'activité à titre personnel.

Je me suis occupé de la rédaction du Bulletin de la Société des Sciences Médicales de 1959 à 1971. Pendant cette période, 33 numéros ont ainsi été édités. Ces dernières 7 années, 14 numéros ont été réalisés par d'autres rédacteurs en chef, sous la responsabilité de notre Conseil d'Administration.

Le regretté Dr. Felten, ancien président de notre Société, décéda le 12 septembre 1967. Jui fus désigné comme son successeur et reconduit dans mes fonctions jusqu'au jour d'aujourd'hui. De 1967 à 1968, notre Société organisa ou patronna 189

réunions scientifiques, avec 306 conférenciers. Nous avons créé une petite collection de périodiques médicaux, hébergée par la Bibliothèque Nationale. Le nombre des cotisations payées a augmenté d'année en année.

Je ne peux citer, pour les remercier, tous les collaborateurs qui m'ont prodigué leur soutien et leur amitié. Ils sont parfois venus et partis au gré des Conseils d'Administrations successifs, au sein desquels la continuité a surtout été assurée par le Dr. J. Neuen, notre secrétaire général, qui lui aussi conserva ses fonctions tout au long de ces années.

Les 11 années de présidence ont été, pour moi, riches en satisfaction. J'ai décidé de ne plus solliciter vos suffrages, dont vous m'avez toujours comblé.

Le Dr. Neuen vous renseignera sur la situation financière, qui est excellente.

Avant de passer à la partie scientifique de notre réunion de ce soir, nous procéderons aux élections statutaires.

Il me reste à formuler mes vœux les plus chaleureux à l'intention du futur Conseil d'Administration, et de souhaiter un avenir radieux à la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Dr. R. Schaus, MRCP.

A la suite des élections, le nouveau Conseil d'Administration se compose comme suit :

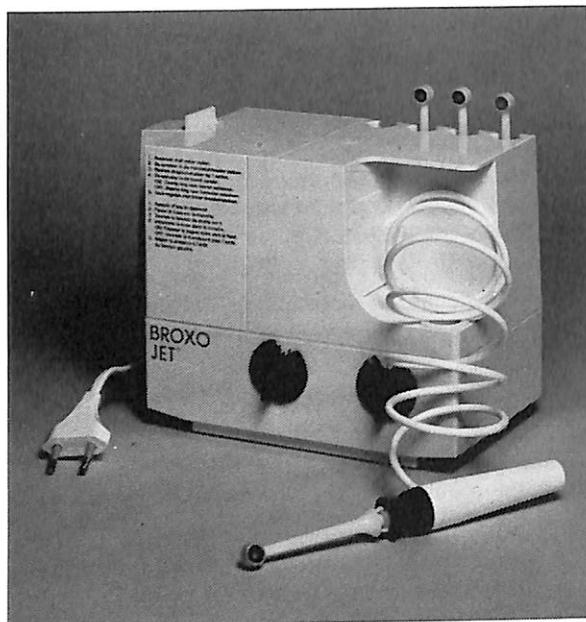
Président : Dr. H. Metz

Secrétaire général : Dr. J. Neuen

Membres : Dr. A. Betz, Dr. V. Conzemius, Dr. M.A. Dicato, M.P. Hippert, Dr. G. Kayser, Dr. R. Koppes, Dr. M. Schroeder.

BROXOJET 3007 + BROXODENT

Les compléments quotidiens et efficaces d'une hygiène bucco-dentaire rationnelle.



Broxojet 3007 est le premier hydropulseur au monde à haute fréquence et micro-jets fractionnés.

Chacun des 7 orifices distincts de la buse émet des millions de micro-gouttes, 3 000 fois à la minute. La pression de l'eau peut être modulée progressivement et permet donc un traitement approprié à chaque cas spécifique. Il est le seul hydropulseur qui utilise toute l'énergie cinétique de l'eau pour atteindre les buts désirés. (Nettoyage des débris alimentaires des zones de rétention; massage des gencives) en un minimum de temps et sans provoquer de traumatismes gingivaux.

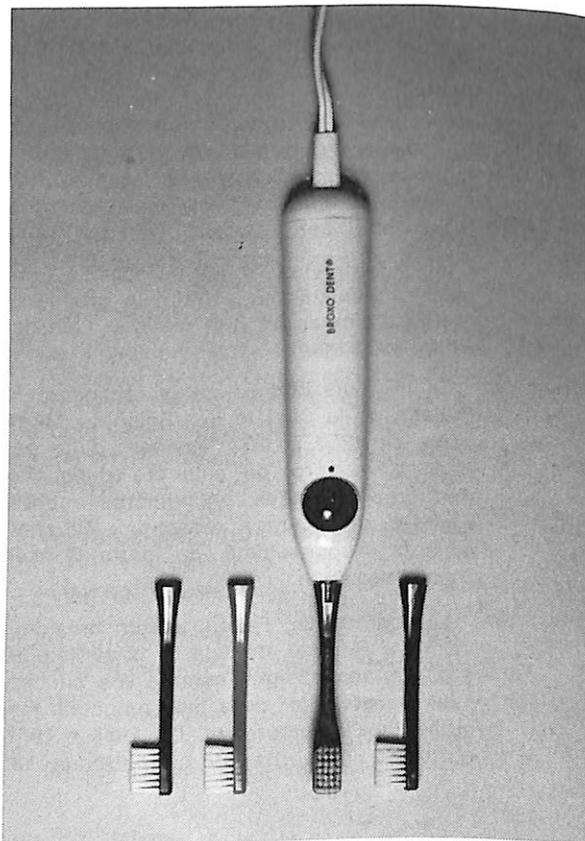
Broxojet 3007 permet :

- Une meilleure élimination de la plaque dentaire.
- Un nettoyage parfait des zones de rétention.
- Une augmentation de l'auto-défense des gencives par un massage en profondeur et la réduction des inflammations déjà présentes.

Broxodent est une brosse à dents automatique qui assure le nettoyage complet des dents.

3 avantages essentiels sont à noter :

- Mouvement automatique d'oscillation verticale (brossage correct des dents, massage des gencives).
- Oscillation de la tige-brosse 3 000 fois à la minute (une minute de brossage avec Broxodent équivaut à trois minutes de brossage manuel).
- Tige-brosse haute densité à tête courte (permettant de nettoyer toutes les surfaces des dents et de masser en douceur la gencive en accroissant sa kératinisation).



Représentant pour le Grand-Duché: **INTEGRAL s.a.** 25, rue d'Eprenay - Luxembourg

Livres et périodiques

Manual of Clinical Problems in Internal Medicine : J.L. Spivak, H.V. Barnes, Little, Brown and Co, Boston, 2^e édition 1978, p. 513, \$ 11.95.

Mise à jour de 165 sujets de Médecine, sous forme très succincte, par articles de deux à trois pages. Chaque article, facile à lire, comporte un résumé de physiopathologie, de diagnostic différentiel et de symptômes cliniques. Chaque sujet est suivi d'une vingtaine de références bibliographiques, à jour et commentées. Le choix de ces références est fait selon leur valeur historique et d'actualité et en comporte près de 4.000. Ce livre d'un prix très avantageux est destiné à l'étudiant, au généraliste et au spécialiste. A recommander.

Dr. M. Dicato
Centre Hospitalier
Luxembourg

PROGRESS IN CLINICAL MEDICINE :

A.R. Horler, J.B. Foster, Churchill Livingstone, 7^e édition 1978, p. 485, £ 11.

Livre facile à lire qui est intermédiaire entre la mise à jour des faits saillants médicaux des dernières années et le manuel classique de médecine avec un condensé de chaque sous-spécialité médicale y compris la génétique, la dermatologie, la psychiatrie, l'ophtalmologie, ainsi que la gériatrie.

Bibliographie extensive.

A recommander à l'étudiant et à toute personne qui ne voudra se limiter à une seule spécialité médicale.

Comme toutefois ce manuel ne fait partie d'une série à publication périodique (annuel ou autre) un certain nombre de sujets (immunothérapie, légionnaire's disease...) vont manquer.

Dr. M. Dicato
Centre Hospitalier
Luxembourg

CALPARINE[®] Sous-Cutanée Choay

Héparinothérapie par voie sous-cutanée

COMPOSITION :

Héparinate de calcium (= héparine sous sa forme d'activité physiologique), évite l'hématome au point d'injection.

PRESENTATIONS :

Boîte de 2 ampoules de 1 ml, titrant 25.000 U. I., soit environ 250 mg d'héparinate de calcium. Boîte de 2 seringues stériles.

Boîte de 10 ampoules de 0,5 ml, titrant 12.500 U. I., soit environ 125 mg d'héparinate de calcium. Boîte de 10 seringues stériles.

Boîte de 10 ampoules de 0,2 ml, titrant 5.000 U. I., soit environ 50 mg d'héparinate de calcium. Boîte de 10 seringues stériles.

INDICATIONS :

Traitement préventif et curatif des accidents thrombo-emboliques.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

- 1) **Accident thrombo-embolique imminent ou constitué :**
Injection d'une première dose, calculée suivant le poids du sujet (0,1 ml, soit 2.500 U. I. pour 10 kg de poids).
L'adaptation des doses suivantes sera faite par un examen de laboratoire comme le temps de Howell. But recherché : assurer un état d'hypocoagulabilité efficace (temps de Howell à maintenir à des valeurs double ou triple du temps de Howell témoin).
- 2) **Risque d'accident thrombo-embolique :**
 - **en milieu médical :** la dose probatoire sera calculée sur la base de 0,1 ml pour 10 kg de poids si le risque est important et sur une base inférieure si le risque est moindre.
Les réadaptations seront réalisées d'après les résultats des tests biologiques.
But recherché : assurer un état d'hypocoagulabilité moins profond que dans le cas de traitement curatif (le temps de Howell est maintenu à des valeurs entre une fois et demie et deux fois le temps de Howell témoin).
Le traitement est à poursuivre aussi longtemps que persiste le risque.
 - **en milieu chirurgical :** schéma standard en traitement préventif des thromboses veineuses post-opératoires :
2 h avant l'intervention chirurgicale : inj. de 0,2 ml de Calparine s.c.,
12 h après l'intervention chirurgicale : inj. de 0,2 ml de Calparine s.c.,
ultérieurement, cette même dose continuera à être administrée de douze heures en douze heures, pendant dix jours au moins.
- 3) **Haut risque thrombo-embolique :**
3 inj. de 0,2 ml par jour.
La neutralisation de l'héparinémie est obtenue immédiatement par injection intraveineuse de 3 ml de Sulfate de Protamine. Cette dose peut être renouvelée trois heures plus tard.
Technique d'injection :
Dans le tissu cellulaire sous-cutané de la ceinture abdominale antéro-latérale et postéro-latérale en respectant la région péri-ombilicale, à distance d'une éventuelle plaie.
La seringue stérile spéciale pour héparinothérapie sous-cutanée est munie d'une aiguille de 16 mm. Celle-ci doit être introduite perpendiculairement et non tangentiellement dans les téguments.
Le respect de cette technique évite le risque de petites suffusions sanguines au point d'injection.

CONTRE-INDICATIONS :

- maladies hémorragiques (sauf dans la phase initiale des coagulopathies de consommation).
- période d'activité thérapeutique des antivitamines K.
N. B. Chez les personnes âgées et les femmes enceintes, une surveillance particulière s'impose.

Ets. A. de BOURNONVILLE & FILS S. A.
rue aux Fleurs 30-38 — 1000 BRUXELLES

RIFADINE®

rifampicine

antituberculeux "majeur"

- * aucune résistance croisée avec les autres antituberculeux
- * concentrations d'antibiotique dans le tissu pulmonaire souvent plus élevées que les concentrations sériques
- * une seule administration quotidienne par voie orale
- * bien toléré
- * pourcentage élevé de négativations même chez des sujets porteurs de formes chroniques polyrésistantes

Présentations: gélules de 150 et 300 mg d'antibiotique

Pour tout renseignement supplémentaire, consulter la notice explicative.



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

Rückkehr zur vegetativen Normotonie

DETMS retard bei Orthostase

Kopfschmerz

Schwindel

Ohrensausen

Hyper-
ventilation

Fimmern
vor den
Augen

Übelkeit

Kribbeln
in den
Extremitäten

Tachykardie

Zusammensetzung: je Kapsel je ml DETMS je Tabl.
Dihydroergotamin- DETMS retard (= 20 Tropfen) DETMS
methansulfonat 2,5 mg 2 mg 1 mg

Indikationen: Hypotoner Symptomenkomplex -
orthostatische Kreislaufstörungen; Migräneprophylaxe -
Intervallbehandlung bei normo- bzw. hypotoner

Ausgangslage; vasculäre Kopfschmerzen.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Besondere Hinweise:

DETMS Tropflösung ist länger als 3 Jahre haltbar.
Nach dem Anbrechen des Fläschchens sollte der Inhalt
innerhalb eines Jahres verbraucht werden.

Handelsformen:

Packung mit 50 Kapseln
Packung mit 250 Kapseln
Packung mit 50 ml Tropflösung
Packung mit 100 ml Tropflösung
Packung mit 50 Tabletten
Packung mit 250 Tabletten

PROPHAC Luxembourg
B.P.2063
Tél.: 48 24 82

Rentschler

