

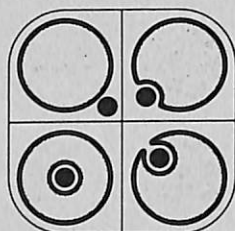
BULLETIN

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

N° 1

1980 - 117^e année

Bei allen infektiösen Prozessen haben Leukozyten die Aufgabe, pathogene Erreger zu phagozytieren. Die Phagozytose-fähigkeit ist jedoch von verschiedenen körpereigenen Mechanismen abhängig. Durch die Erhöhung der Phagozytose-Aktivität wird eine körpereigene Infektbekämpfung gewährleistet. Das phagozytosesteigernde Wirkprinzip von Tardolyt hat sich bei allen chronisch-rezidivierenden Infektionen besonders bewährt, also dann, wenn eine Phagozytose-Aktivierung nötig ist. Tardolyt



Tardolyt®

Integral S.A. - Luxembourg - 25, rue d'Epervy

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 0,15 mg 3,4-Methylenedioxy-8-methoxy-10-nitro-phenanthren-carbonsäure-1 (Anistolochiasäure) als Natriumsalz.
Indikationen: Verbesserung der Heilerfolge der Antibiotika- bzw. Chemotherapie; rezidivierende Sinusitis und Tonsillitis; chronische Otitis media; chronische Eiterungen (Furunkulose, Dekubitalgeschwüre, Osteomyelitis, Fisteln etc.); Fokaltoxikose infolge nicht erreichbarer oder nicht sanierbarer Streuherde; Unterstützung der allgemeinen lokalen Therapie bei Akne conglobata; Granulationsförderung bei Ulcus cruris. **Dosierung:** 3 mal täglich 1-2 Dragées, unabhängig von Keimart und Lokalisation der behandelten Infekte. Die Medikation sollte so lange fortgesetzt werden, wie die Besserung erkennbare Fortschritte macht.

BULLETIN

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

N° 1

1980 – 117^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. M.-A. Dicato, Dr. G. Kayser, Dr. R. Koppes, Dr. E. Loos, Dr. M. Schroeder, M. P. Hippert, Dr. G. Theves

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 1980 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Sommaire

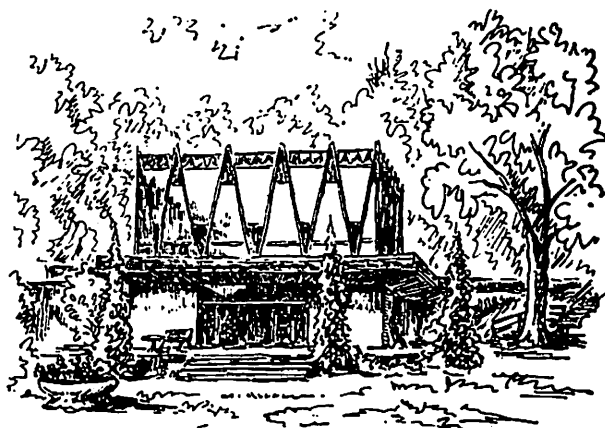
Articles Originaux

Les arthrodèses postéro-latérales du rachis lombaire et lombo-sacré avec vissage inter-apophysaire (à propos de 19 cas). Pr. J.Y. de la CAFFINIERE et Dr. Ph. HUGUENIN	3
Anastomose intraosseuse des deux nerfs dentaires inférieurs (droit et gauche). Dr. G. KAYSER	13
L'enclouage des fractures trochantériennes par la méthode de Ender. A propos de 30 cas. Dr G. MANDRES/B. NEGRETTI/M. REUTER	15
Possibilités nouvelles dans le traitement chirurgical du cancer du rectum. M. C. MARTI/J.M. FIALA	21
A propos de deux cas de botulisme. Dr R. SCHAUS	25
Die Leberzirrhose als soziale Krankheit. L. WANNAGAT/A. VAGENAS	29
 Editorial	
Dilatation transluminale des artères coronaires. Dr J. BEISSEL	37
 Mise au point	
Le Platine en chimiothérapie. Dr I. PIMENTEL/Dr M. DICATO	41
 Revue clinique	
Maladies à Yersinia. HIRSCH R./Dr. HEMMER R.	45
 Livres et Périodiques	
Dr M. DICATO	51

Nomenclature des Laboratoires et Firmes

ayant annoncé dans le présent numéro

Bios Coutelier S.A.
Boehringer Ingelheim
Byk Belga S.A.
S.A. Ciba-Geigy N.V.
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Hermal Chemie, Heumann, Mack
Continental Pharma
Integral S.A., Luxembourg
Blendax Belgium, Madaus, Zwintser
ICI Pharma
Janssen Pharmaceutica
Mustermöbel S.A.
Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains
Parke Davis
Promedy S.A.
Prophac, Luxembourg
Boehringer, Fabre, Inpharlam, Rentschler
Roussel S.A.
Salvia-Werk GmbH
Sandoz A.G.
Laboratoires S.M.B.
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale
S.A. Thérapeutica
Union Chimique Belge
Zyma-Galen



Mondorf- les-Bains

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 de réhabilitation
cardio-vasculaire

Service diététique
affecté à l'institut médical

Ouvert toute l'année. Information:
Mondorf-Etat - Tél. 67011



Voltaren[®]

Geigy

100 comprimés à 25 mg
12 suppositoires à 100 mg

Loprésor[®]
(métoprolol)

CIBA

Les arthrodèses postéro-latérales du rachis lombaire et lombo-sacré avec vissage inter-apophysaire (A propos de 19 cas)

J.Y. DE LA CAFFINIÈRE
ET PH. HUGUENIN

INTRODUCTION

L'objet de cet exposé est de présenter une variante de techniques d'arthrodèse postéro-latérale, de préciser ses **aspects techniques** et de mettre en valeur les **avantages** que les patients peuvent en tirer notamment quant à la possibilité d'un lever précoce, de la rapidité de la fusion et de la reprise de leurs activités.

En effet, les techniques opératoires d'arthrodèse lombo-sacrée sont nombreuses. Nous ne parlerons pas des greffes postérieures et de leurs variantes, mais nous envisagerons uniquement les arthrodèses vertébrales avec vissage des apophyses articulaires.

L'idée de ce type d'intervention revient à Don King [2], de San Francisco en 1946: il réalise le vissage des apophyses articulaires avec mise en place d'un greffon iliaque ou tibial fixé en position médiane à la base des apophyses épineuses réséquées.

En 1959 Boucher [5] propose une technique qui apparaît très voisine de la nôtre: vissage des apophyses articulaires avec arthrodèse postéro-latérale. La technique utilisée dans le service depuis 2 ans associe une arthrodèse postéro-latérale au vissage des apophyses articulaires. Ce vissage a pour rôle de fixer temporairement les vertèbres en attendant la fusion. Cette ostéosynthèse permet la mobilisation précoce du malade sans risque de mobilité au niveau des foyers d'arthrodèse, ceci en attendant la fusion de la greffe qui est bien sûr seule à pouvoir lui assurer une fixation définitive [4]. Ce vissage est fait sans avivement. Il n'est possible que si les

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (Professeur J.Y. de la Caffinière)
Centre Hospitalier de Luxembourg, 4, rue Barblé, Luxembourg (Grand Duché de Luxembourg)

apophyses articulaires ont conservé des rapports anatomiques normaux; il s'agit là évidemment d'un point important de cette méthode.

TECHNIQUE OPERATOIRE

L'installation se fait en position ventrale sur un cadre à appui évitant au mieux la compression abdominale et permettant un jeu thoracique normal. L'incision est médiane postérieure, suffisamment longue, permettant ainsi une large exposition. Après désinsertion médiane des muscles para-vertébraux on procède à la libération de l'aile-ron sacré, des lames vertébrales, du massif des articulaires et des apophyses transverses. Ce temps est facilité par l'usage d'un écarteur spécial (avec un bec à cuiller) qui prend appui sur la pointe des apophyses transverses. Ainsi on réalise une large exposition avec un bon contrôle de l'hémostase.

Le temps suivant correspond au vissage des apophyses articulaires. La large exposition réalisée permet de repérer la direction des surfaces articulaires. Préalablement au vissage est réalisée la résection en coin du ligament interépineux emportant en partie la lame à l'étage sus-jacent pour permettre le vissage. Celui-ci est réalisé sans avivement des surfaces articulaires de façon à ne pas fragiliser ce massif. On utilise une mèche de Roy-Camille avec une butée laissant une longueur utile à la mèche de 38 mm.

Le point d'entrée de la mèche se fait à la jonction entre la lame et la moitié de l'apophyse articulaire inférieure de la vertèbre sus-jacente. La direction peu plus verticale en L_5-S_1 est d'environ 45° dans les deux plans. Elle est un peu plus verticale en L_4-L_5 . On utilise habituellement des vis Philips dont la longueur varie de 28 à 35 mm. Le vissage réalisé est en principe bilatéral.

Le temps suivant correspond à l'avivement. En cas d'arthrodèse L_5-S_1 , on procède à l'avivement de l'aile-ron sacré, de la face externe de l'apophyse articulaire sacrée, de la face postérieure de l'apophyse transverse, ainsi que de la face externe de l'apophyse

articulaire supérieure de L_5 . En cas d'arthrodèse L_4-L_5 , on associe à ces gestes l'avivement de la face postérieure de la transverse de L_4 et la face externe de l'apophyse articulaire supérieure de L_4 . Ces greffons ont été préalablement prélevés sur une des crêtes iliaques postérieures. On pose sur ces zones avivées un lit de spongieux recouvert de greffons cortico-spongieux. Ainsi on peut obtenir une fusion rapide avec un bloc osseux compact et solide.

Il n'y a pas de consigne postopératoire particulière. Le malade pourra se lever dès la cessation des phénomènes douloureux, en règle entre le troisième et le quatrième jour. Il n'y a pas de prescription d'anticoagulants.

MATERIEL D'ETUDE

Il a été pratiqué 27 arthrodèses du rachis lombo-sacré dans le Service en 2 ans (mars 1977 - mars 1979). 19 fois, il s'agissait d'arthrodèses postérolatérales avec vissage interapophysaire. Parmi celles-ci, 14 ont un recul suffisant supérieur ou égale à 9 mois et ont été retenues pour l'analyse des conditions de reprise d'activité postopératoire et les délais de fusion. Il s'agit donc de 19 cas où nous retrouvons 11 hommes dont l'âge varie de 40 à 58 ans avec un âge moyen de 51 ans et de 8 femmes dont l'âge varie de 21 à 58 ans avec un âge moyen de 38 ans.

Les étages opérés furent les suivants:

- 1 arthrodèse L_4-L_5 suspendue,
- 12 arthrodèses L_5-L_1 (figure 2),
- 5 arthrodèses aux deux étages inférieurs (figure 3),
- enfin une fois les trois derniers étages.

L'indication de l'arthrodèse postéro-latérale vissée du rachis est exclusivement réservée à des rachis en place, c'est-à-dire sans modification des rapports normaux des apophyses articulaires. Tous nos patients ont été lombalgiques de longue date et ont été classés dans les cadres suivants:

- lombalgies pures: 11 cas,
- lombo-sciatiques: 2 cas,

Principe thérapeutique

DIHYDERGOT®

Action veinotonique



Dihydergot®: Substance active mésilate de dihydroergotamine. Indications: Troubles circulatoires d'origine hypotensive et orthostatique qu'ils soient de nature primaire ou secondaires au traitement par d'autres médicaments ainsi que leurs symptômes (p. ex. vertiges et fatigue chronique). Prophylaxie de la migraine et des céphalées vasculaires. Propriétés: Le Dihydergot® contracte les vaisseaux hypotoniques en stimulant les récepteurs α -adrénergiques. Étant un agoniste partiel, il possède également des propriétés α -adrénergiques. Son effet tonifiant sur les vaisseaux de capacitance (veines) est particulièrement marqué, comparativement à son action sur les vaisseaux de résistance (artérioles). Le Dihydergot® convient donc au traitement de l'hypotension orthostatique (prévention d'une stase veineuse exagérée). L'administration parentérale est recommandée pour le traitement de la crise migraineuse. Contre-indications: Le Dihydergot® ne doit pas être injecté dans les cas suivants: grossesse, insuffisance coronarienne ou hypertension mal stabilisée. Effets secondaires: Extrêmement rarement, nausées et vomissements.

Pour toute information complémentaire veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments ou vous adresser à

DHE 3 F

SANDOZ

PRODUITS SANDOZ (SUISSE) SA

Département pharmaceutique, Missionsstrasse 60/62, 4012 Bâle, tél. 061/44 00 71

Salvia-Werk Homburg/Saar

est spécialisée pour
la fourniture de solutés
à perfusion, et
présente aussi une
gamme complète pour la
hémodialyse.

**L'alimentation
parentérale
avec:**

ist für Lieferungen von
Infusionslösungen
spezialisiert – und
bietet auch ein komplettes
Programm für die
Hämodialyse.

**Parenterale
Ernährung
mit:**

SALVIAMIN LX (4 – 10%)

SALVIAMIN L o. K H. (4 – 10%)

(sans glucides)

(ohne Kohlenhydrate)

plus

Kalorische Elektrolytlösung – Salvia

G 12%, G 24%, GLX 24%

Kalorische Lösung LGX 40% – Salvia

Salviamin OP, 1500, 2000

(soluté complet)

(Komplettlösung)

Pour toute information
adressez-vous à:

Für jegliche Information
wenden Sie sich an:

Salvia-Werk GmbH

Postfach 128

Fabrikstraße 51

D-6650 HOMBURG/SAAR

Telefon (06841) 7601; Telex 044608

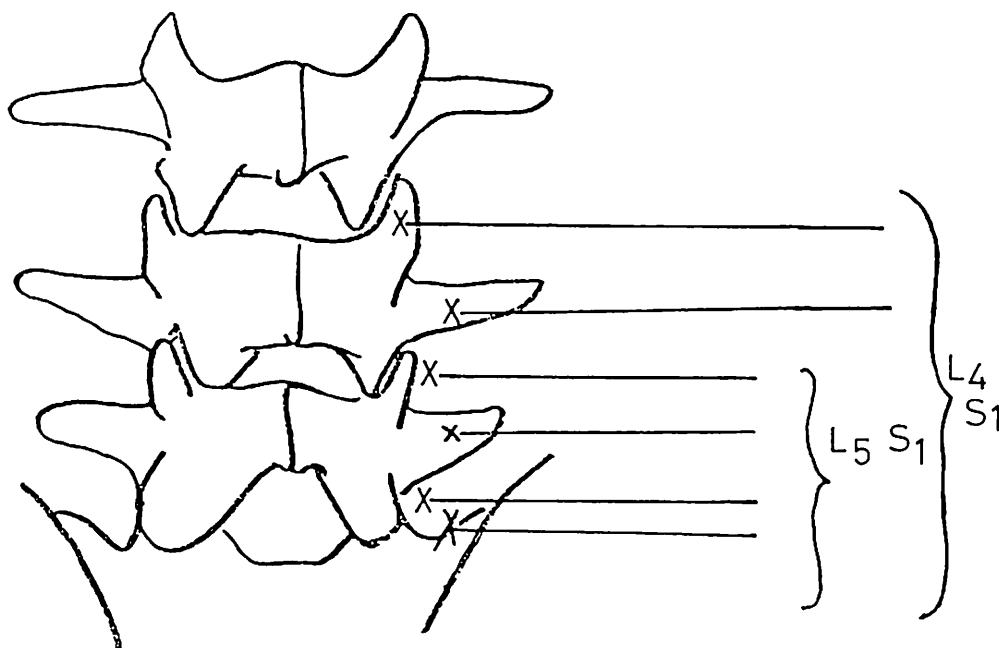


FIGURE 1: Technique opératoire.

Les surfaces avivées sont les suivantes:

- en cas d'arthrodèse L₅-S₁:
 - alleron sacré;
 - face externe de l'apophyse articulaire de S₁;
 - face postérieure de l'apophyse transverse L₅;
 - face externe de l'apophyse articulaire supérieure de L₅.
- en cas d'arthrodèse L₄-S₁:
 - l'avivement comporte de plus la face postérieure de l'apophyse transverse de L₄;
 - la face externe de l'apophyse articulaire supérieure de L₄.
- lombo-sciatiques après cure de hernie discale: 6 cas,
- il n'y a pas eu bien sûr de spondylolisthésis opéré par cette technique.

Les lombalgies pures: 11 cas dont l'âge varie de 21 à 58 ans, en moyenne 41 ans. L'origine est la suivante: 5 fois par arthrose inter-apophysaire, 3 fois par arthrose intersomatique, 3 fois par association de ces lésions. Les niveaux vissés sont alors les suivants: L₅-S₁: 9 cas; fixation à 2 étages: 2 cas; il n'y a eu aucun cas vissé en L₄-L₅.

Gestes associés:

- ouverture du canal lombaire: 4 cas. Dans trois cas pour vérifier l'état discal dont une fois avec pratique d'une discographie per-opératoire, et dans un cas pour s'assurer de l'absence de canal étroit. Ces ouvertures ont été réalisées par excision du ligament inter-épineux sans laminectomie.
- autre geste associé: un syndrome de Bastrup ayant nécessité la résection des épineuses de L₂ à L₅.

Les lombo-sciatiques:

- un cas par hernie discale
- dans un autre cas, arthrose inter-apophysaire entraînant d'un discret pincement (figure 5). Celui-ci a entraîné de difficultés techniques pour l'arthrodèse prévue pour L₅ et L₅-S₁ a en fait été réalisée de L₃-S₅ vissée en L₃-L₄. Après un décubitus de 48 heures, les opérations ont été simples et la guérison obtenue au deuxième mois. Cette expérience confirme que l'arthrodèse par visssage doit être réalisée dans l'organisation anatomique.

Les lombo-sciatiques et la hernie discale: Six cas âgés de 35 à 65 ans, moyenne 46 ans.

- dans un cas, le malade a subi au préalable trois interventions
- trois autres malades ont subi une seule intervention,
- enfin dans deux cas, il y a eu une intervention au préalable.

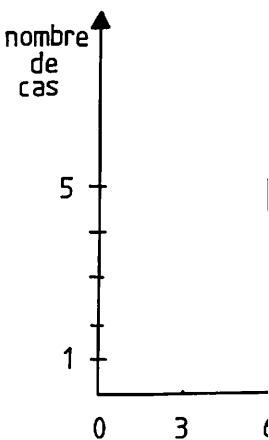


TABLEAU 2.

La fréquence des cas récurrents

2 cas: 47 et 53 ans.
 le au niveau L₅-S₁.
 l s'agissait d'une
 saire s'accompa-
 pseudo-spondylolis-
 ci a été à l'origine
 es, ce qui fait que
 ur deux étages L₄-
 une arthrodèse de
 et L₄-L₅ (figure 6).
 un mois, les suites
 sion a été obtenue
 e observation con-
 e postéro-latérale
 e en place et ne
 absence de désor-

Après cure de her-
 de 36 à 63 ans, en

de avait subi au
 ions,

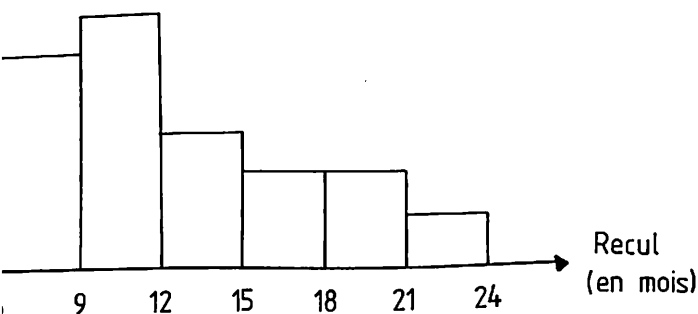
aient eu deux in-

avait eu une seule
 e.

Dans tous ces cas, le canal vertébral n'a pas été réexploré et il a été pratiqué une arthrodèse en place. Les niveaux opérés furent les suivants: L₅-S₁: deux cas, arthrodèse à deux étages: 3 cas, enfin une arthrodèse suspendue en L₄-L₅. Parmi les gestes associés, citons un cas de syndrome de Baastrup ayant nécessité une résection des épineuses de L₁ à L₅ inclus.

Les conditions rapides de mise en charge constituent l'un des aspects les plus intéressants découlant de cette méthode d'arthrodèse vissée. Sur les 8 cas pratiqués sans intervention préalable, ni complications per-opératoires, le premier lever s'est passé dès la cessation des phénomènes douloureux dûs à l'intervention, c'est-à-dire en règle dans les cinq premiers jours. Ce lever a été différé de une à deux semaines dans 5 cas et il a toujours été autorisé sans corset. Il fut indolore. Ce lever a été différé de quelques semaines dans 7 cas particuliers, difficiles ou lors de réintervention. De ce fait, la durée d'hospitalisation fut brève. Si nous envisageons le recul moyen de la totalité de nos observations, nous voyons

RECUL DES OBSERVATIONS (19 CAS)



ents nous amène à souligner l'intérêt que nous accordons à cette méthode de traitement.

A vous de choisir: le tabac ou la santé

*(thème de la Journée Mondiale de la Santé 1980 de l'Organisation
Mondiale de la Santé)*

- Les épidémies historiques étaient dues à des maladies et à des famines finalement vaincues par l'effort humain. L'épidémie du tabagisme n'est due qu'à l'homme.
- Le procès du corps médical et scientifique contre la cigarette n'est plus à faire. La sentence est prononcée: la cigarette est responsable de milliers de morts inutiles.
- Le fait de fumer la cigarette déclenche un processus pathologique qui finit par causer des dommages irréversibles dont l'effet final est plus ou moins proportionnel à la dose totale cumulée pendant les années d'intoxication au tabac.
- Les statistiques démontrent que 90 pour cent des morts dues au cancer du poumon, 25 pour cent de celles dues aux maladies cardio-vasculaires et 75 pour cent des morts dues à la bronchite chronique sont directement imputables au tabagisme. Cela veut dire, sans exagération, qu'au moins un million d'hommes et de femmes meurent chaque année pour avoir fumé.

Un des principes fondamentaux des soins de santé primaires est la prise en charge par chaque individu de sa propre santé et de celle de ses proches. Réduire la consommation de tabac, en prévenir la propagation chez les enfants et les adolescents, constitue un exemple éloquent de la façon dont l'individu peut améliorer son propre état de santé.



FIGURE 3

Arthrodèse en L₅-S₁. (Noter l'importante arthrose inter-somatique et le pincement discal).



que l'hospitalisation postopératoire fut de 25 jours et en ne retenant que les 6 derniers cas récents de lombalgies pures opérées, la durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours.

RESULTATS

L'analyse des résultats postopératoires fait appel aux cas possédant un recul suffisant, supérieur ou égal à 9 mois, c'est-à-dire 14 dossiers. Signalons que les complications postopératoires furent rares: 2 cas. Un cas d'hématome sous-cutané et un cas d'iléus postopératoire ayant cédé sous aspiration gastrique au troisième jour.

Les critères de fusion furent cliniques, disparition de la douleur lors de la mobilisation, mais aussi évidemment radiologiques: incorporation du greffon sur le cliché de face, et dans certains cas, clichés du rachis de face en inclinaison latérale droite et gauche et de profil en flexion-extension maximum.

Dans 13 cas sur 14, la fusion fut obtenue rapidement dans un délai de un mois et demi à deux mois. Cette rapidité est illustrée (figure 7) par la fusion obtenue au deuxième mois chez une femme de 35 ans. Un autre exemple (figure 8) montre la fusion obtenue au cinquième mois chez une jeune femme avec un bloc osseux compact et solide.

FIGURE 4

Arthrodèse postéro-latérale visée aux deux derniers étages, l'apport cortico-spongieux est ici bien visible.

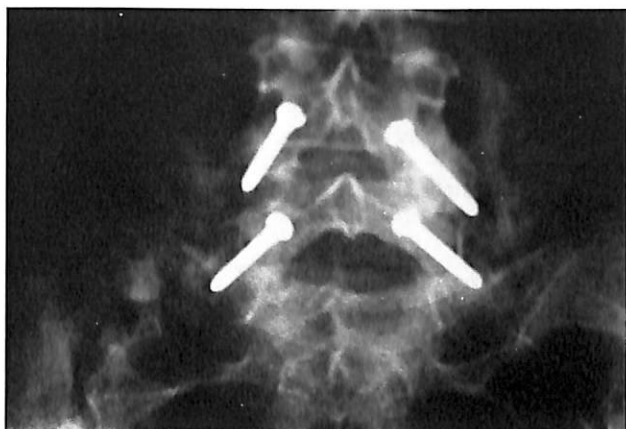




FIGURE 5

Pseudo-spondylolisthésis, arthrosique.

L'incidence en trois quarts (figure 9) confirme la très bonne incorporation du greffon.

Dans un cas, un malade obèse de 75 kgs pour 1m60, la non fusion était certaine au troisième mois puisque le malade présentait quelques douleurs à la mobilisation et la fusion n'était pas visible à la radio. Un contrôle au sixième mois a montré cette fusion vérifiée radiologiquement avec un bon résultat clinique. Il s'agit donc d'un échec relatif de cette méthode, la fusion ayant été cependant obtenue dans les délais d'une arthrodèse postéro-latérale non vissée.

Les délais de reprise du travail apparaissent sur le tableau 10. En moyenne cette reprise intervient à 3 mois et demi, mais elle peut être plus précoce à 1 mois et demi. Le délai raccourci de cette reprise d'activité amène à insister sur la fréquence des métiers pénibles dans notre recrutement, puisque parmi les hommes opérés, il y a 3 maçons, 2 plombiers, 3 ouvriers d'entretien; parmi les femmes, 4 femmes de ménage. Ces activités professionnelles ont été reprises ensuite.

Les résultats sont regroupés sur cette fiche évolutive moyenne:

opération 0
premier lever: première semaine,
sortie: troisième semaine,
reprise du travail: 3 mois et demi.

Recul et appréciation globale du résultat fonctionnel. Le tableau 11 montre le recul de nos observations, mais nous insistons de

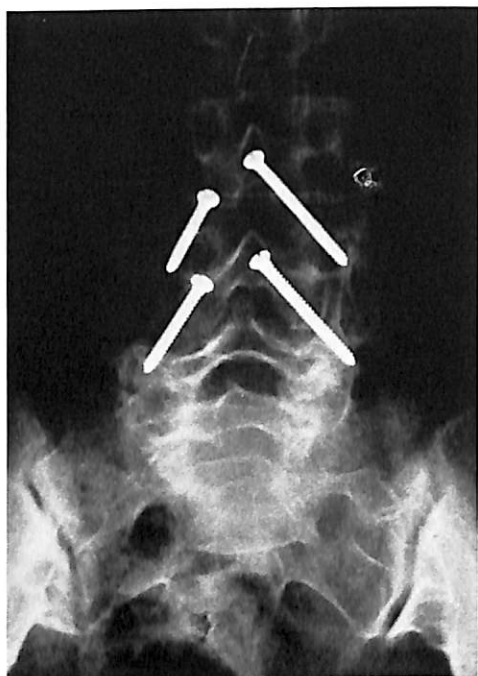


FIGURE 6

Malgré les problèmes de repérage, la fusion obtenue au troisième mois est excellente.

Catapressan[®] 150

pour le confort et la sécurité
de l'hypertendu âgé



► maintien des réactions physiologiques
d'adaptation cardio-vasculaire
à l'effort et au changement de position

maintien de la circulation cérébrale
absence d'hypotension orthostatique

absence de risque en présence
d'artères cérébrales sclérosées

► respect de la fonction des organes vitaux
et de la circulation à leur niveau

► protection contre l'insuffisance
ventriculaire gauche

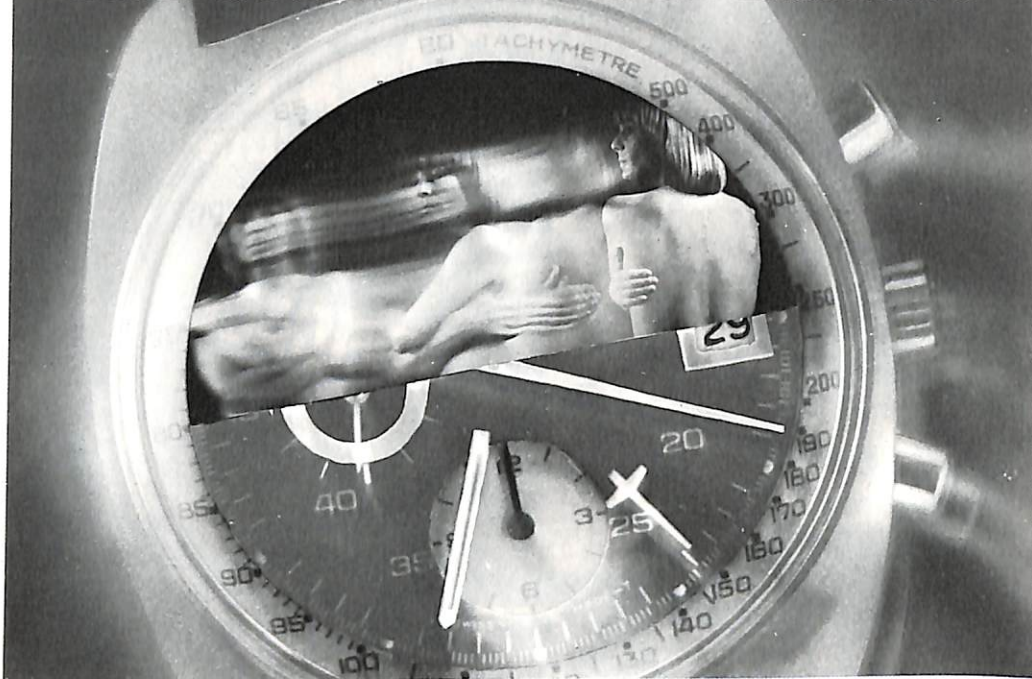
Présentations : Comprimés à 0,150 mg
- flacons de 30 et 75 comprimés
- flacon clinique de 250 comprimés

**Boehringer
Ingelheim**



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

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 Schultertrifre (Pensarthropathia humero-scapularis), Hexenschub (Lumbago), Ischialgie, Sehnencheidenentzündung, Schleimbeutelentzündung, sowie bei stumpfen Traumen 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 auflagen 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

TROPON ARZNEIMITTEL KÖLN

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



FIGURE 7

Rapidité de la fusion obtenue à 1½ mois, le bloc osseux compact est ici bien visible. Cet exemple est un peu particulier, car du fait d'un spina bifida de siège atypique lamellaire droit, il a été nécessaire de faire pénétrer la vis par la lame contro-latérale.

nouveau sur le fait que l'analyse des résultats est faite sans préjuger de l'évolution à long terme de ces arthrodèses.

L'appréciation globale du résultat fonctionnel fut établie en tenant compte d'une grille appréciant la répercussion des douleurs sur l'activité du malade. C'est sur ces critères qu'avaient déjà été dégagées les indications opératoires.

4. Etat fonctionnel normal, aucune limitation des activités.

3. Quelques lombalgies d'effort intermittentes et bien tolérées, activité professionnelle normale.

2. Malade ayant soit des lombalgies, soit des lombo-sciatiques permanentes n'empêchant pas une activité modérée.

1. Malade lombalgique ou lombo-sciatique avec une activité discontinue (arrêt de travail).

0. Malade aggravé par l'intervention.

Ainsi, nous avons pu établir pour chaque malade un chiffre pré-opératoire et un chiffre postopératoire permettant l'évaluation des résultats.

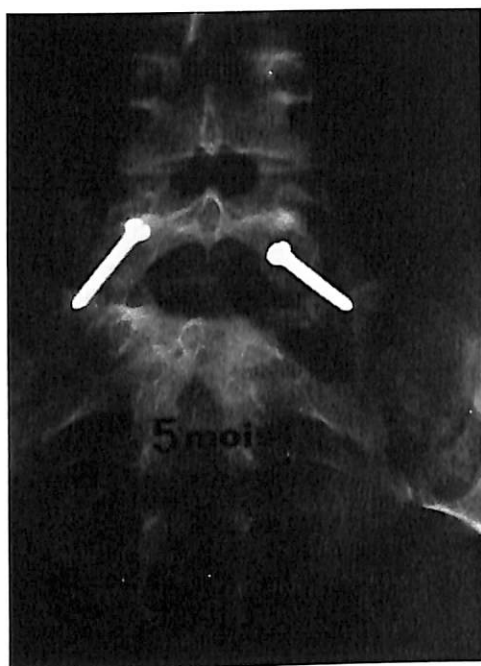
En cas de lombalgies pures ou de lombo-sciatiques. Sur 10 malades, 9 gagnent 2 points ou plus dans cette classification apparaissant ainsi comme de très bons résultats. 1 cas reste un résultat médiocre malgré une fusion obtenue. Ces résultats sont d'autant plus intéressants à retenir qu'ils furent obtenus malgré un contexte défavorable: 3 malades étant notés obèses sur les observations.

En cas de lombo-sciatiques après cure de hernie discale. Les résultats paraissent un peu moins bon, puisque les malades gagnent en moyenne 1 point, mais il convient de faire la part de la sclérose et de l'adhérence périradiculaire pour apprécier le déterminisme de leur douleur.

Au total. Retenons l'amélioration nette des douleurs obtenue par cette méthode puisque sur 14 cas, tous les opérés sauf 1 sont améliorés (bien que dans ces derniers cas la fusion ait été obtenue). Dix de nos opérés sont de bons ou de très bons résultats.

CONCLUSIONS

La revue de dossiers d'arthrodèses postéro-latérales vissées du rachis nous amène tout d'abord à retenir que cette technique s'adresse à des rachis en place sans désorganisation anatomique. Les indications sont tout d'abord les lombalgies par discopathie



FIGURES 8 ET 9

Excellente fusion obtenue au cinquième mois où l'incidence en trois-quarts confirme la très bonne incorporation du greffon.

dégénérative ou arthroses inter-apophysaires.

La durée d'hospitalisation et les suites sont comparables à celles d'une cure de hernie discale, cela nous amène à proposer d'étendre les indications d'arthrodèses à toute cure de hernie discale après 40 ans si le malade présente un **long passé lombalgique** avec présence d'une arthrose intersomatique ou interapophysaire.

Dans ces cas, la probabilité de bons résultats après simple cure de la hernie discale diminue et l'arthrodèse avec vissage sera associée d'emblée (3).

Les lombo-sciatiques postopératoires constituent aussi une indication à l'arthro-

dèse postéro-latérale vissée assurant une nette amélioration.

Enfin, rappelons les principaux avantages de cette méthode: lever rapide, indolore et sans corset, l'hospitalisation est courte et la fusion est obtenue en deux mois environ. Enfin, l'incapacité de travail est limitée à trois mois en moyenne.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BOUCHER (H.H.):** A method of spinal fusion J. Bone Jt. Surgery - 1959 - 41 B, 248-259

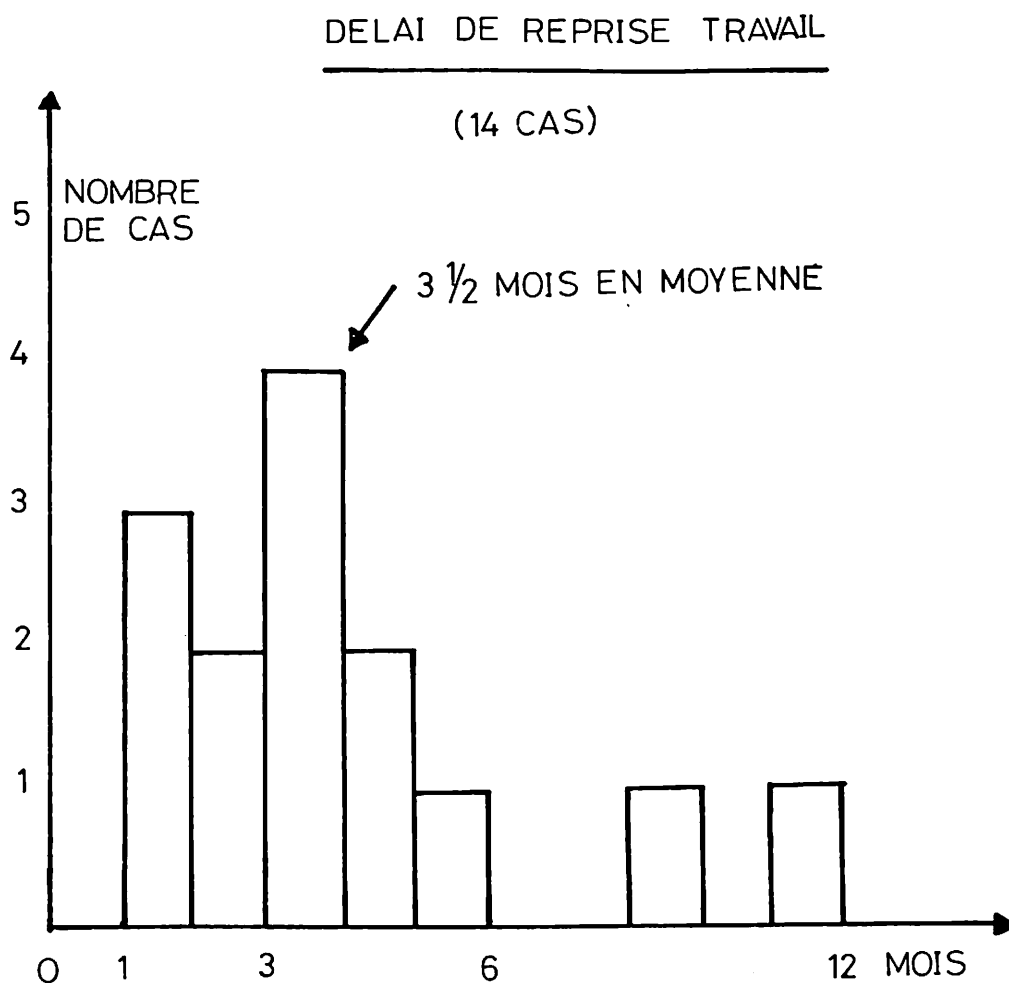


TABLEAU 10.

Délais de reprise de travail raccourcis malgré la fréquence des métiers pénibles.

2. **KING (D.):** Internal fixation for lumbosacral fusion J. Bone Jt. Surgery – 1948 – 30 A, 560-565
3. **MAC QUILLAN (W.):** Arthrodesis of the posterior intervertebral joints as a technic of spinal fusion, with a particular reference to disc surgery J. Bone Jt. Surgery – 1968 – 50 B, 224
4. **MAU (H.):** Verschraubung und dorsolaterale Versteifung im Lumbosakral B. Schnitt – Z. Orthop. – 1974 – 112 n° 4 – 782-785
5. **PENNAL (G.F.), MAC DONALD (G.A.), DALE (G.C.)**
A method of spinal fusion using internal fixation – Clinical Orthopedies 1964 – n° 35 – 86-94

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 $\frac{1}{2}$ à 1 compr. par 24 heures - formes moyennes 1 à 2 compr. par 24 heures - formes graves 4 à 6 compr. par 24 heures. PRESENTATIONS: Flacon 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'Epiprone 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'Epiprone, il n'y a pas lieu d'augmenter la dose prescrite ni de craindre une accoutumance. CONSERVATION: Dans un endroit sec.

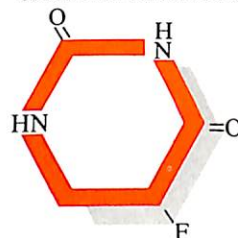
laboratoires therapeutica
512, rue de genève - 1030 bruxelles

Großmutter's Rezepte
mit Schnecken und
Besprechen bei Vollmond
sind endgültig
passé.



Bewährt
von
Hermal

Die neue, klinisch
gesicherte* Warzentherapie
basiert auf Fluorouracil.



Verrumal® Lösung gegen Warzen

Hermal entwickelte eine neue Warzentherapie mit dem Cytostatikum Fluorouracil. Optimale Wirkstoffpenetration durch Salicylsäure und filmbildende Grundlage. Keine Intoxikation durch perkutane Resorption. Im klinischen Doppelblindversuch wurde die Wirkung von Verrumal® statistisch signifikant nachgewiesen*.

Zusammensetzung Fluorouracil 0,5 g; Salicylsäure 10,0 g; Dimethylsulfoxid 8,0 g; Filmbildende Grundlage ad 100,0 g. **Anwendungsgebiet** Warzen. **Gegenanzeigen** VERRUMAL sollte nicht angewendet werden bei einer bestehenden Schwangerschaft und auch nicht von Frauen, bei denen eine Schwangerschaft nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Es sollte außerdem nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen dieses Präparat. VERRUMAL ist nicht zur Anwendung auf großen Hautflächen bestimmt (Hautfläche nicht größer als 25 cm²). VERRUMAL darf nicht mit den Augen in Berührung gebracht werden. **Nebenwirkungen** Gelegentlich: Brennen, insbesondere beim Auftragen. Selten: Erosive Hautreaktionen. In sehr seltenen Fällen kann ein starkes Brennen zum Absetzen der Therapie führen. Durch die starke hornschicht-erweichende Wirkung kann es insbesondere in der Umgebung der Warze zu weißlichen Verfärbungen und Abschilferungen der Haut kommen. **Dosierung und Art der Anwendung** Soweit nicht anders verordnet, wird VERRUMAL 2-3mal täglich auf jede Warze aufgetragen. Dabei ist darauf zu achten, daß das Medikament möglichst nicht auf die gesunde Haut der Warzenumgebung gelangt. Gegebenenfalls ist die umgebende Haut mit einer Salbe oder Creme abzudecken. Die zu behandelnde Fläche soll nicht größer als 25 cm² sein. Die durchschnittliche Anwendungsdauer beträgt 6 Wochen. Auf eine tägliche, konsequente Anwendung ist zu achten. Nach erfolgreicher Therapie sollte noch ca. 1 Woche lang weiterbehandelt werden. Erfahrungsgemäß ist es in vielen Fällen, z. B. bei stark prominenten vulgären Warzen und bei Fußsohlenwarzen, günstig, daß das unter der VERRUMAL-Behandlung abgestorbene Gewebe vom Arzt abgetragen wird. **Besondere Hinweise** Sind Hautareale mit dünner Epidermis von Warzen befallen, so ist VERRUMAL weniger häufig aufzutragen und der Therapieverlauf öfter zu kontrollieren, da es durch die stark hornschicht-erweichende Wirkung der im VERRUMAL enthaltenen Salicylsäure zu Narbenbildung führen kann. Bei perioralen und besonders bei subungualen Warzen ist darauf zu achten, daß die Nagelmatrix nicht geschädigt wird und VERRUMAL nicht in das Nagelbett gelangt. Bei Warzen mit sehr starker Verhornungstendenz ist es manchmal angebracht, mit Salicylsäure-Pflaster vorzubehandeln. Nach jedem Gebrauch ist das Fläschchen gut zu schließen, da das Präparat sonst schnell eintrocknet und nicht mehr ordnungsgemäß angewendet werden kann. **Feuergefährlichkeit** VERRUMAL ist verschreibungspflichtig. **Darreichungsform und Packungsgröße** Flasche mit 13 ml DM 11,55 (Preis m. MwSt.; Stand: 1. Januar 1980)

* J. Meyer-Rohn u. P. Schmersahl, Z. Hautkr. 53 (19) 697, (1978)
E. W. Breitbart, Z. Hautkr. 54 (19) 853-855 (1979)

Vertretung für die Schweiz: LUBAPHARM AG, CH-4002 Basel
Vertretung für Luxemburg: COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S.A.,
L-Luxembourg



HERMAL-CHEMIE KURT HERRMANN
2057 Reinbek b. Hamburg

Wenn es um die Haut geht - HERMAL

Anastomose intraosseuse des deux nerfs dentaires inférieurs (Droit et gauche).

Dr Georges KAYSER

RESUME:

Découverte d'une anastomose intraosseuse dans la région mentonnière des deux nerfs dentaires inférieurs chez une personne ayant été opérée pour un grand kyste de la région.

OBSERVATION:

M.J.A., âgé de 60 ans nous fût adressé en juillet 1979 par son médecin-dentiste traitant, pour traitement d'une infection prenant tout le maxillaire inférieur gauche.

L'image orthopantomographique (Fig.1) révèle une vaste image lacunaire polycyclique s'étendant de l'angle mandibulaire gauche à la région canine droite.

Opéré le 8 août 1979 nous avons, en disséquant et curetant la région mentonnière mis à découvert un canal osseux de plus ou moins 1 mm de diamètre nettement dessiné dans la paroi postérieure de la mandibule dans lequel cheminait un filet nerveux reliant les 2 nerfs dentaires inférieurs le droit avec le gauche.

A première vue, l'orthopantomographie attire surtout l'attention sur l'importance de la lésion osseuse, le détail intéressant de la continuité du canal mandibulaire ne nous est apparu qu'après l'intervention en réexaminant le cliché.

L'examen histologique montre un kyste radiculo-dentaire à paroi fibro-inflammatoire tapissée d'un revêtement malpighien régulier et contenant des amas de cholestérol: ce kyste érode l'os qui est cependant de structure régulière. Pas de malignité.

11, avenue de la Porte Neuve
LUXEMBOURG



CONCLUSION:

volumineux kyste radiculo-dentaire bénin du maxillaire inférieur.

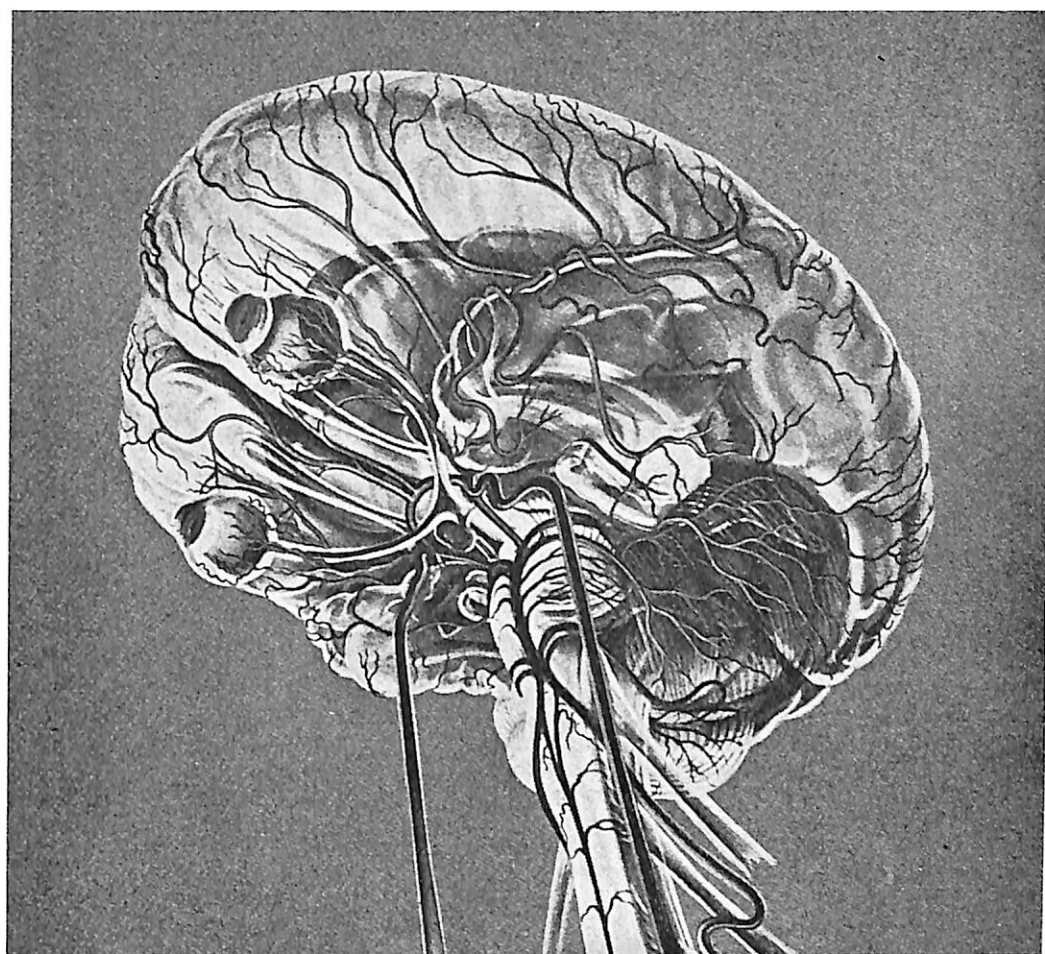
Cette anastomose n'ayant pas été décrite dans les ouvrages consultés (1.2.3.4.5.) par nous à cette fin, nous nous demandons si nous nous trouvons devant un cas rare ou peut-être unique.

Cette anastomose serait-elle en relation avec l'état pathologique de la région, ou plutôt est-ce l'état pathologique particulier permettant facilement l'exploration de la symphyse mentonnière qui nous a aidé à identifier cette anastomose?

Nous savons par expérience que pour avoir une bonne anesthésie dans la région incisive inférieure, très souvent une anesthésie tronculaire des deux côtés est nécessaire, ceci plaiderait en faveur de l'existence d'une anastomose mentonnière.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Gray's Anatomy 35th British edition – Roger Warwick, Peter Williams, W.B. Saunders Company Philadelphia 1973
2. Anatomie des Menschen. Waldeyer 1975 – Walter de Gruyter – Berlin – New York
3. W.G.Forssmann-Chr. Heym-Grundriß der Neuroanatomie Springer-Verlag Berlin – Heidelberg – New York, 1975
4. W. Kahle, Leonhardt, W. Platzer – Anatomie édition française dirigée par Cabrol – Flammarion – Médecine Sciences
5. Rouvière – Anatomie Humaine – Masson et Cie, éditeurs, Paris.



ISKÉDYL

Vaso-régulateur cérébral

Iskédyl injectable : 3 à 6 amp./jour. N.B. Ne pas mélanger Iskédyl avec les solutés alcalins. Raubasine base : 6,25 mg, Dihydroergocristine : 0,3125 mg, excipient q.s.p. 1 amp. de 2,5 ml. Boîte de 6 ampoules de 2,5 ml - Tableau C - Visa NL 7930.

Iskédyl gouttes : 90 à 120 gouttes/jour en 3 prises. Raubasine base : 0,800 g, Dihydroergocristine (mé-

thane sulfonate) : 0,100 g, excipient q.s.p. 100 ml de solution.

Flacon de 30 ml - Tableau C - A.M.M. 305.425.5.

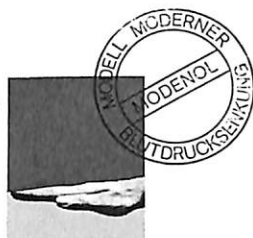
Indications : « Des vertiges aux comas vasculaires » ;
- troubles liés à l'insuffisance circulatoire cérébrale ;

- déficits sensitivo-moteurs.

Laboratoires Pierre Fabre Fimex - 125, rue de la Faisanderie, 75116 Paris
Distributeur pour le Grand Duché du Luxembourg : Prophac-Luxembourg. Tél. 48.24.82.

Der Hauptschrittmacher der Herzinsuffizienz ist die Hypertonie.
Deshalb Prophylaxe der Herzinsuffizienz durch rechtzeitige
Hochdrucktherapie

Modenol®



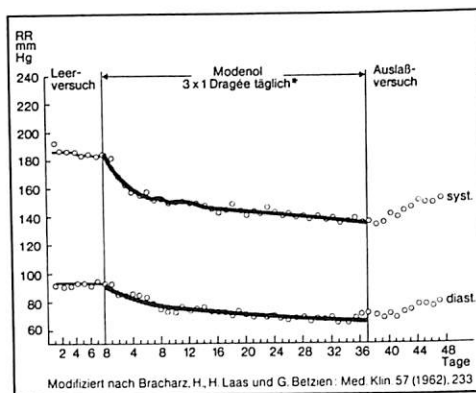
senkt den erhöhten Blutdruck im nebenwirkungsarmen Bereich:

1. allmählich

dadurch schonender Therapiebeginn-
besonders für Herz, Gehirn und Nieren.

2. langanhaltend

dadurch Schutz
vor interkurrenten Blutdruckspitzen,
selbst wenn der Patient die Einnahme
gelegentlich einmal vergißt.



Mit Modenol können Sie mehr als 80% aller Hypertoniker erfolgreich behandeln.

Zusammensetzung
1 Dragée enthält 3,3 mg Saltucin,
0,07 mg Reserpin, 0,07 mg
Rescinnamin, 0,7 mg Raubasin
und 300 mg Kaliumchlorid.

Dosierung
Tagesdosis zu Beginn der
Therapie: 2-3 x 1 Dragée Modenol
nach den Mahlzeiten.
Bei älteren Patienten und bei
Hypertonikern mit arteriosklero-
tisch bedingten Störungen ist
eine einschleichende Dosierung
angezeigt: Beginn mit 1 Dragée
täglich.

*Zur Dauertherapie genügt in der
Halbte der Fälle 1 Dragée, sonst
2 x 1 Dragée täglich.

Für Ihre Verordnung
OP mit 50 Dragées
AP mit 250 Dragées

Kontraindikationen
Schwere Niereninsuffizienz;
Sulfonamid-Überempfindlichkeit;
therapieresistente Hypokaliämie.

Nebenwirkungen und Hinweise
Orthostatische Störungen kommen

nur selten vor; sie sind stets rever-
sibel. Wegen der Saltucin-Kompo-
nente kann es – wie bei allen
saluretikahaltigen Präparaten –
vereinzelt zu Kaliummangel-
erscheinungen und zu einer Er-
höhung des Blutzuckers und der
Blutharnsäure kommen.
Bei Diabetes und bei Gicht ist eine
häufigere Stoffwechselkontrolle
angezeigt.

Wie bei jeder blutdrucksenken-
den Therapie kann das
Reaktionsvermögen – z. B. im
Straßenverkehr – beeinträchtigt

werden; und zwar vor allem dann,
wenn zusätzliche Medikamente
gegeben werden, die die blut-
drucksenkende Wirkung
verstärken können (z. B. Sedativa,
Narkotika, Vasodilantien) oder
bei gleichzeitigem Alkoholgenuß.

Weitere Informationen enthält der
wissenschaftliche Prospekt

mannheim boehringer

Boehringer Mannheim GmbH
Mannheim

Prophac Luxembourg · Case postale 2063 · Tél. 48 24 82

L'enclouage des fractures trochantériennes par la méthode de Ender. A propos de 30 cas.

**Dr Guy Mandres /
Bruno Negretti / Marc Reuter**

La fréquence des fractures trochantériennes en a depuis longtemps fait un problème de pratique chirurgicale quotidienne.

Ici comme ailleurs, les techniques chirurgicales évoluent. Parmi elles, l'enclouage de Ender représente un réel progrès.

Sans avoir la prétention d'égaliser des séries plus considérables, comme celle de Kempf et collaborateurs (5) par exemple, nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de relater notre expérience personnelle portant sur 30 cas que nous jugeons par rapport à l'ensemble de nos malades comportant également 33 cas opérés par clou-plaque.

Cette étude résume donc les résultats, rééducation fonctionnelle comprise, de toutes les fractures per-, inter- et sous-trochantériennes chez les malades de plus de 60 ans que nous avons opérées dans notre clinique de 1971 à 1978.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons retenu uniquement les malades de plus de 60 ans dont les fractures de la région trochantérienne ont été traitées entre 1971 et 1976 par clou-plaque et à partir de 1976 par enclouage de Ender (tableau 1). Le type anatomo-pathologique des fractures est détaillé dans le tableau II. Le tableau III précise la répartition des deux méthodes selon l'âge.

Clinique Ste-Thérèse, Luxembourg

TABLEAU (I)

	Total	Clou-plaque	Ender
Masculin:	14 = 22%	6 = 18%	8 = 27%
Féminin:	49 = 78%	27 = 82%	22 = 73%

TABLEAU (II)**TYPE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES FRACTURES**

I) traitées par clou-plaque:			
a)	fractures sous-trochantériennes et inter-trochantériennes		5
b)	fractures per-trochantériennes		25
c)	fractures basi-cervicales		3
Total:			33
II) traitées par enclouage de Ender			
a)	fractures sous-trochantériennes et inter-trochantériennes		2
b)	fractures per-trochantériennes		26
c)	fractures basi-cervicales		2
Total:			30

TABLEAU (III)**REPARTITION DE L'APPLICATION DES 2 METHODES SELON L'AGE**

	Total des cas	clou-plaque	clou-Ender
60-69	10	9	1
70-79	21	11	10
80-89	23	10	13
90-99	9	3	6
	63	33	30

RÉSULTATS

Bien que le nombre total de cas et à fortiori celui des sous-groupes soit trop faible pour aboutir à des conclusions statistiquement significatives la tendance de nos résultats rejoint ceux des autres auteurs.

Ces résultats peuvent être jugés à la lumière de certains critères. Ainsi la durée d'hospitalisation des malades opérés par la méthode de Ender a été raccourcie (tableau IV).

Il convient d'ajouter que nos malades auraient pu quitter la clinique plus tôt, si des

raisons sociales ne nous avaient pas souvent obligés à les garder au-delà des délais nécessaires. On peut cependant admettre que ce facteur a joué au même degré pour les deux types d'opération, les difficultés de transfert en convalescence n'ayant guère varié au long des années.

MORTALITÉ

La mortalité a été de 7 cas sur 33 pour l'intervention clou-plaque, de 4 cas pour l'opération selon Ender.

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.

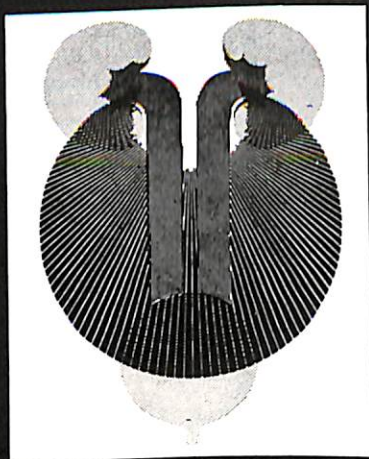
Carence d'origine alimentaire ou médicamenteuse (antibiotiques).

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

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, Ödeme, Anurie, Uramie, Polyneuropathie, Sulfonamid- und Nitrofurantoin-
Überempfindlichkeit, schwere Leberparenchymschäden. Anwendung während der ersten 3 Lebensmonate. Keine Hexamethylentetramin-haltigen und zusätzlich
bei UROSPASMON keine schwellen- und querschlängelnden Präparate gleichzeitig verabreichen.
Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen, Allergien, Fieberschübe, Exantheme, Cholestase, pulmonale Reaktionen,
anaphylaktische 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 Hexamethylentetramin 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

St. 101.14.19/78

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

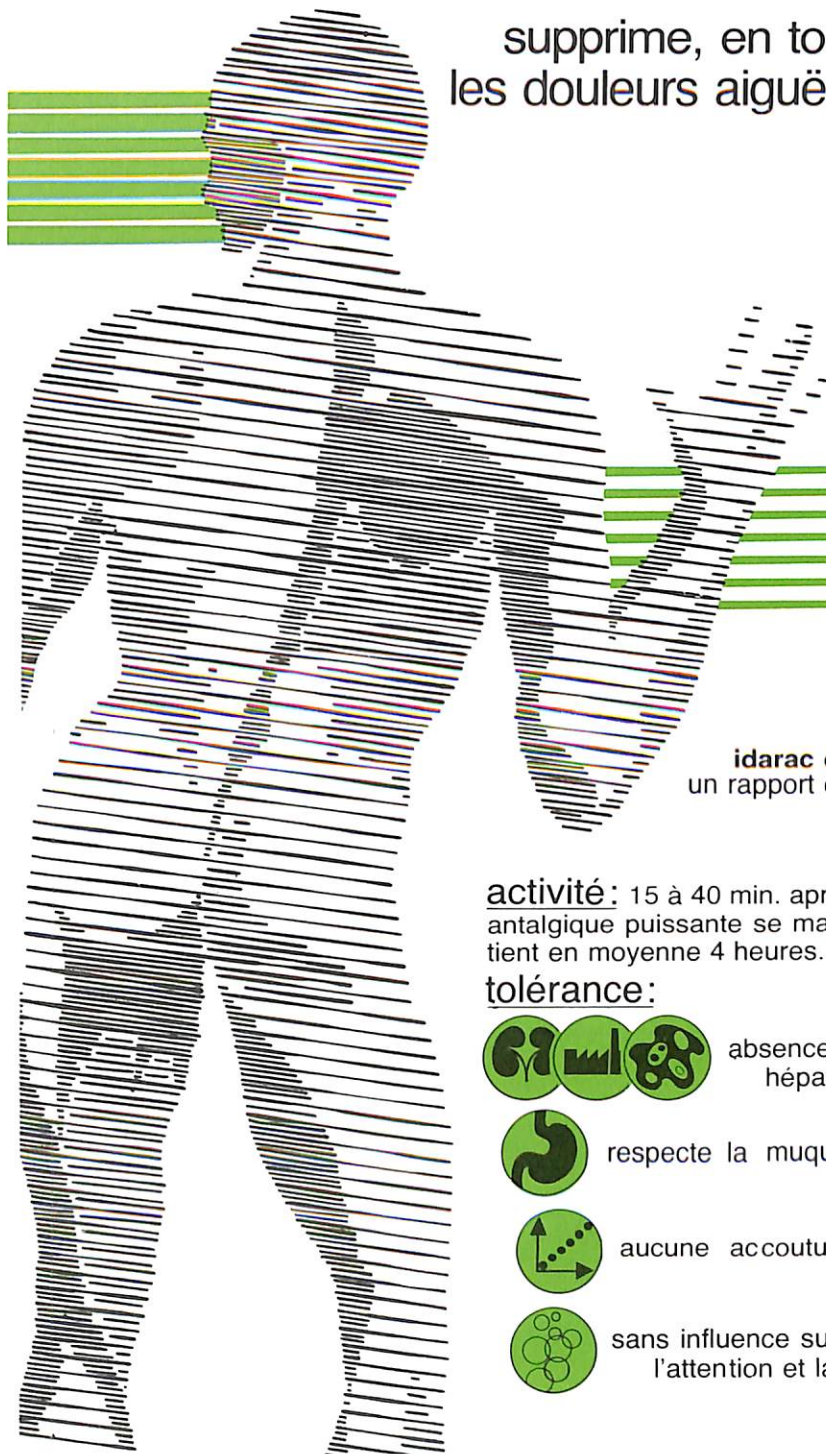


Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

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



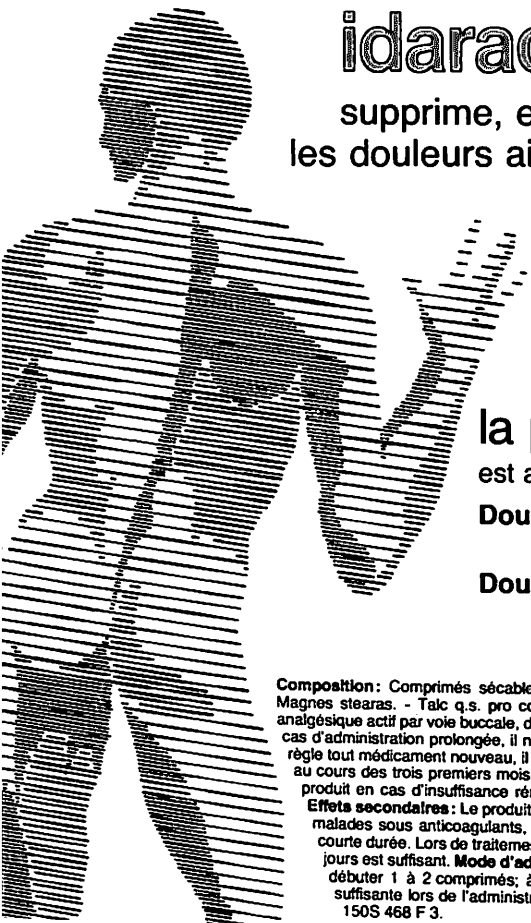
respecte la muqueuse gastrique



aucune accoutumance



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



idarac antalgique périphérique

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

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

la posologie

est adaptée à l'intensité de la douleur.

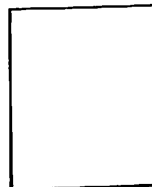
Douleurs fortes: 2 comprimés par prise.
6 comp. p. jour.

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. Éviter 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 F3.

PORT PAYE PAR LE DESTINATAIRE

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



Dr:

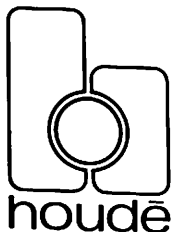
rue, n°:

Code Postal:

Localité:

O.M. n°:Date:

Signature:



av. Ad. Lacomblé, 59 bte 5

1040

BRUXELLES

TABLEAU (IV)

DUREE D'HOSPITALISATION

I) durée d'hospitalisation de tous les malades

Clou-plaque:	33	1753 jours	Moyenne: 53 jours
Ender:	30	1405 jours	Moyenne: 46 jours

II) durée d'hospitalisation (abstraction faite des cas mortels)

Clou-plaque:	33 - 7 = 26	1542 jours	Moyenne: 60 jours
Ender:	30 - 4 = 26	1174 jours	Moyenne: 45 jours

Il n'y a eu aucun décès postopératoire immédiat. La plupart des décès sont survenus souvent plusieurs semaines après l'intervention chirurgicale par broncho-pneumonie, insuffisance cardiaque et dans un cas par embolie pulmonaire.

D'ailleurs tous nos malades jusqu'à l'âge de 70 ans étaient sous traitement anti-coagulant d'abord au Sintrom et actuellement à la Calparine (selon la méthode de Kakkar.)

COMPLICATIONS AU NIVEAU DU FOYER DE FRACTURE

- pour les ostéosynthèses par clou-plaque
 - 1 fracture de plaque
 - 1 fracture de clou

- pour les enclouages de Ender

nous n'avons pas eu de complications directes au niveau du foyer de fracture, mais dans un cas qui n'est d'ailleurs pas repris dans notre statistique, le malade a du être réopéré étant donné que la longueur des clous n'était pas suffisante.

Au fond les seules complications notables que nous ayons eues dans les enclouages de Ender sont les consolidations en rotation externe (5 cas).

Ces derniers temps pour éviter cette complication et surtout dans des fractures multifragmentaires plus difficiles à stabiliser, nous appliquons parfois pendant plusieurs jours un plâtre de dérotation; cette méthode nous donne un très bon résultat ultérieur.

Parfois les malades souffrent de limitation douloureuse de la mobilité du genou qui

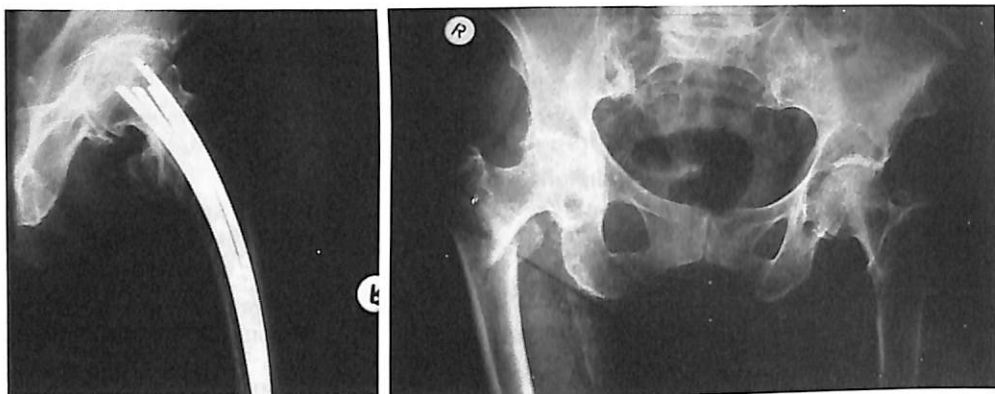
toutefois disparaît progressivement avec la rééducation fonctionnelle et avec le temps.

Nous pouvons constater dans cette analyse que les fractures de la région trochantérienne chez des gens de plus de 60 ans traitées entre 1976 et 1977 dans notre clinique par enclouage de Ender ont présenté par rapport à l'ancienne méthode de clou-plaque, une diminution de la mortalité, une diminution de la durée d'hospitalisation et nous pouvons dire une diminution des complications.

Il ne faut pas oublier que le temps opératoire de l'enclouage de Ender est beaucoup plus court que l'ostéosynthèse par clou-plaque, que les transfusions sanguines nécessaires lors de l'ostéosynthèse par clou-plaque sont en moyenne de 2 à 3 flacons alors que maintenant avec l'enclouage de Ender nous n'avons pratiquement plus besoin de transfusions sanguines. Le risque infectieux d'une intervention chirurgicale minime et loin du foyer de fracture disparaît pratiquement complètement.

Nous pouvons donc conclure que les chances de survie d'un malade de plus de 60 ans, opéré de fracture de la région transtrochantérienne, augmentent si le traitement de la fracture n'est pas trop traumatisant et s'il entraîne rapidement une consolidation de la fracture.

Nous pensons comme le Dr Georges Ender qui a mis au point cette nouvelle technique que la «solution se trouve dans la réalisation d'une ostéosynthèse la plus stable possible au prix d'une opération la plus bénigne possible».



L'enclouage de Ender répond à ces impératifs.

La méthode de l'enclouage de Ender permet d'obtenir une plus rapide consolidation osseuse de la fracture et la stabilité de l'enclouage de Ender permet une marche avec appui beaucoup plus rapide que dans les clous-plaques où il y a toujours risque de fracture d'un matériel rigide.

Un dernier tableau nous montre d'ailleurs que depuis 1976 nous n'employons pratiquement plus que cette méthode (tableau V).

RÉÉDUCATION

La rééducation des fractures de la région trochantérienne traitées par la technique de Ender a pour but la remise en charge précoce et progressive préparant à la marche, ainsi que la récupération d'une amplitude acceptable pour le genou et la hanche.

Kinésithérapie postopératoire immédiate:

- a) positionnement au lit:
extension du M.I. en évitant toute rotation externe (arceau soutenant le poids des couvertures, sacs de sable ou attelle plâtrée pour éviter les positions vicieuses).
Le malade pourra être installé très tôt au fauteuil en veillant que la position du M.I. n'en soit pas changée.
- b) mobilité de la hanche et du genou:
la flexion de la hanche se fera d'une façon passive pour devenir progressivement activopassive.
Nous pouvons facilement dépasser les 40° de flexion sans susciter aucune douleur.
La flexion du genou étant plus délicate, nous proposons de réaliser d'abord une flexion de hanche avant de plier prudemment le genou de 10 à 20°.

TABLEAU (V)
APPLICATION DES 2 METHODES A PARTIR DE 1976

Tranches d'âge	Clou-plaque	Ender
60-69	1	1
70-79	4	10
80-89	0	13
90-99	0	6

Mise debout et déambulation:

Il faudra tenir compte de l'âge du malade et de l'état fonctionnel de sa hanche auparavant.

La mise debout ainsi que la reprise de la marche se fera après la première semaine postopératoire.

Au cours des premières séances de marche, nous utiliserons un déambulateur offrant plus de sécurité au malade.

Nous passerons ensuite à 2 cannes anglaises en début des 3 premières semaines.

Nous terminerons par une marche avec une canne portée du côté opposé à l'intervention.

Travail musculaire:

Il faut noter que le renforcement des muscles stabilisateurs de la hanche ne nous intéresse peu, car il s'agit ici de muscles sénescents ne perdant pas beaucoup de leur force et n'en récupérant que difficilement.

Par contre nous veillerons à ce que le malade fasse une extension du rachis lors de la marche. La position courbée en avant qu'il recherche augmente sensiblement les douleurs au niveau du genou à cause de son désaxage.

Aléas

- souvent le grand âge du malade
- les gonalgies temporales subsistant jusqu'à l'ablation des clous
- la marche qui aura tendance à se faire en rotation externe.

Aussi faut-il rappeler que seul un malade dont la rotation est de 35° se dit considérablement handicapé.

RÉSUMÉ

Nous avons trouvé dans cette courte étude des fractures trochantériennes du fémur que l'ostéosynthèse par enclouage de Ender est une intervention relativement bénigne diminuant le temps opératoire, la mortalité, les complications de matériel, le risque infectieux, la durée d'hospitalisation chez des malades âgés et souvent en mauvais état général.

La rééducation fonctionnelle prend toute son importance chez ces blessés âgés dont la mobilisation précoce est une des conditions de survie.

BIBLIOGRAPHIE

1) J. Dossa, F. Bonnel et J.-P. Micallef: «Le clou élastique et biomécanique. Technique, indications, résultats dans le traitement des fractures cervico-trochantériennes.» Revue de chirurgie orthopédique. 1976, 62, 43-55.

2) H.G. Ender: «Die Behandlung per- und subtrochanterer Brüche mit Federnägel.» Verlag F. Sailer 1975.

3) H.G. Ender, B. Briot: «Traitement des fractures per-, inter- et sous-trochantériennes par clou élastique de Ender.» Société Simmho. 1976.

4) A. Jeandel: «Rééducation des fractures de la région trochantérienne traitées par la technique de Ender.» Kinésithérapie scientifique. 1977. 152. 285.

5) I. Kempf, B. Briot, J.-H. Jaeger, H. Calderoli et G. Copin: «L'enclouage selon Ender, Etude biomécanique et résultats à propos de 120 cas.» Revue de chirurgie orthopédique. 1976. 62, 595-612.

6) U. Mommsen, H.D. Sauer, F. Siebert: «Vor- und Nachteile der Nagelosteosynthese nach Simon-Widmer / Ender bei pertrochanteren Frakturen». Aktuelle Chirurgie 13 (1978) 345-352

Adresse des auteurs

Dr Guy MANDRES (chirurgien)
Centre Médical
24, rue d'Anvers / Luxembourg

Monsieur Bruno NEGRETTI
(kinésithérapeute)
15, rue de Vianden / Luxembourg

Monsieur Marc REUTER
(étudiant en médecine)
15, rue de Mamer / Bertrange

**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'Epernay

Possibilités nouvelles dans le traitement chirurgical du Cancer du Rectum

M.C. Marti – J.M. Flala*

Le traitement chirurgical du cancer du rectum, pour être radical, doit emporter non seulement la lésion mais toute l'atmosphère cellulo-graisseuse péri-rectale et entraîner l'ablation de tous les relais ganglionnaires. L'amputation abdomino-périnéale décrite pour la première fois par MILES en 1908 demeure l'opération de choix du cancer du rectum. En raison de la grave mutilation qu'elle impose, on s'est efforcé de longue date de trouver des techniques chirurgicales tout aussi efficaces sur le plan carcinologique mais respectant l'appareil sphinctérien. Ces méthodes ont des limites précises et entraînent des complications parfois redoutables.

Deux procédés récents permettent de diminuer les risques et la fréquence des complications inhérentes à la chirurgie conservatrice de l'appareil sphinctérien. Il s'agit de deux techniques d'anastomose colo-rectale per-anale: la «sleeve-anastomose» ou anastomose en manchon de PARKS (4) et l'anastomose termino-terminale à l'agrafeuse annulaire EEA (2,3,5).

L'emploi d'une de ces techniques n'est permis que si l'excision de la tumeur est carcinologique: il faut au préalable exciser complètement le rectum le plus distalement possible, soit de 3 à 5 cm au minimum en aval de la lésion en évitant toute l'atmosphère cellulo-graisseuse du petit bassin, il faut mobiliser le côlon descendant voire le côlon transverse et l'abaisser jusqu'à avoir une longueur satisfaisante et des tranches de section correctement vascularisées.

* Clinique universitaire de Chirurgie digestive
(Directeur: Professeur A. Rohner) Hôpital
cantonal 1211 – Genève 4.

Rétablissement de la continuité au moyen de l'agrafeuse EEA:

On confectionne une bourse sur le côlon proximal et une bourse sur le côlon distal au moyen d'un clamp spécial ou à la main. En cas de résection très basse, la bourse distale peut être confectionnée par voie anale (2). Il est essentiel de faire cette bourse au moyen d'un monofil afin de pouvoir correctement le faire glisser et serrer les noeuds. On introduit l'agrafeuse par voie anale et après fermeture de l'une et de l'autre bourse sur l'axe de l'agrafeuse, on verrouille la machine. Ceci permet la fermeture des agrafes et l'excision de deux colerettes de paroi colique tout en emportant les fils de fermeture des bourses. On retire la machine par voie anale. Aucune dilatation anale n'est nécessaire. L'agrafeuse étant livrée avec trois chargeurs interchangeables de 25, 28 et 31 mm, on peut confectionner des anastomoses dont le diamètre est d'emblée satisfaisant.

Anastomose en manchon ou «sleeve-anastomose»:

Dans cette technique d'anastomose, il convient au préalable, après le temps abdominal, de réséquer par voie anale la muqueuse du canal anal au-dessus de la ligne pectinée. Cette dernière est toutefois conservée. Le côlon est abaissé au travers du manchon musculéux constitué par les derniers centimètres de musculature rectale et par le sphincter interne au-dessus de la ligne pectinée; il est suturé par voie anale au moyen de 20 à 25 points de fils résorbables prenant d'un côté tout le côlon et de l'autre le sphincter interne et la muqueuse au niveau de la ligne pectinée. La dilatation anale nécessaire à la suture est délibérément très modérée et aucun retournement du canal n'est à effectuer contrairement à d'autres méthodes de «pull-through» (1).

Précautions particulières:

Dans les deux cas, certaines précautions particulières sont à prendre.

A. en pré-opératoire:

- l'intestin doit être rigoureusement préparé et vidé afin, d'une part, de diminuer au

maximum les risques d'une contamination du champ opératoire, et, d'autre part afin de retarder au maximum la reprise du transit sans impaction de matières fécales sur la zone de suture. Nous procédons toujours à une irrigation - lavage de tout l'intestin la veille de l'opération.

- Une couverture d'antibiotique est assurée durant 48 heures au moyen d'une association d'antibiotique à large spectre (soit Dalacin-C + Garamycine, soit Méthronidazol + Garamycine); la première dose est administrée à l'induction de l'anesthésie.

B. en per-opératoire:

- la qualité du côlon abaissé et sa bonne vascularisation doivent être minutieusement contrôlées.
- la dilatation anale est limitée au minimum, de quoi permettre le passage de l'agrafeuse ou de permettre la suture du côlon abaissé.
- il convient de drainer par des drains aspiratifs l'espace pelvirectal afin d'éviter toute collection hématique susceptible de s'infecter et de favoriser une désunion.
- une sonde rectale est laissée en place afin d'éviter toute distention aérique. En cas de «sleeve-anastomose», nous pratiquons en plus une caecostomie purement décompressive qui se fermera secondairement spontanément.

C. en post-opératoire:

- nous désinfectons l'espace pelvi-rectal par des irrigations quotidiennes d'un antiseptique, le Tauroflex, jusqu'au 5 ou 6ème jour par les drains. Dès le 6ème jour, ces derniers sont mobilisés et progressivement retirés.
- nous retardons le passage de matières fécales jusqu'à la guérison complète de l'anastomose en ne prescrivant à nos opérés qu'une diète élémentaire jusqu'au 10ème jour.
- dès le 10ème jour, nous contrôlons l'intégrité et l'étanchéité de l'anastomose par des examens radiologiques, endoscopiques et digitaux. Si l'anastomose est étanche, le patient reçoit un régime nor-

mal et est invité à exercer par des contractions volontaires répétées sa sangle pubo-rectale.

- la collaboration du patient est indispensable à plus d'un titre. Il convient de le prévenir des risques d'une telle intervention et de l'éventualité dans laquelle le chirurgien pourrait se trouver de devoir renoncer en raison de l'étendue du carcinome à une résection anastomose en faveur d'une amputation du rectum. Par ailleurs, en post-opératoire, le patient doit réapprendre à saisir les perceptions modifiées de sa sensibilité ano-rectale afin d'améliorer le plus rapidement possible sa continence.

Résultats:

Nous avons procédé à 5 anastomoses en manchon juste au-dessus de la ligne pectinée et 23 anastomoses colo-rectales aux agrafes. Les niveaux de ces dernières anastomoses sont précisés dans le schéma n° 1.

S'il est vrai que dans 6 cas au moins, ces anastomoses pouvaient être faites à la main, dans les autres cas, soit au niveau du tiers moyen et du tiers inférieur du rectum, l'anastomose manuelle aurait été périlleuse voire impossible en raison de la profondeur du malade et du siège des lésions. Nous avons de plus eu recours à l'emploi de l'agrafeuse pour cinq rétablissements de continuité après opération de Hartmann.

A. Résultats des «sleeve-anastomoses»:

Aucun de nos patients n'est décédé dans le post-opératoire. Un de nos patients, en raison d'une fuite anastomotique, a dû subir une iléostomie excluante de protection qui a pu être fermée au 3ème mois post-opératoire. Dans les autres cas, la zone anastomotique a guéri per primam. Un de nos patients est décédé à 18 mois d'une récurrence tumorale alors qu'il était initialement porteur d'une double localisation d'un carcinome au stade A de Dukes dans le tiers inférieur du rectum. Les 4 autres patients ont récupéré une continence pratiquement normale. Ils n'éprouvent la nécessité d'aucune défécation impérieuse et vont moins de 4 fois par jour à la selle à la demande. L'étude manométrique

de ces cas montre un fonctionnement normal de l'appareil sphinctérien, tant au niveau du sphincter interne que du sphincter externe. Le volume rectal est initialement diminué mais s'améliore progressivement lors des contrôles ultérieurs.

B. Résultats des anastomoses aux agrafes:

Dans nos 23 cas agrafés, nous n'avons aucun décès post-opératoire à déplorer. Une fuite anastomotique s'est manifestée cliniquement et s'est spontanément guérie après poursuite du régime sans résidu strict. Trois fuites radiologiques ont été découvertes sur le lavement baryté de contrôle de routine pratiqué au 10ème jour mais aucune n'a eu d'expression clinique. Aucune réintervention n'a été nécessaire et aucune colostomie de décharge n'a été pratiquée. De nos 23 malades, aucun n'a présenté d'incontinence anale post-opératoire, ni de trouble de la discrimination solide – gaz même en cas d'anastomose pratiquée dans le tiers inférieur du rectum. L'étude manométrique des patients ayant subi des agrafages bas situés s'est révélée d'emblée normale.

Discussion:

L'emploi des agrafeuses et la technique d'anastomose en manchon permettant d'abaisser notablement les niveaux d'anastomose tout en respectant les règles élémentaires d'une chirurgie strictement carcinologique. Le nombre de résections – anastomoses pratiquées pour traiter des cancers du rectum devrait donc être de plus en plus limité. L'agrafage est une méthode fiable qui permet des anastomoses en toute sécurité moyennant le respect, il est vrai, d'un grand nombre de détails techniques. Après des résections parfaitement carcinologiques de tumeurs du rectum, l'agrafage et l'anastomose en manchon permettent de rétablir la continuité en conservant une continence qui est d'emblée d'excellente qualité. Aucune réintervention n'a été nécessaire dans nos cas, tant en raison de complications post-opératoires qu'en raison de troubles fonctionnels. Une meilleure maîtrise des techniques d'agrafage devrait nous permettre, ain-

si que le propose Goligher, de procéder à des agrafages dans le canal anal lui-même.

L'emploi de l'agrafeuse permet une simplification des rétablissements de continuité après opération de Hartmann. Ce dernier procédé de résection recto-sigmoïdienne étant de plus en plus employé dans le traitement d'urgence, non seulement des carcinomes occlusifs mais également des diverticulites abcédées et perforées, nous serons de plus en plus sollicités pour rétablir la continuité même chez des patients âgés.

Conclusion:

Nous sommes convaincus qu'un avenir prometteur est réservé aux anastomoses per-anales dans le traitement du cancer du rectum. L'anastomose en manchon ou «sleeve-anastomose» et les agrafeuses annulaires devraient supplanter dans un proche avenir toutes les autres techniques de rétablissement de continuité pour des lésions rectales. De même, l'agrafeuse EEA permet une simplification des rétablissements de continuité après opération de Hartmann.

Bibliographie

1. **GOLIGHER, J.C.:** Surgery of the Anus, Rectum and Colon. London, Baillière Tindall (1975) 3rd ed.
2. **GOLIGHER, J.C.:** Use of circular stapling gun with peranal insertion of anorectal purse string suture for construction of very low colorectal or colo-anal anastomoses. Br. J. Surg 66 (1979) 501-504.
3. **LEPREAN, F.J.:** Low anterior resection of the colon and anastomosis with staples. Arch of Surg. 113 (1978) 1479-1480.
4. **PARKS, A.G. and THOMSON, J.P.S.:** Peranal endorectal operative techniques. In: Todd 1. P (ed) Colon, Rectum and Anus. London, Butterworths, p 157 (Operative Surgery, 3rd ed.).
5. **RAVITCH, M. M. and STEICHEN, F.M.:** A stapling instrument for end-to-end inverting anastomoses in the gastro-intestinal tract. Ann. Surg. 189 (1979) 791-797.

NIVEAUX DES ANASTOMOSES À L'EEA NOVEMBRE 1979

(23 cas)

Jonction recto-sigmoïdienne et $\frac{1}{3}$ sup du rectum
 $\frac{1}{3}$ moyen du rectum
 $\frac{1}{3}$ inf. du rectum
 + rétablissements après Hartmann

(6 cas)

(6 cas)

(6 cas)

(5 cas)



Les enfants
asthmatiques...



Les asthmatiques
allergiques aux pollens



Les asthmatiques sensibles
à des allergènes professionnels...

...des malades
reconnaissants
grâce au

Zaditen[®] WANDER

le nouveau traitement
préventif oral de l'asthme

deux capsules par jour
existe aussi sous forme de sirop pour enfants

admis par les
caisses-maladie*

Le traitement prolongé par le ZADITEN amène une diminution de la fréquence, de l'intensité et de la durée des crises d'asthme d'origine allergique, parfois même leur suppression

Composition:
Kétotifène DCI 1 mg

Présentation:
30* + 100* capsules à 1 mg
100 ml* de sirop à 0.2 mg/ml

Pour d'autres informations,
voir le Compendium
WANDER PHARMA BERNE

Koronarthherapie perkutan!

Nitro Mack® Salbe

enthält Nitroglycerin, die klassische
Wirksubstanz in der Koronarthherapie.



Nitro Mack® Salbe

Nitro Mack® Salbe

– weil die Wirksamkeit dieser Applikationsform klinisch objektiv
nachgewiesen ist.

Nitro Mack® Salbe

– weil die applizierte Salbe mehrere Stunden wirksam bleibt.

Nitro Mack® Salbe

– weil sie bei Patienten, die täglich mehrere Präparate einnehmen müssen,
die Medikation erleichtert.

Nitro Mack® Salbe

– weil sie auch bei Patienten mit Schluckbeschwerden bzw. Magen-
empfindlichkeit eine wirksame Nitroglycerintherapie ermöglicht.

Nitro Mack® Salbe

– weil der Patient motiviert wird, aktiv etwas für sein Herz zu tun.

Die Salbe, die systemisch wirkt.



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

Nitro Mack® Salbe

Zusammensetzung: 50 g Salbe enthalten: 1 g Nitroglycerin. **Anwendungsgebiete:** Therapie und Prophylaxe von koronaren Durchblutungsstörungen, Angina pectoris, Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt; zur Unterstützung bei Herzinsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Hypotone Kollapszustände, Schock; Überempfindlichkeit gegenüber Nitroverbindungen. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt können, meist vorübergehend, Kopfschmerzen, Nausea, Schwindel, Tachykardie, Blutdruckabfall, bei hohen Dosen Diarrhö, Verwirrtheit und – besonders bei hochgradiger Anämie – Methämoglobinbildung auftreten.

Hinweis: Die Behandlung sollte nicht abrupt abgebrochen, sondern unter allmählicher Verringerung der Anwendungsmenge beendet werden. **Dosierung:** Je nach Bedarf im allgemeinen 3-4 x täglich bis ca. 5 cm Salbenstrang auf die Brusthaut o. a. Hautbezirk auftragen. **Darreichungsform und Packungsgröße:** OP mit 50 g Salbe. **Repräsentant général au Grand-Duché:** Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A.

A propos de deux cas de botulisme

DR. R. SCHAUS, MRCP

Avoir eu à soigner cinq cas de botulisme en six ans – trois en 1973 (6) et deux en 1979 – relève sans doute d'un caprice du hasard, car cette affection causée par *Clostridium Botulinum* est quand même rare. En 1963 plusieurs cas avaient été publiés dans cette revue par d'autres auteurs, avec le jambon comme aliment coupable (1, 2, 3). Les deux malades sur lesquels se base la présente communication, avaient également consommé du jambon crû fumé et contaminé.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans et de sa mère de 47 ans. Le symptôme-clé se manifestait au niveau oculaire: vue trouble, sans diplopie, par paralysie de l'accommodation.

L'histoire racontée par le jeune homme, qui consulta seul, était quelque peu trompeuse. D'abord, parce qu'il attribuait ses troubles à la consommation, suivie de vomissements, de boulettes de viande en boîtes de conserve. Cela décourageait le soupçon de botulisme, les conserves d'origine industrielle étant en principe hors de cause. Ensuite, le fait que sa mère accusait le même trouble ne l'avait apparemment pas frappé. Comme il était peu loquace, cette information capitale lui fut soutirée assez laborieusement.

L'interrogatoire révéla que les deux malades avaient aussi mangé pendant plusieurs jours du jambon crû en tranches, acheté chez un boucher de l'Oesling et conservé chez eux au réfrigérateur. Ils n'avaient rien trouvé à redire à la qualité apparente de cette viande. On retiendra cette notion que si le goût des aliments botuligènes peut être altéré, il ne l'est pas nécessairement.

Le seul autre symptôme frappant chez ces deux malades consistait en une dysphagie modérée. Ils signalaient que les aliments solides ne passaient bien qu'accompagnés d'une gorgée de liquide.

Il restait deux tranches de jambon qui suffirent à l'Institut d'Hygiène et de Santé pour identifier rapidement, grâce au trépas démonstratif des souris inoculées, la toxine botulique B, le seul type jusqu'ici mis en évidence dans notre pays.

Comme traitement on administra par voie sous-cutanée pendant 4 jours consécutifs 40 ml de sérum anti-botulique B, à 10 000 unités/ml. Il provient de l'Institut Pasteur, et est en stock à l'Inspection des Pharmacies. L'injection en une fois de la dose totale a été recommandée par certains comme étant plus logique.

L'utilité de cette séro-thérapie reste incertaine. On peut se demander si sa mise en oeuvre ne symbolisait pas surtout l'expectative vigilante et armée, à l'affût des complications notamment respiratoires qui ne se produisirent heureusement pas. Il y a là un parallélisme avec l'efficacité insuffisante de la séro-thérapie anti-tétanique, dirigée contre un autre *Clostridium*, auquel le bacille botulique peut d'ailleurs très exceptionnellement emprunter le mode de pénétration par une plaie.

L'anti-toxine botulique est destinée à neutraliser la toxine encore en circulation (mais pas celle déjà fixée sur les cibles). Il entre dans cette façon de voir un facteur hypothétique, dont le poids se fait désagréablement sentir lorsque des signes d'intolérance aux protéines étrangères du sérum se manifestent, et que le «*primum nil nocere*» fait entendre sa voix. Chez la mère, la tolérance fut très mauvaise, avec rougeur et oedème locaux étendus, et réaction urticarienne généralisée. On peut se voir confronté dans ces circonstances à une escalade thérapeutique avec ses aléas, et le choix de l'attitude à adopter comporte alors un dilemme. Purges et lavements servent en outre à éliminer du tube digestif le micro-organisme et sa toxine.

Revenons au diagnostic, problème crucial. A la phase de début, les traités énumèrent e.a. des symptômes peu spécifiques, tels que constipation, asthénie et sécheresse de la bouche. Mais en pratique ce sont surtout les troubles oculaires: vue trouble, diplopie, qui motivent la consultation et orientent vers le diagnostic correct.

La démonstration de la toxine botulique ne se fait relativement facilement qu'à partir de l'aliment coupable, mais des méthodes non généralement pratiquées ont été préconisées ailleurs pour la mettre en évidence dans le sang, éventuellement les matières vomies et notamment les selles des sujets atteints (5).

Une réflexion générale vient à l'esprit, sans objet dans le contexte actuel sauf comme correctif de ce qui a été avancé plus haut, à savoir que l'innocence présumée des produits d'origine industrielle ne devrait pas être prise au pied de la lettre. En effet, ce serait manifester une confiance exagérée en la technologie alimentaire que de la croire sans failles possibles. Aux USA, par exemple, on a dû incriminer plusieurs fois des aliments conservés de provenance industrielle (5).

Les affections à différencier sont notamment le syndrome de Guillain-Barré, la myasthénie grave, la poliomyélite antérieure aiguë, et les accidents cérébro-vasculaires. En vertu de la prédominance de certains symptômes, le botulisme a été confondu avec une pharyngite, une intoxication atropinique, une occlusion intestinale (4).

Des deux cas de botulisme rapportés ici se sont donc dégagés quelques enseignements qu'on a voulu partager en les publiant. Il convient également de relever la collaboration sans bavures entre le médecin traitant, l'Institut d'Hygiène et de Santé et l'Inspection des Pharmacies. En quelques heures on commença à injecter le sérum, en 12 heures la confirmation téléphonique du diagnostic fut obtenue. Les services dépendant du Ministère de la Santé dépêchèrent leurs émissaires dans la boucherie en cause, et se

chargèrent d'avertir les médecins de la région. On ne trouva cependant plus ni trace de jambon botuligène, ni d'autres cas de la maladie. La négativité de ces enquêtes ne laisse pas d'être surprenante et l'explication n'en est pas évidente.

Bibliographie

1. **BEISSEL, A.:** Sur quelques cas de botulisme. Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. 100, 25-29, 1963
2. **BETZ, A.:** Le botulisme. Quelques aspects biologiques. Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. 100, 33-37, 1963
3. **BRUCK, P.:** A propos de quelques cas de botulisme après ingestion de jambon. Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. 100, 13-22, 1963
4. **KOENIG, M.G.:** Food Poisoning. Dans: Cecil Loeb, Textbook of Medicine, 13th ed., p. 72, W.B. Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 1971
5. **MERSON, M.H., HUGHES, J.M., DOWELL, V.R., TAYLOR, A., BARKER, W.H., GANGAROSA, E.J.:** Current Trends in Botulism in the United States. J.A.M.A. 229, 1305-1308, 1974
6. **SCHAUS, R.:** A propos de trois cas de botulisme. Bull. Soc. Sci. méd. Luxbg. 110, 61-64, 1973

LOTAGEN®

antiseptique gynécologique polyvalent



COMPOSITION:

Acid-5,5'-dioxy-3,3'-dimethyl-diphenyl-methan-2,2'-disulfonic, polymerisé.
Solution: par ml 400 mg + aqua q.s.
Ovules: 100 mg + polyéthylenglycol q.s.

INDICATIONS:

Métrites cervicales (1 à 2 fois par semaine badigeonnage du col et de l'isthme avec du Lotagen pur) - Vaginites (badigeonnage de la paroi vaginale avec du Lotagen pur). Traitement à compléter par 1 ovule 1 à 3 fois par semaine ou injection vaginale de Lotagen dilué (1 cuillerée à soupe / 1 litre d'eau bouillie) - Polypes du col - Erosions cervicales - Leucorrhée (1 ovule tous les 2 jours).

REMARQUES:

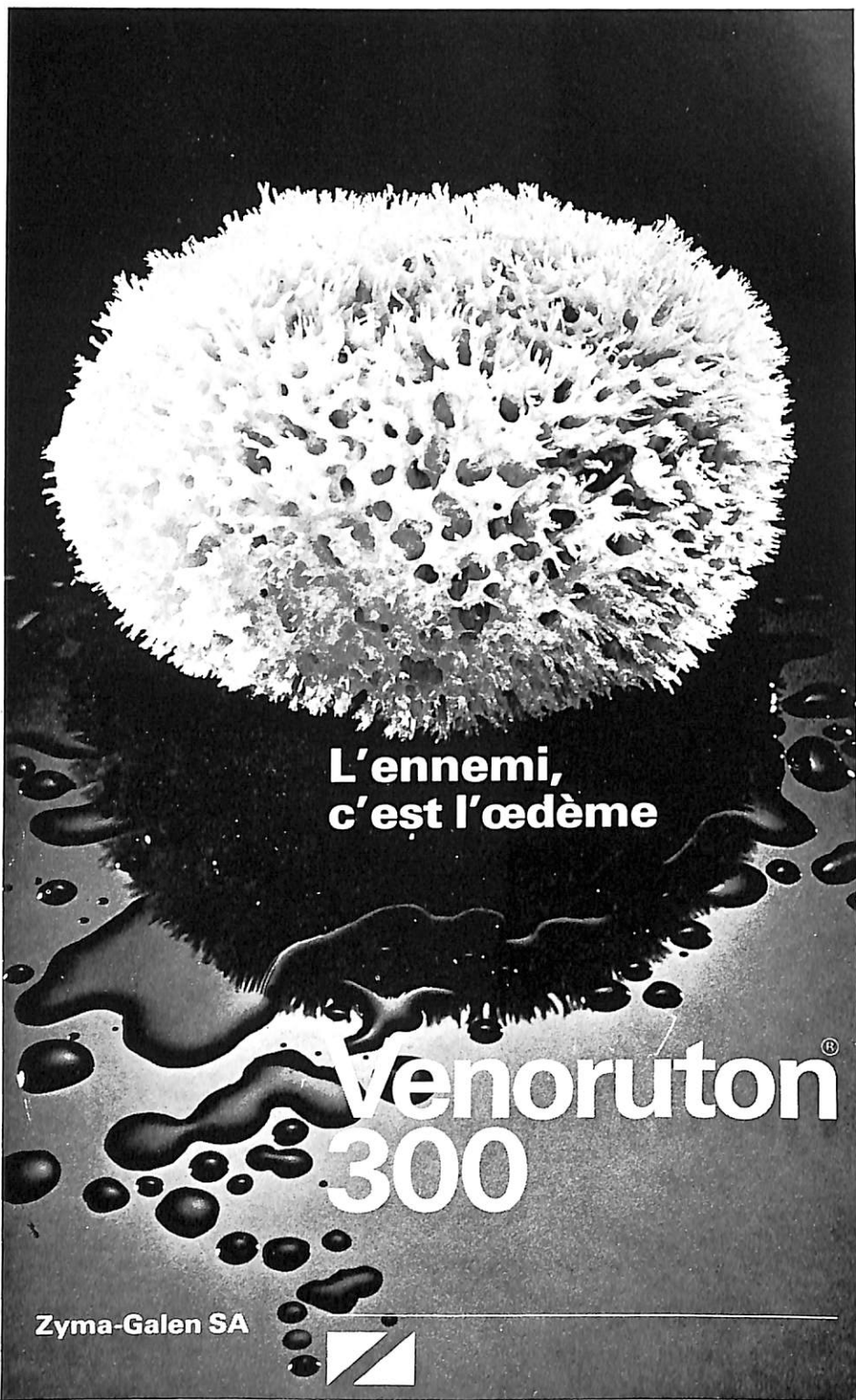
Ne pas mélanger à d'autres substances.
Antidote: Solution NaHCO₃.

PRÉSENTATIONS:

Flacon de 100 ml.
Boîte de 10 ovules.



BYK BELGA S.A.
115-121, rue Anatole France
1030 BRUXELLES



**L'ennemi,
c'est l'œdème**

**Venoruton[®]
300**

Zyma-Galen SA





Venoruton[®] 300

O-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea
Capsules

Traitement du syndrome variqueux

Formule

O-(β -hydroxyaethyl)-rutosidea (Factor P-Zyma) (cum Natr. chlorid. et Aethylen. glycol.) 324 mg – Glycolumpolyethyl. pro capsula gelat. una cum aq. – Titan. oxyd. – Ferrum oxyd.

Indications

Etats prévariqueux:

lourdeurs de jambes, douleurs, jambes enflées, œdèmes
malléolaires. Paresthésie d'origine vasculaire:
fourmillement dans les membres la nuit et au réveil,
crampes nocturnes.

Etats variqueux:

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

Troubles trophiques:

ulcères variqueux et dermites variqueuses.

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

Hémorroïdes et leurs complications.

Posologie

Traitement d'attaque:

2–3 capsules Venoruton 300 par jour.

Traitement de consolidation (2–4 semaines ou davantage):

1–2 capsules Venoruton 300 par jour.

Venoruton 300 doit être pris de préférence pendant les repas.

Contre-indications

Aucune connue.

Présentations

Etuis de 50 et 100 capsules à 300 mg.

Emballage clinique de 250 capsules.

Autres présentations

Gouttes 10%: flacon de 100 ml.

Ampoules 5 ml à 10%: étui de 5 ampoules i.m./i.v.

Gel: tubes de 40 et 100 g.

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

Die Leberzirrhose als soziale Krankheit

**L. WANNAGAT,
A. VAGENAS**

Virusinfektionen bedrohen den zivilisierten Menschen. Die **Infektlöse Hepatitis** ist zu einer Volksseuche geworden deren Folgeerscheinungen epidemiologisch und sozialmedizinisch zunehmend an Bedeutung gewinnen. In den Vereinigten Staaten wurden im Jahre 1974 fast 60 000 Neuerkrankungen gemeldet (1). Die virale Hepatitis ist damit in den USA zu der vierthäufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheit, in der Bundesrepublik Deutschland mit 22 500 Fällen zu der dritthäufigsten, geworden (1, 2). Erfahrungsgemäß werden fast ausschließlich Erkrankungen mit Gelbsucht gemeldet. Wenn man annimmt, daß das Verhältnis von ikterischen zu anikterischen Erkrankungen beim Erreger-Typ A 1:9 beträgt (2), so kann die Erkrankungszahl in den Vereinigten Staaten mit über ½ Million, in der Bundesrepublik Deutschland mit fast ¼ Million, geschätzt werden. Im letzten Krieg (1939-1945) sollen in Europa fast 10 Millionen Menschen an einer Virus A Infektion erkrankt sein (4). Nach unserem derzeitigen Wissen hinterläßt eine Hepatitis A lebenslängliche Immunität (Anti-HAV IgM + IgG RIA positiv). Der Erreger wird 3 Wochen nach Krankheitsbeginn im Stuhl nicht mehr gefunden. Ein Übergang in eine chronische Verlaufsform ist nicht bekannt (1). Hier muß allerdings einschränkend erwähnt werden, daß serologische Befunde und klinische Daten mit einer solchen Schlußfolgerung nicht immer übereinstimmen. Der deutsche Bundesbürger dürfte in 80-90% (registriert wurden Erkrankungen der Leber bei Unfallpatienten einer Universitätsklinik) mit dem Virus-A konfrontiert werden (3). Somit ist die Effizienz auf dem Arbeitsmarkt relativ gering. Ganz anders die epidemiologische und sozialmedizinische Bedeutung der Virus-B-Infektion. Ein Nachweis ist auch hier durch die empfindlichen radio-immunologischen Methoden möglich (HBs-Ag RIA, Anti-HBs RIA, HBe-Ag RIA, Anti-HBe

Bad Mergentheimer ...
Leberklinik
6990 Bad Mergentheim

RIA, Anti-HBc-RIA). Der Typ B spielt eine wichtige Rolle bei der Transfusions-Hepatitis. Andere virale Leberinfektionen wie Non-A / Non-B-Hepatitis-Fälle sind klinisch kaum von den B-Fällen zu unterscheiden. Eine Virus-B-Infektion tritt zwar nicht nur nach direkter parenteraler Übertragung als Transfusions-Hepatitis bekannt auf, aber ein enger körperlicher Kontakt ist für die Übertragung in der Regel erforderlich. Daher auch keine epidemiologische Ausbreitung wie bei der fäkal-oralen Übertragung (Hepatitis-A). Dauerbazillenträger sind bekannt (1). Den Erreger zu züchten gelang es bislang nicht. Auch ist nicht bekannt, wie es zur Zerstörung der Hepatozyten kommt (1). Der Übergang dieser Verlaufsform in die chronische Form und damit auch in die Zirrhose, stellt das Hauptproblem dar. Wir rechnen in der Bundesrepublik Deutschland heute mit rund 2 Millionen Leberkranken, davon etwa 200 000 Zirrhosen mit 20 000 Todesfällen im Jahr (die Zahl der Todesfälle durch Zirrhosen, in der Bundesrepublik Deutschland ohne Saarland und ohne Westberlin, betrug 1971 15 215) (5).

Von Januar 1975 bis Dezember 1975 wurden in Krankenhäusern für Akutmedizin 89 500 Männer und 32 300 Frauen mit Zirrhose behandelt; bei rund 5% der in der Bundesrepublik Deutschland verstorbenen war die Todesursache eine Lebererkrankung (4). Die Hepatitis-Infektion B ist also eine sehr ernst zu nehmende Zweitkrankheit, wenn man die weit verbreitete Virus-A-Infektion als ubiquitär ansieht. Allein im Lande Baden-Württemberg wurden 1975 374 Personen im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen der Landesversicherungsanstalt stationär aufgenommen und behandelt (abgeschlossene Heilmaßnahmen) (6). In der Bundesrepublik Deutschland sind 1975 allein im Rahmen der Arbeiterrentenversicherung 2 683, im Rahmen der Angestelltenversicherung 1 092 (insgesamt 3 775) Zirrhosen und 16 154 bzw. 6 875 (insgesamt 23 029) Probanden mit einer Leberkrankheit (keine Zirrhose) behandelt worden. Hierfür wurden in einem Jahr ausgegeben: rund DM 40 850 000 für Zirrhosen (Tagessatz in der Heilstätte 166,61 DM, Dauer der Behandlung

im Durchschnitt 6 Wochen, Lohnfortzahlung bzw. Übergangsgeld DM 3 000.- Reisegeld DM 70.-) (7) DM 207 700 000.- für Leberkrankheiten (nicht Zirrhosen), Dauer der Behandlung im Durchschnitt 5 Wochen. Demnach insgesamt ca. 250 Millionen DM allein für Rehabilitationsmaßnahmen der Versicherungsträger.

In dieser Summe sind nicht berücksichtigt berufliche Umschulung, Rentenzahlungen, Beihilfen und vieles andere mehr. Diesen Zahlen kommt eine noch weit gewichtigere Rangordnung zu, wenn der rapid zunehmende Alkoholverbrauch in Europa berücksichtigt wird. Der Durchschnittsverbrauch der Bevölkerung an alkoholischen Getränken in der Bundesrepublik Deutschland pro Kopf und Jahr betrug 1976 rund 152 Liter Bier, das sind etwa 300 Normalflaschen ($\frac{1}{2}$ L), rund 20 Liter Wein und Sekt = ca. 30 Weinflaschen (0,7 L) und 8 Liter Schnaps und Likör entsprechend ca. 320 Schnapsgläschen à 25 ml. Eliminiert man Abstinente und Kinder unter 15 Jahren, so bekommt man einen Durchschnittsverbrauch des Bundesbürgers pro Kopf und pro Tag von fast 50 g Alkohol (8). Zwar sind wir der Meinung, daß ein gesunder Mensch Alkohol recht gut verträgt, d.h. daß einer gesunden Menschenleber der Alkohol wenig antut; in der Regel findet sich bei einer feingeweblichen Untersuchung einer solchen Leber bei Trinkenden lediglich eine mehr oder weniger ausgeprägte Leberzellverfettung, ganz anderes ist dies allerdings beim leberinfizierten Menschen. Darauf kommen wir gleich zurück. Zunächst aber ein anderes epidemiologisches Beispiel. Der Sowjetmensch wird mit dem Hepatitisreger weitaus besser fertig als der Westeuropäer. Daher ist auch die Zahl der Zirrhosen in der Sowjetunion als Folge einer viralen Hepatitis weitaus geringer als bei uns. Viel eindrucksvoller noch sind völkische und rassische Unterschiede bei den nicht viralen Infektionen zum Beispiel beim Flecktyphus. Der Deutsche stirbt an dieser Seuche in nahezu 100%, der Russe ist total durchimmunisiert, die Letalität am Flecktyphus ist in der Sowjetunion praktisch gleich null. Dazwischen liegen in der Reihenfolge einer abfallenden

Hyperurikämie + tophöse Gicht

Den Serum-Harnsäure-Stau
renal lösen!

**Zur schonenden
Einleitungstherapie**

**Zur individuellen
Dauerbehandlung –
dem Schweregrad
angepaßt**

immer

entweder

oder

**Narcaricin®
mite**

50 mg Benzbromaron

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 Alkalisierung 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

Une nouvelle dimension
dans le traitement de
l'hypertension.

1x1 comprimé par jour



Tenorm¹n[®]



Tenormin

Formule :

Atenolol 100 mg - Magnes. Carbon. - Amyl. - Natr. Lauryl sulphuric. - Gelatin - Magnes. stearic. pro tablet. compr. un. - Hydroxypropylmethylcellulos. - Ethylcellulos. - Acid stearic. - Glycerol - Titan. dioxyd. obduct

Indication :

Hypertension.

Posologie :

La posologie usuelle est de 100 mg par jour en une ou deux prises. Après la première semaine de traitement, cette dose peut être portée à 200 mg par jour si nécessaire. L'association du Tenormin à d'autres anti-hypertenseurs permet d'obtenir une baisse subséquente de la tension artérielle. En particulier l'association avec un diurétique constitue une thérapie d'une grande efficacité.

Contre-indications :

Le Tenormin est contre-indiqué chez les patients présentant un bloc du second ou du troisième degré.

Effets secondaires :

Les effets secondaires qui ont été signalés tels que extrémités froides et fatigue musculaire sont liés aux propriétés pharmacologiques du produit. Des troubles du sommeil, déjà rapportés pour d'autres bêta-bloquants, ont été rarement signalés. Quoique aucun syndrome oculo-muco-cutané (type practolol), n'ait été rapporté avec ce produit, on restera de même que pour tous les autres bêta-lytiques, vigilant à cet égard.

Précautions d'emploi :

En présence d'un état d'insuffisance cardiaque, il est nécessaire d'amener celui-ci sous contrôle avant d'entamer le traitement, si un tel état apparaît en cours de traitement, il y a lieu de suspendre la médication jusqu'à ce que le syndrome intercurrent soit contrôlé.

Précautions à prendre :

- Comme il est de règle dans le traitement par les agents bêta-bloquants, la suppression de la thérapeutique doit être progressive.
- L'effet pharmacologique se manifeste par une réduction du rythme cardiaque ; lorsque ce dernier tombe en dessous de 55 systoles par minute, la posologie ne doit être augmentée. Une bradycardie atteignant 45 systoles par minute moins impose la réduction du dosage.
- Nonobstant la cardiosélectivité du médicament, il est possible qu'apparaisse un accroissement de la résistance des voies aériennes chez des patients asthmatiques. Contrairement à ceux provoqués par des bêta-bloquants non-sélectifs, ces états bronchospastiques peuvent être réduits par l'isoprénaline ou le Salbutamol.
- Étant donné que le Tenormin est excrété par les urines, le dosage sera soigneusement ajusté chez les patients présentant une fonction rénale diminuée.
- Les données cliniques actuelles permettent de présumer que lorsque la

clearance à l'inuline est inférieure ou égale à 50 ml par minute, il est recommandable de ne pas dépasser 100 mg de Tenormin administrés à jours alternés. Comme il est de règle avec la majorité des médicaments il faut aviser l'anesthésiste d'un traitement par Tenormin s'il envisage une anesthésie générale. L'emploi de Tenormin - sauf absolue nécessité - est proscrit chez la femme enceinte bien que l'expérimentation sur l'animal n'ait pas mis d'effets tératogènes en évidence.

Surdosage :

Une bradycardie exagérée sera traitée par l'injection intraveineuse de 1 à 2 mg d'atropine. Si cela s'avérerait nécessaire, un stimulant des récepteurs bêta tel que l'isoprénaline (dose initiale 25 µg) ou l'orciprénaline (0,5 mg) peut être injecté ensuite sous forme intraveineuse lente.

Conservation :

Le produit porte une date de péremption après laquelle il ne peut être employé en aucun cas.

Présentation :

Conditionnements de 21 et 49 comprimés à 100 mg. Emballage clinique de 500 comprimés à 100 mg.

I.C.I-Pharma
Voskenslaan 228
9000 Gent

ischémie cérébrale ou périphérique



Indications:
Insuffisances artérielles
périphérique et cérébrale.

Effets secondaires:
OCTAMET est dénué de
toxicité et est bien toléré.

Précautions:
On évitera la prescription du
médicament durant la
grossesse bien
qu'expérimentalement
l'OCTAMET soit dépourvu
d'action tératogène.

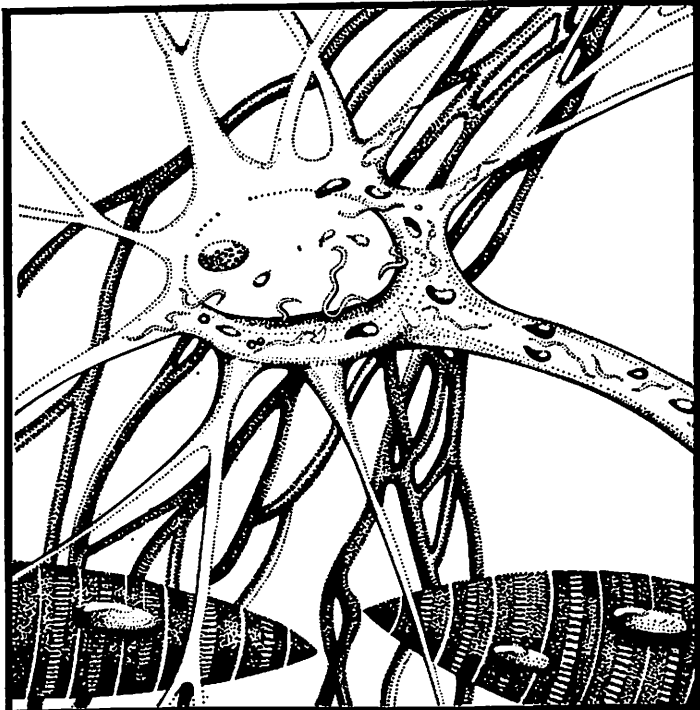
Il n'y a pas d'inconvénient à
administrer l'OCTAMET à des
patients soumis à un
traitement par anticoagulants
de type coumarinique et aux
diabétiques.

Posologie:
3 gélules à 100 mg par jour.

Conditionnement:
50 et 100 gélules dosées à
100 mg.

Validité:
Voir emballage.

Formule:
Sulactidil.100mg/Mannitol/
Silic.oxyd./Gelat./Glycerol./
Amyl./Talc./pro capsul.gelat.una/
Titan.oxyd.(E171)/Natr.
indigotinodisulf.(E132)pro color.
213.S69.F4



OCTAMET®

premier anti-ischémique global

**une synergie d'action
hémodynamique et métabolique**



BELPHAR S.A.
135 avenue Louisa
1050 Bruxelles

ORADON

Todesrate die Volksdeutschen, Polen, Juden, Zigeuner (Erfahrungen gesammelt während des letzten Krieges in Polen). **Ganz anders aber ist die Situation**, und damit schließen wir wieder an das bereits Gesagte an, **wenn zu der viralen Infektion (Hepatitis) eine zweite Noxe hinzu kommt, zum Beispiel der Alkoholabusus.**

Die Folgen, und das betrifft wieder besonders den Westeuropäer, sind dann und das in rascher Folge, reaktive Entzündung, Narbenbildung und Zirrhose. Wir haben das Krankengut einer Leberklinik (Stoffwechselklinik der LVA-Württemberg) ausgewertet. Ergebnis: 50% alkoholisch bedingte und gleich viel, d.h. ebenfalls 50% hepatitisch bedingte Leberzirrhosen. Es kann und darf daher heute das alkoholische Problem nicht mehr verniedlicht und bagatellisiert werden. In der Bundesrepublik liegt die Lebenserwartung bei den Männern bei 68,3 Jahren, bei Frauen 74,8 Jahren nach Holland, Dänemark, Großbritannien, Frankreich, Italien, Irland, Belgien (9).

Fehlt die Milz (Splenektomie) oder ist diese endoskopisch nicht einzusehen, so kann die **retrograde Splenoportographie** (Wannagat 1974) (15) angewandt werden. Hierbei erfolgt der Einstich transkutan über einen Pfortaderast 1., 2., 3. oder 4. Ordnung der Leber auch mit laparoskopischer Technik. Die Kontrastmitteldarstellung des Pfortaderkreislaufes ist allerdings nur bei Stromumkehr (zentrifugaler Reflux) möglich. Dargestellt werden der Pfortaderstamm, die Milzvene, deren Nebengefäße, gelegentlich auch die Intestinal- und Magenvenen.

Auch die **Indirekte Splenoportographie** mit Darstellung der portalen Bahnen über die Arteri zöliaca ist nützlich, wenngleich die Bilder – die Kontrastmittelsättigung wird beim Durchströmen der Kapillarfelder herabgesetzt – erheblich an „Bildschärfe“ und Kontrast verlieren, wodurch die diagnostische und differenzialdiagnostische Auswertung schlechter werden.

Die **Segmentangiographie** (Wannagat 1966) (16). Hier werden nicht mehr die ganze

Leber, vielmehr nur noch kleine Teile derselben und zwar einzelne Segmente und Subsegmente untersucht, diese aber sehr genau (Technik wie bei der retrograden Splenoportographie s.o.). Die Bilder bestechen durch ihre Schärfe. Eine differenzierte Aussage wird dadurch wesentlich erleichtert. Neue diagnostische Erkenntnisse sind die Folge: Frühdiagnose des Budd-Chiari-Syndroms, Früherkennung von Pfortaderthrombosen (17), Einblick in die portale und damit nutritive Blutversorgung der Leberzelle. Direkte Druckmessungen in den einzelnen Kreisläufen der Leber (Vena portae, Vena hepatica, Arteria hepatica, Darstellung des lymphatischen Kreislaufes) (14) und Druckmessungen in der Milz sind möglich und ergänzen das diagnostische Spektrum. Die simultane Druckregistrierung in den einzelnen Milzsegmenten führte zur Erarbeitung einer Milzfunktionsdiagnostik und zum Nachweis einer Milzsegmentautonomie (18). Die Milz ist nämlich ein außerordentlich feinfühliges Organ und ein Impulsempfänger, der schon sehr frühzeitig jede Strömungsbehinderung in der Leber anzeigt.

Die **Punktion der Gallenblase mit laparoskopischer Technik** und die dadurch möglich gewordene Gewinnung der reinen menschlichen Galle bei Leberkranken hat durch chemische Untersuchungen die Leberdiagnostik verfeinert und verbessert. Orientierend für einen Funktionsausfall oder eine Funktionsschwäche der Leberzelle sind bereits die Gallenblasenektasie und die schon makroskopisch erkennbare dünnflüssige, minderwertige, farbbare Galle. Bei richtiger Technik – wir haben fast 3 000 Punktionen durchgeführt – ist die Zahl der Komplikationen außerordentlich gering (kein Todesfall). Eine gleiche Bedeutung hat die **transhepatische Cholangiographie mit laparoskopischer Technik und Elektrokoagulation** erreicht (19). Gerinnungs- und Stoffwechselanalysen aus dem direkt entnommenen Leberblut, sowie chemische und nuklearmedizinische Studien vervollständigen das Spektrum der mit diesen Techniken neu etablierten diagnostischen Methoden.

Zur Therapie der viralen Lebererkrankungen und deren Folgezustände nur einige

wenige Sätze und zwar soweit dieser eine sozialmedizinische Bedeutung zukommt. Antibiotisch ist es möglich, proteusähnliche Symbionten im Darm zu dezimieren und damit die Entgiftungsfunktion der Leber effizienter zu gestalten. In diesem Zusammenhang sollen auch das Mutaflor nach Professor Nissen und das Symbioflor II erwähnt werden. Ein Versuch das kollagenfaserreiche Bindegewebe in der Leber mit Varidase aufzulockern ist lohnend, ebenso die Gabe von Vitaminen und Stoffen, die in der Lage sind, die Funktion der Leber zu verbessern. Neuerdings verwenden wir vermehrt Organtrockensubstanzen aus frischgewonnenen tierischen und humanen Organen (sogenannte zytoplasmatische Therapie nach K. Theurer). Es ist dies wohl mehr eine Umstimmungs- als Substitutionstherapie zur Mobilisierung körpereigener Abwehrkräfte. Aus gleicher Überlegung verabreichen wir dosiert orale Polioschutzimpfungen (Oral-Virelon der Behring-Werke). Durch die Gabe von Nitroglycerinpräparaten ist es möglich, auch die Gallenwege passager zu erweitern und so die intrahepatische Cholestase mit besserem Erfolg anzugehen (Nitrolingual der Fa. G. Pohl-Boskamp). Besonders bei der primär chronischen, nicht eitrigen Cholangitis und der biliären Zirrhose, sollte davon weit mehr Gebrauch gemacht werden, als dies bislang der Fall ist. Daß mit Nitroglycerinpräparaten eine generalisierte Verbesserung der Sauerstoffversorgung aller lebenswichtigen Organe beim Menschen möglich ist, soll auch an dieser Stelle betont werden (20).

Schlußfolgerungen: Eine Frühdiagnose, Vor- und Nachsorgeuntersuchungen und eine Langzeitbehandlung sind notwendig, wenn wir die Volksseuche der viralen Hepatitiden und deren Folgezustände in den Griff bekommen wollen. Je früher die richtige Diagnose gestellt wird, je regelmäßiger die Kontrollen, je konsequenter die Langzeitbehandlung durchgeführt werden, desto größer der Erfolg. Auch die aggressiven Verlaufsformen sind in ihrer überwiegenden Zahl zumindest klinisch heilbar. Cortison- und Azathioprin-Langzeitbehandlungen sollten allerdings weitgehend aus dem The-

rapiearsenal Leberkranker gestrichen werden. Es kommt dabei nur „zur Austrocknung der Leber“, zu einer Progression der intrahepatischen Cholestase mit allen sich daraus ergebenden Folgerungen. Neben den bekannten Komplikationen einer solchen Langzeitbehandlung sei hier nur als Folge einer intrahepatischen Gallenstauung die Zellhypoxämie und diese als Wegbereiter für das Leberadenom und damit für das primäre Leberkarzinom genannt.

Wir stehen heute wesentlich weiter in der Diagnostik und Therapie der infektiösen Leberkrankheiten, als es viele Ärzte unserer Zeit wahrhaben wollen.

Tränken wir keinen Alkohol – die Lebenserwartung läge höher, denn fast jeder zweite Bürger der Bundesrepublik Deutschland ist leberinfiziert und demnach für Alkohol besonders anfällig. – Die soziale Bedeutung der Leberzirrhose ist aus vielerlei Hinweisen abzulesen. Nach W. Creutzfeldt (Medizinische Universitätsklinik Göttingen) überleben Zirrhotiker die 5-Jahres-Grenze in nur 8%. Das heißt, 8 von 100 Probanden mit Leberzirrhose leben im Durchschnitt nur noch 5 Jahre nach Feststellung der Leberschrumpfung. Nach E. Wildhirt (Städtische Krankenanstalt Kassel) sind es aber 37%. Nach H. Brüggel (Saala Sanatorium, Bad Kissingen) sogar 77% (Lit. S 12); im Krankengut der bereits zitierten Stoffwechselklinik der LVA Württemberg in Mergentheim sind es 14% der behandelten Zirrhotiker (12). Berücksichtigt werden muß bei solchen Statistiken allerdings, daß in eine Universitätsklinik besonders schwere, überwiegend dekompensierte Zirrhosen eingewiesen werden, während Schwerpunktkrankenhäuser und Schwerpunktkliniken der Landesversicherungsanstalten oder gleichrangige Häuser der BfA (Bundesversicherungsanstalt) eine weitaus größere Anzahl der Frühformen zur Behandlung aufnehmen. Als Todesursache Leberzirrhose wird für den Zeitraum 1971-1973 bei 100 000 Einwohnern in Frankreich die Zahl 33,4, in Italien 31,8, in Portugal 31,7, in Österreich 29,8, in Luxemburg 28,8, in der Bundesrepublik Deutschland 25,7 angegeben. Es folgen Spanien mit 22 Todesfällen



«**secundum artem**»
testé suivant les règles de l'art

Sibelium
JANSSEN

TRADE MARK

Nouveau-né de la recherche cardio-vasculaire de Janssen Pharmaceutica. 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 de l'insuffisance cérébrovasculaire et combat les symptômes de troubles vasculaires périphériques dus à des artériopathies organiques. Sibelium possède une longue durée d'action par voie orale. Sibelium possède un 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 alvéolés 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. confect. La durée de conservation de ce produit est limitée : voir la date de péremption sur l'emballage.



JANSSEN PHARMACEUTICA.
2340 BEERSE

ULTRACILLIN[®]



A votre disposition
pour toute information:

S.A. BIOS COUTELIER

Département Spécialités
18, chaussée de Charleroi – 1060 Bruxelles
Téléphone 02 – 537 12 20

auf 100 000 Einwohnern, dann mit abfallender Tendenz die Tschechoslowakei, Schweiz, Griechenland, Belgien, Deutsche Demokratische Republik, Schweden, Dänemark, Polen, Bulgarien, Norwegen, Finnland, Holland 4,2, Großbritannien und Nordirland 3,8 und Island mit nur 3,7 Todesfällen als Folge einer Leberzirrhose (5).

In der Bundesrepublik Deutschland waren 1970 infolge einer behandlungsbedürftigen Leberzirrhose arbeitsunfähig 35 627 Männer und 10 108 Frauen. Die entsprechenden Zahlen für 1973 sind: Männer 53 218, Frauen 11 326. Das bedeutet eine Zunahme um fast 40% und das in 3 Jahren. Arbeitsunfähigkeit in Tagen: 1970 2 024 426 bei den Männern und 559 875 Tage bei den Frauen. 1973 bei den Männern 3 251 988, bei den Frauen 743 259; Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall 56,8 (1970), bzw. 61,1 (1973) bei den Männern und 55,4 bzw 65,6 bei den Frauen (5). Eine Krankenhausbehandlung war 1970 notwendig: Bei Männern 13 276 mal, bei Frauen 3 479 mal; im Jahre 1973 bei Männern 22 135 und bei Frauen 4 543 mal; Tage bei Männern 434 011, bei Frauen 131 848 (1970) bzw. 705 887 und 162 134 (1973). Pro Fall für den Mann (1970) 32,7 Tage, für eine Frau 37,8 und (1973) 31,9 bzw 35,7 Tage (5). Wenn man hierfür die notwendige Krankengelder, Krankenhausaufenthaltskosten, Ausgaben für die Familienunterstützung, Taschengeld und anderes mehr zusammenaddiert, so ergeben sich Geldsummen, die jeden Kommentar überflüssig erscheinen lassen. Daß hierbei wiederum dem Alkohol eine entscheidende Bedeutung zukommt, ergibt sich aus den Arbeiten von Ellwanger (8). Danach trinken ca. 50% der erwachsenen Bevölkerung ab dem 18. Lebensjahr regelmäßig mit „Genuß“ Alkohol. Die Zahl der süchtigen Alkoholkranken in der Bundesrepublik Deutschland wird im Jahre 1965 auf 500 000 Personen, für das Jahr 1975 bereits auf ca. 800 000 Personen geschätzt. Zugangsrenten infolge ausgebildeter Zirrhosen 1975: Arbeiter – 1837 Männer und 515 Frauen, Angestellte – 584 Männer und 356 Frauen (volle Rente, Erwerbsunfähigkeit); Teilrenten (berufsunfähig – erwerbsfähig) im gleichen Jahr: Arbeiter – 182 Männer und 31

Frauen, Angestellte – 75 Männer und 16 Frauen (10). Bei Männern steigt mit zunehmender körperlicher Belastung die Krankheitszahl an und zwar 3:1 bei Leberzellverfettung und Fettlebern (vordergründig vermehrter Alkoholgenuß), 2:1 bei chronischen Hepatitiden und Zirrhosen. Wahrscheinlich kommt hier der vermehrten Freisetzung von Milchsäure und damit dem Glykogenabbau bei ungenügender Sauerstoffzufuhr eine entscheidende Bedeutung zu. Die Zahl der Leberzellverfettungen ist bei Männern doppelt so hoch wie bei den Frauen. Bei nichttrinkenden Männern überwiegen erwartungsgemäß die viralen Erkrankungen der Leber, bei starken Trinkern die Verfettung und die Fettzirrhosen. Bei der körperlich schweren Arbeit nimmt der Alkoholkonsum eindeutig zu (lebergefährdende Berufe: Maurer, Gießer, Lackierer, Tankwart, Bierbrauer u.a.). Die Summation der toxischen Einwirkung des Alkohols und der Mangelernährung spielen eine gewichtige Rolle (12). Der Fortschritt der Erkrankungen wird durch den zusätzlichen viralen Infekt potenziert.

Von eminenter sozialmedizinischer Bedeutung sind daher gerade bei der Leberzirrhose Vorsorge und Prophylaxe. Und dabei kommt der medizinischen Rehabilitation, d.h. der differenzierten Frühdiaagnose eine entscheidende Bedeutung zu. Fast 25% der Lebererkrankungen werden nämlich auch mit moderneren, allgemein üblichen diagnostischen Verfahren einschließlich der Routinelaparoskopie, nicht erfaßt, wobei die Anwendung von Spezialtechniken, die nur in ganz wenigen Fachkliniken durchgeführt werden, bei dieser Dunkelziffer ausgeklammert bleibt. Um solche Ergebnisse zu korrigieren und die Aussagekapazität auch bei lichtmikroskopischer Untersuchung zu optimieren, gehen wir heute wie folgt vor: Die Zahl der Leberbiopsien wird routinemäßig, von einem Zylinder auf 3, in Einzelfällen sogar auf 4, mindestens aber auf 2 Zylinder erhöht. Blindpunktionen nach Menghini werden von uns kaum noch durchgeführt, da hier die Aussagekraft noch ungleich geringer ist. In seiner Dissertation kommt mein Mitarbeiter Y. Chichakli zu folgendem Ergebnis: Die Auswertung eines Leberpunkta-

tes (endoskopisch gezielt entnommen) ergibt gemessen an der klinischen Enddiagnose in 50-60% Übereinstimmung; bei 4 Punktionen hingegen in 99-100% (11). Entnommenes Lebergewebe empfehlen wir grundsätzlich neben der lichtmikroskopischen Routine-Begutachtung auch **elektronenmikroskopisch** zu untersuchen. Uns steht in der Person von Dr. Dr. G. Schwalbach, dem Leiter der Elektronenmikroskopischen Abteilung der Stoffwechselklinik in Bad Mergentheim, ein besonders erfahrener Histo-pathologe, zur Verfügung. Es leuchtet ein, daß eine Vergrößerung bis zu 500 000 bzw. 2 Millionen $\times$ geradezu eine Molekulardiagnostik und damit eine ganz andere, ja bislang unvorstellbar differenziertere Aussage ermöglicht (Auflösungsgrenze des Lichtmikroskops 1350 $\times$).

Einen weiteren wichtigen Beitrag leisten gefäßtechnische Untersuchungen mit denen die Struktur und Funktion der Leber einschließlich der Haemodynamik des gesamten Pfortaderkreislaufes dargestellt und auch biochemisch analysiert werden kann. Hierher gehören die **Splenoportographie**, die „blind“, d.h. transkutan ohne direkte Kontrolle durch das Auge (Abeatici und Campi 1951 Lit. bei 13) und mit laparoskopischer Technik (Wannagat 1954) mit direkter visueller Kontrolle durchgeführt werden. Wir wenden ausschließlich die 2. Variante und Technik an, weil damit Komplikationen (bei 3800 Splenoportographien keine tödliche Komplikation) weitgehend vermieden werden können (13,14). Die Möglichkeit eines beliebigen Lagewechsels des Probanden und einer Langzeitbeobachtung haben die Splenoportographie mit laparoskopischer Technik zu einem funktionell-haemodynamischen Verfahren gemacht. Diese Technik ermöglicht nicht nur die Indikationsstellung zur Shuntoperation, sondern auch die Vorplanung und praeoperative Festlegung der Anastomosestelle (porto-caval, spleno-renal, mesenterico-caval). Auch sind damit die Auswirkungen eines Leberschadens (thrombenbedingte Gefäßverschlüsse, trophische Störungen auf Segmentebene) auf den Pfortaderkreislauf schon sehr früh zu erfassen (positiver intra- und extrahepati-

scher orthostatischer Effekt) und zwar bereits in einer Phase in der biochemische Parameter, nuklearmedizinische Techniken und andere physikalische Methoden (Druckmessungen transhepatisch oder über die offene Umbilikalvene bzw. über die Milz) noch zu keinen greifbaren Ergebnissen führen.

Literatur

- 1) U. Junge, F. Deinhardt, Epidemiologie und Ätiologie der Virushepatitis. In: Klinische Hepatologie 6.2 - 66.15
Herausgeber: H.A. Kühn und H. Wernze.
- 2) Frösner, G. G., und Mitarbeiter Häufigkeit von Hepatitis-A-Antikörpern in Bevölkerungsgruppen verschiedener europäischer Länder.
Schweiz. med. Wschr. 107 (1977) 129 - 133.
- 3) Mörl, M. und Y. Chichakli, Hepatitis-Virologie im Alter. Moderne Medizin 6 (1978) 916 - 922.
- 4) Klinikarzt, Vorwort - Red. - 8 (1979) 525
- 5) Statistisches Jahrbuch 1976 für die BR.-Deutschland des Statistischen Bundesamtes/Wiesbaden (5 Gesundheitswesen) 5.1 Sterbefälle nach Todesursachen je 100.000 Einwohner 1970 - 1973
- 6) Statistische Ergebnisse der Landesversicherungsanstalt Württemberg, Rehabilitationsmaßnahmen 1975
- 7) Kulpe, W., Abteilungsdirektor bei der Landesversicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart.
Persönliche Mitteilung.
- 8) Ellwanger, E., Alkoholismus als soziales und sozialhygienisches Problem. 10. Bad Mergentheimer Lebertagung der Sozialmediziner, 13. - 16. Oktober 1977.
Herausgeber: Wannagat, L.
Erscheint im Thieme - Verlag, Stuttgart.

bactéricide urinaire spécifique



Acide oxolinique

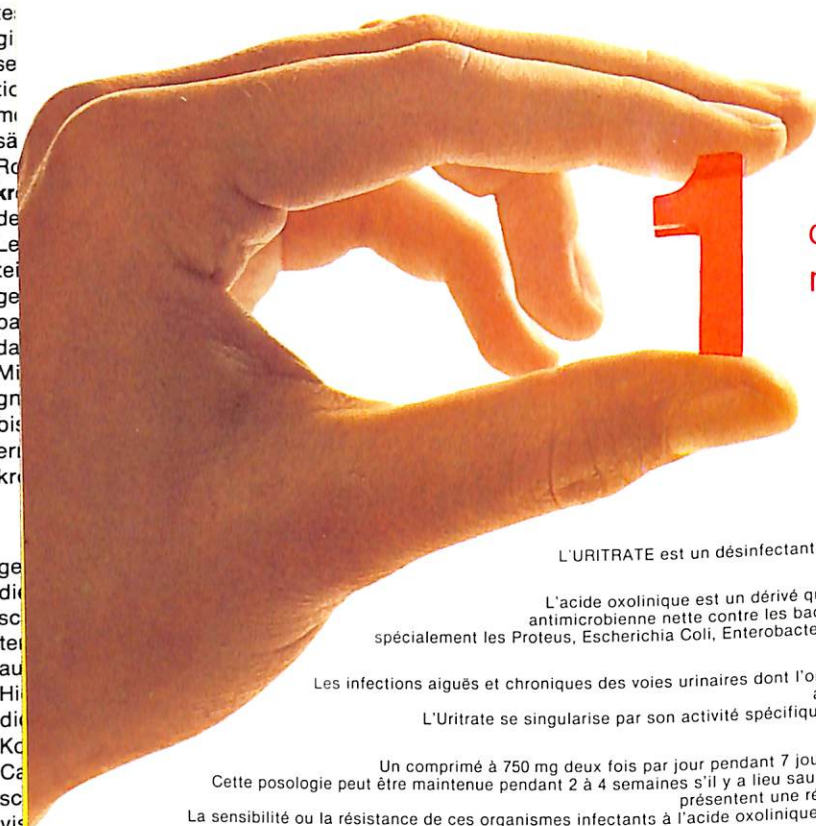
Uritrate[®]

Uritrate®

**nouveau
bactéricide
urinaire
spécifique**

te:
gi
se
tic
mi
sä
Ro
kr
de
Le
te
ge
pa
da
Mi
gn
bis
er
kr

ge
di
sc
te
au
Hi
di
Kc
Ca
sc
vis
we
Te
38
Kc
de
be
ur
Sp
Te
m
er
zu
au
de
re
di
(th
ph
de
er



**comprimé
matin et soir**

Billet de posologie

L'URITRATE est un désinfectant puissant des voies urinaires.

Action

L'acide oxolinique est un dérivé quinolinique ayant une activité antimicrobienne nette contre les bacilles Gram- habituels, et tout spécialement les *Proteus*, *Escherichia Coli*, *Enterobacter aerogenes* et les *Klebsiella*.

Indications

Les infections aiguës et chroniques des voies urinaires dont l'organisme infectant appartient au groupe des bacilles Gram-.

L'Uritrate se singularise par son activité spécifique envers les bacilles *Proteus*.

Posologie

Un comprimé à 750 mg deux fois par jour pendant 7 jours, à prendre après les repas. Cette posologie peut être maintenue pendant 2 à 4 semaines s'il y a lieu sauf si les organismes infectants présentent une résistance à l'acide oxolinique. La sensibilité ou la résistance de ces organismes infectants à l'acide oxolinique peut être déterminée à l'aide de disques de sensibilité.

L'Uritrate ne sera pas utilisé chez les enfants de moins de 6 ans. Chez les enfants de 6 à 12 ans, la posologie sera adaptée suivant les normes habituelles ; à partir de 12 ans, on peut appliquer le schéma posologie des adultes.

Précautions

L'Uritrate peut augmenter l'action des anticoagulants oraux (Coumarine, bishydroxycoumarine).

Contre-indications

L'Uritrate ne sera pas administré à des personnes ayant une hypersensibilité vis-à-vis de l'acide oxolinique, ni à celles ayant eu des affections convulsivantes. Attendu que l'Uritrate est excrété dans le lait, il est contre-indiqué chez les mères qui allaitent.

L'Uritrate ne sera pas prescrit aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants de moins de 6 ans.

Effets secondaires (classés par ordre de fréquence décroissante)

On a parfois observé de l'insomnie, des vertiges, des nausées, du nervosisme et des céphalées. La prise des comprimés d'Uritrate après les repas diminue nettement la fréquence d'apparition des nausées et des vomissements.

Nota bene

Possibilité d'interférence sur le dosage des stéroïdes urinaires et sur les réactions utilisant la réduction des sels de cuivre.

Présentation

14 comprimés.

Formule

Acidum oxolinicum 750 mg - Lactosum - Amylum maydis - Silicii oxydum colloïdale - Macrogolum 6000 - Magnesii stearas - Natrii indigotine-disulfonas - Tartrazinum - pro tabletta compressa una - Cellacefatum - Ethylis phthalas obducta.

PARKE-DAVIS & CIE S.A.

Rijksweg 13, B-2680 Bornem

Département marketing et vente :
Avenue Carton de Wiart 126 (Bte 2)
1090 Bruxelles - Tél. 02/428.51.62

- 9) Der Deutsche Arzt (Gesundheits- und Sozialpolitik) 29, 10, 1979.
- 10) Statistik der gesetzlichen deutschen Rentenversicherung (AR = Arbeiter - Berufsunfähigkeitsursachen, AV = Angestellter - Berufsunfähigkeitsursachen). Zugangsjahr 1975.
- 11) Chichakli, Y. Die diagnostische Wertigkeit gezielter Leberbiopsien. Eine klinisch-morphologische Studie. Inaugural - Dissertation. Erlangen 1979.
- 12) Wannagat, L. Zur Problematik der Frühinvalidität und der Einwirkung exogener Noxen auf Leberkrankheiten und Diabetes (Wert sogenannter Leberzentren). Band 26, Heidelberger Rehabilitationskongreß 1968 (376 - 384) A. W. Gentner-Verlag, Stuttgart.
- 13) Wannagat, L. Die laparoskopische Splenoportographie. Klin. Wschr. 33 (1955) 750-785.
- 14) Wannagat, L.: Druckmessung und Röntgendarstellung der Pfortader. In: Klinische Hepatologie. Herausgeber: H. A. Kühn und H. Wernze, 4.45-4.54, Thieme-Verlag, Stuttgart 1979.
- 15) Wannagat, L.: Retrograde Splenoportographie. Acta Hepato-Gastroenterologica 21 (1974) 178-289.
- 16) Wannagat, L.: Die Segmentportographie mit laparoskopischer Technik. Verh. 72. Tagg. deutsch. Ges. inn. Med. Bergmann-Verlag, München (1966) 178-682
- 17) Wannagat, L.: Die intravitale Thrombenbildung im Pfortadersystem und die Milzfunktion. In: 2. Weltkongreß für Gastroenterologie, München, 1962, S. Karger-Verlag, Basel, 448-453.
- 18) Wannagat, L.: Autonomy of Splenic Segments, Thieme-Verlag, Stuttgart 1977.
- 19) Wannagat, L.: Laparoskopische Cholezystographie und transhepatische Cholangiographie. In: Klinische Gastroenterologie. Herausgeber: Demling, L., Band II, 887-897, Thieme-Verlag, Stuttgart 1973.
- 20) Wannagat, L.: In: Falk Symposium 23, Liver and Bile, Basel 8.-10. Oktober 1976. MTP Press Limited 1977, 423.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Leo Wannagat
Leitender Arzt der Bad Mergentheimer Leberklinik
6990 Bad Mergentheim

Apolstolos Vagenas
FA.f. Innere Medizin und Radiologie
Oberarzt der Bad Mergentheimer Leberklinik
6990 Bad Mergentheim

Schmerzpatienten – optimal versorgen!

Spasmo- Solugastril® Gel

**stoppt
Krampf- und
Säure-
schmerzen
spontan und
anhaltend**



HEUMANN
Arzneimittel

Das erste Antacidum+Spasmolyticum-Gel

Zusammensetzung: 1 Hohlzylinder: Aluminiumhydrazid 1,010 g, berechnet auf Al: 0,4 350 g, Calciumcarbamid 0,600 g, Rutilumfugepulver 0,002 g, Expansit auf 10.000 g. **Indikationen:** Krampf- und Säureschmerzen bei Gasfrakts. Gastro-
intest. Leiden. Unverträglichkeit höherer Hydrazidhydrate. Verengte Gallen- und Magenunverträglichkeiten, die auf
eine Kontraktilitätsstörung (Gastrik) hystastaltischer Natur mit Reaktion zu Rehydratation, Störungen im Bereich des
Magen-Darm-Kanals, z.B. Dyspepsie.

Handelsformen: 20 Hohlzylinder: 50 Hohlzylinder: Argalgas-Systeme.

Hinweise: Bei ungenügender oder fehlender Wirkung bei Mundantibiotika - insbesondere Tetrazyklen - sollte bei
Ständemittel ansetzen, daß bei Verschlimmerung der durchgehenden Wirkung von Aluminiumhydrazid reduziert sein kann
insbesondere bei ungenügender Verträglichkeit. Zentrifugieren bei 1000 U/min.

Stand Mai 1976.

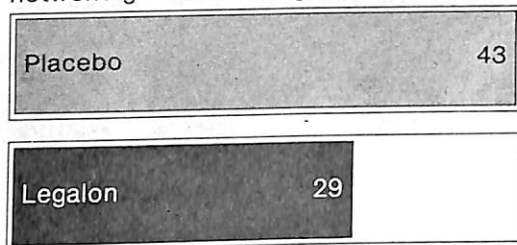
Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

Wirksamkeit in Doppelblindstudien 1977

Legalon®

bei akuter Virushepatitis*

notwendige Behandlungsdauer in Tagen

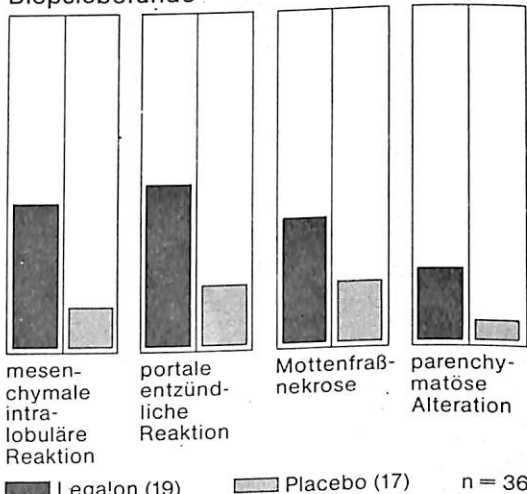


Bei Patienten mit normalem linearem GPT-Verlauf ($n = 20$) war die Zeit bis zur Normalisierung signifikant kürzer ($P \leq 0,05$). ... Bei Patienten mit „abnormem Verlauf“ (rebound effect) ($n = 20$) ist die Rückfallhäufigkeit der GPT-Aktivitäten signifikant vermindert ($P < 0,05$). ... Vergleichende Studien auf der Basis anderer biologischer Tests (GOT, OCT, Gesamtbilirubin) bestätigen die für GPT erhaltenen Ergebnisse.

*PLOMTEUX G., A. ALBERT und C. HEUSGHEM, IRCS Medical Science, 5, 259 (1977)

bei chronischer Hepatitis*

Biopsiebefunde



Die signifikante Überlegenheit von Silymarin in der Beeinflussung der mesenchymal-entzündlichen Reaktion innerhalb des Leberparenchyms ($p < 0,05$) und Hinweise für eine solche Überlegenheit hinsichtlich der Beeinflussung der entzündlichen Reaktion im Leberbindegewebe, der Ausbildung von Motenfraßnekrosen und der parenchymatösen Alteration sind sicherlich bemerkenswert.

*KIESEWETTER E., I. LEODOLTER und H. THALER, Leber Magen Darm 7, 318 (1977)



Legalon – Legalon 70

Zusammensetzung: 1 Dragée Legalon enthält 35 mg Silymarin, 1 Dragée Legalon 70 enthält 70 mg Silymarin. Indikationen: Akute Hepatitis, Chronisch-persistierende und chronisch-aggressive Hepatitis, Leberzirrhose, toxisch-metabolische Leberschäden (z. B. Fetilleber); als Leberzellschutz bei Zufuhr leberbelastender Stoffe, Kontraindikationen und Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt. Dosierung: In schweren Fällen 3mal täglich 2 Dragées Legalon 70, zur Nachbehandlung und als Initialdosierung bei mittelschweren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon 70. In leichteren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon zu 35 mg. Weitere Hinweise siehe wissenschaftlichen Prospekt. Handelsformen: Legalon: O. P. mit 80/400 Dragées, Legalon 70: O. P. mit 80/400 Dragées

Dr. Madaus & Co., Köln · Integral s.a. · 25, rue d'Epernay · Luxembourg

37816 L

Dilatation transluminale des artères coronaires

Dr. J. Belssel

Depuis l'introduction en 1959 par Sones de la coronarographie par cathétérisme sélectif des artères coronaires, cet examen a été réalisé plusieurs centaines de milliers de fois dans le monde entier. La connaissance des affections coronariennes a réalisé d'énormes progrès, leur traitement chirurgical par le pontage aortocoronaire est devenu monnaie courante. Dans certains pays le pontage coronaire est devenu l'intervention chirurgicale la plus fréquente après l'appendicectomie. En dépit de son extraordinaire popularité la chirurgie des coronaires reste une chirurgie lourde nécessitant une infrastructure onéreuse. Il ne faut donc pas s'étonner de l'engouement manifesté de toutes parts pour la technique de dilatation transluminale des coronaires, introduite en 1977 par Andréas Grüntzig.

Cette technique s'inspire d'une méthode de dilatation artérielle, introduite en 1964 par Charles Dotter et Melvin Judkins, qui consiste en une dilatation artérielle réalisée par le passage de plusieurs cathéters successifs, de diamètre croissant, pouvant s'appliquer aux sténoses distales peu accessibles à un geste chirurgical. Elle reste d'actualité et continue à être utilisée comme geste complémentaire en chirurgie vasculaire. L'idée de Grüntzig et de ses collaborateurs a été de modifier cette technique en introduisant un cathéter spécial à double lumière. De 1974 à 1977 ces auteurs ont utilisé ces cathéters dans le traitement percutané de 225 sténoses iliaques ou fémoropoplitées.

En 1977 Grüntzig et ses collaborateurs ont adapté leurs cathéters au traitement des sténoses des artères rénales et surtout des artères coronaires. Dans ce but ils ont miniaturisé le cathéter à double lumière de façon à

Département de Cardiologie, Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier de Luxembourg, 4, rue Barblé, Luxembourg

pouvoir l'introduire à travers une sonde de coronarographie conventionnelle. L'extrémité du cathéter à double lumière comporte un ballonnet oblong dont le diamètre externe maximal est fixe. Le ballon est gonflé par l'injection d'un produit de contraste à une pression de 5 atmosphères environ. La lumière interne du cathéter est destinée à recueillir les pressions, à injecter du matériel opaque ou, le cas échéant, à perfuser du sang oxygéné prélevé à partir de l'artère fémorale.

Le principe de la méthode consiste à écraser par la pression de dilatation du ballonnet la plaque athéromateuse contre la paroi artérielle en dilatant de cette façon la lumière artérielle. Le diamètre du ballonnet doit donc être inférieur à celui du vaisseau afin d'éviter une rupture de ce dernier.

Le geste est réalisé chez des patients conscients, informés au préalable, déjà coronarographiés. Une équipe chirurgicale est prête à intervenir d'urgence. Le patient est héparinisé. Le cathéter est introduit sous surveillance des pressions à travers un cathéter de coronarographie positionné dans l'orifice de la coronaire. Le repérage est réalisé grâce à des injections répétées de matériel opaque. Après passage de la sténose le ballonnet est gonflé pendant 3 à 5 s. Plusieurs dilatations successives peuvent être ainsi réalisées en fonction de l'aspect angiographique. Le cathéter est ensuite retiré et une nouvelle coronarographie est réalisée dans au moins 3 incidences orthogonales. L'héparinisation est interrompue par la protamine et le patient quitte l'hôpital 2 jours après la procédure.

Il s'agit donc d'une technique simple en apparence et il n'est pas étonnant qu'on ait pu recueillir de septembre 1977 à juillet 1979 259 observations de dilatation transluminale. Sur 205 observations recueillies par un groupe de travail réuni en juillet 1979 à Bethesda (USA) 116 étaient couronnées de succès.

Les indications, d'après les auteurs, sont constituées par les sténoses serrées proxi-

males concentriques non calcifiées, monotronculaires. La fonction ventriculaire doit être normale. Une indication de choix paraît être constituée par les sténoses sur greffon veineux aorto-coronaire.

Les complications de cette technique sont nombreuses mais peu fréquentes suivant les auteurs. C'est ainsi qu'on a pu observer, au décours de dilatations peu efficaces, des spasmes coronaires subintrants, une dissection de la plaque athéromateuse par un cathéter ou l'occlusion totale de la coronaire par la plaque d'athérome. Des hématomes du pli inguinal ont été notés, en rapport avec l'héparinisation massive entreprise durant la procédure. Il n'a jamais été démontré d'embolie coronaire périphérique après dilatation transluminale, ni aux contrôles autopsiques, ni aux contrôles chirurgicaux peropératoires. La plupart de ces complications sont accessibles à un pontage aortocoronaire réalisé en urgence, d'où la nécessité d'une concertation médico-chirurgicale préalable avec une équipe chirurgicale prête à intervenir au décours immédiat de la procédure.

La description de la technique fait ainsi ressortir clairement ses limites. Elle s'applique à un très petit nombre de patients coronariens, vraisemblablement moins de 5%. Elle nécessite une technicité parfaite et une disponibilité médico-chirurgicale rarement réalisée. Par ailleurs les risques de cette procédure et ses bénéfices à long terme sont actuellement encore peu connus.

Dans le but d'éviter la propagation prématurée d'une technique peu connue Grüntzig et ses collaborateurs ont proposé une étude randomisée. Cette idée n'a pas été retenue par le groupe de travail de Bethesda qui a cependant émis le souhait que cette technique soit considérée comme une technique de recherche et que les médecins qui la pratiquent se conforment aux critères établis par les pionniers de la méthode.

Vue ainsi, la dilatation transluminale des artères coronaires constitue bien sûr une innovation remarquable dans le domaine de

l'insuffisance coronarienne. Toutefois, d'après l'avis unanime des auteurs, elle ne risque pas, avant longtemps, de détrôner la chirurgie des coronaires, actuellement bien codifiée. La technique de Grüntzig reste une technique d'exception, applicable à un petit nombre de patients, dans quelques centres particulièrement bien outillés.

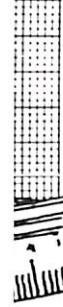
Bibliographie

1. **GRÜNTZIG S.A., SENNING A., SIEGENTHALER W.** Non-operative dilatation of Coronary Artery Stenosis: Coronary Heart Disease 3d Int. Symposium Frankfurt, Ed. M. Kaltenbach Thieme G. Verlag 1978
2. **GRÜNTZIG A.**, Perkutane Dilatation von Coronarstenosen, Beschreibung eines neuen Kathetersystems, Klin. Wschr. 54: 543-545, 1976
3. **GRÜNTZIG A., SENNING A., SIEGENTHALER W.**, Non-opérative Dilatation of Coronary Artery Stenosis: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, N. Engl. J. Med. 301: 61-68, 1979
4. **DOTTER CHARLES T., JUDKINS MELVIN P.**, Transluminal treatment of Arteriosclerotic Obstruction Circulation, XXX: 654-670, 1964



CALCIGENOL
VITAMINE

nserer
t nicht



istift und
ht
achen
sein kann,
ast unlös-
die welt-
sterring
uf 4 Konti-
chdachte
herheit
eser Welt-
tdecken
nfor-

el

ermöbel Süd
Foetz

CALCIGENOL

VITAMINE

INDICATIONS

Grossesse, allaitement, croissance, fractures, période pubertaire, caries dentaires, ostéoporose, rachitisme, anémie, surmenage physique et intellectuel.

POSOLOGIE

Adultes : 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert par jour.

Nourrissons : 2 à 4 cuillerées à café par jour dans le lait du biberon.

La médication récalcifiante doit être suivie comme ci-dessous :

10 jours : CALCIGENOL VITAMINE

10 jours : CALCIGENOL SIMPLE

10 jours : arrêt du traitement

Traitement à renouveler trois fois.

PRESENTATION

Flacon de 300 cc.

Le CALCIGENOL VITAMINE a un aspect laiteux et un goût agréable qui le fait facilement accepter par les malades, les enfants et même les nourrissons.

FORMULE

Calc. phosphoric. tribasic. sicc. 1.350 g - Vitamin. D2 crist. : 320 U.I. pro cochleare caeteri. 640 U.I. pro cochleare bellar. 960 U.I. pro cochleare jusculi - Natr. fluorid. 10 mg - Sterculia gummi. - Paraffin. liquid. - Glycerin. - Spirit. - Aurantii essent. - Citri essent. - Ethylvanillin. - Orthosulfimid. benzoic. - Acid. salicylic. - Natr. salicylic. - Natr. benzoic. - Methyl. paraoxybenzoic. - Propyl. paraoxybenzoic. - Aqua ad 100 g.

S.B.T.E. rue du Progrès 1 - 1400 Nivelles.

Das Handwerkszeug unserer Einrichtungsberater ist nicht das Mundwerk...



... sondern Millimeterpapier, Bleistift und Maßstab. Denn wir wollen Sie nicht bereden, sondern beraten. Wir machen Maßarbeit, wie sie perfekter nicht sein kann, und lösen Probleme, die bisher fast unlösbar schienen. Uns zur Seite steht die weltweite Leistungsgemeinschaft Musterring International. In 15 Ländern und auf 4 Kontinenten steht dieser Name für durchdachte Einrichtungslösungen mit der Sicherheit geprüfter Qualität. Daß Sie von dieser Weltmarke mehr erwarten können, entdecken Sie spätestens bei Ihrem ersten Informationsgespräch.

mustermöbel

Violette Braun

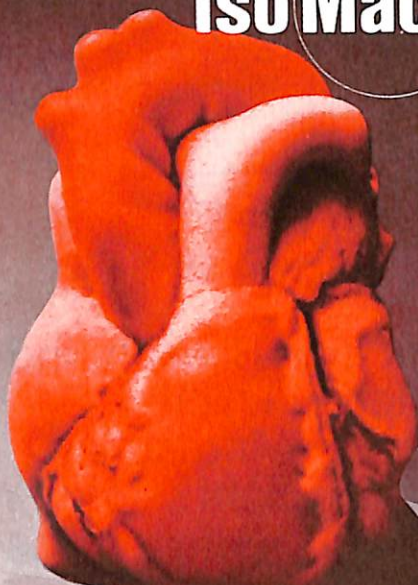
Mustermöbel Concorde
Helfenterbrück

Mustermöbel Süd
Foetz

Iso Mack[®] Retard

Iso Mack[®] Retard **forte**

Für den
Behandlungserfolg
bei
Angina pectoris
ist galenische Präzision*
unerlässlich.



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharmazeutische Fabrik, 7918 Jllertissen Iso Mack[®] Retard · Iso Mack[®] Retard forte

Zusammensetzung: Iso Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 20 mg Isosorbiddinitrat. Iso Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 40 mg Isosorbiddinitrat. **Anwendungsgebiete:** Langzeittherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen; Angina pectoris, Rehabilitationsbe-

handlung nach Myokardinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. **Nebenwirkungen:** Iso Mack Retard und Iso Mack Retard forte werden im allgemeinen gut vertragen. Eventuell auftretende Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall lassen gewöhnlich nach einigen Tagen nach. Bei hohen Dosen können Diarrhö, Verwirrtheit und — besonders bei hochgradiger Anämie — Methämoglobinbildung auftreten.

Dosierung: Morgens und abends je eine Kapsel Iso Mack Retard unzerkaut mit Flüssigkeit. Bei schweren Verlaufsformen morgens und abends je 1 Kapsel Iso Mack Retard forte unzerkaut mit Flüssigkeit. **Besonderer Hinweis:** Für eine eventuell erforderliche anfallsstoppende Sofortwirkung kann eine Kapsel geöffnet und ihr Inhalt zerkaus und im Munde belassen werden. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Iso Mack Retard: O.P. mit 50 und 100 Kapseln. Iso Mack Retard forte: O.P. mit 50 und 100 Kapseln. Iso Mack 5 mg: O.P. mit 50 und 100 Tabl. **Littérature et échantillons à demander au COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.**

*Steinbach/Möller: Pharm. Zeitung 123, 12, 475; 20, 910 (1978)

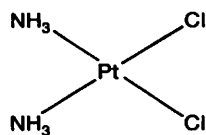
Motiv © Tempo Medical 1978

Mise au point:

Le Platine en Chimiothérapie

I.PIMENTEL
M.DICATO

Le c-Diamino-Dichloro-Platinum (c-DDP) est un complexe de métal lourd composé d'un atome central de platine entouré par deux atomes de chlore et des radicaux NH_3 en position CIS



En 1965 Rosenberg et collaborateurs se sont rendus compte que la croissance des *E.coli* était inhibée si les bactéries se trouvaient en présence de platine (1).

Dès 1972 les essais cliniques expérimentaux débutèrent utilisant ce nouveau agent chimiothérapeutique. L'action antimitotique du c-DDP est supposée être due à trois mécanismes: inhibition de la synthèse du DNA avec modification de sa structure et altération de la membrane cellulaire ce qui peut être éventuellement lié à une action stimulante sur les mécanismes immunitaires (2).

Après perfusion intra-veineuse le c-DDP se trouve surtout dans les tissus suivants: foie, rein, rate, surrénales et gonades. Il passe difficilement la barrière hématoencéphalique. L'excrétion est en grande partie rénale et prolongée. Le mode d'utilisation habituel consiste en une seule injection de 100 mg/m² toutes les quatre semaines ou 20 mg/m² cinq jours de suite toutes les quatre semaines.

L'utilisation du platine est assez limitée en raison des effets secondaires toxiques. Le plus important est la

Département d'hématologie-oncologie
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé
Luxembourg

néphrotoxicité qui paraît être cumulative. Une élévation de la créatininémie et azotémie est constante après perfusion du médicament. Une hydratation forcée utilisant le mannitol, les diurétiques ou le chlorure de sodium est obligatoire avant, pendant et après la chimiothérapie. Il faut tenir compte du dosage si des antibiotiques aminoglycosidiques ou autres médicaments néphrotoxiques sont utilisés simultanément; des cas d'insuffisance rénale fatale ont été rapportés.

Comme certains autres agents chimiothérapeutiques le platine a une action myélotoxique modérée, présentant après environ quinze jours d'administration une anémie et une thrombo-leucopénie. L'action neurotoxique se manifeste surtout par des paresthésies, une neuropathie périphérique, une diminution de l'audition et des nausées très importantes, qui sont aussi liées à une toxicité digestive et accompagnées de vomissements. Des réactions anaphylactiques ont été rapportées avec oedème facial, tachycardie, sibilances et hypotension (3).

Des altérations métaboliques ont été décrites, notamment une diminution du potassium, du sodium, du magnésium sériques et une augmentation de l'uricémie. Il est encore à noter qu'une toxicité ophtalmologique a été décrite consistant en papilloedème et névrite rétro-bulbaire (4).

L'efficacité clinique a été prouvée dans plusieurs tumeurs solides (5).

L'indication majeure sont les tumeurs testiculaires: teratomes, séminomes et carcinomes à cellules embryonnaires. Depuis 1977 le platine est utilisé seul ou avec d'autres agents chimiothérapeutiques dans le traitement des cancers testiculaires disséminés et la survie des malades a été nettement améliorée. Actuellement le régime le plus utilisé associe c-platine 100 mg/m² une fois par semaine toutes les quatre semaines avec vinblastine et bléomycine.

En ce qui concerne le cancer de l'ovaire la thérapie courante est effectuée avec des

agents alkylants. Récemment on utilise de plus en plus le c-platine soit tout seul soit combiné avec l'adriamycine et le cyclophosphamide. Il reste encore à prouver que l'addition d'un agent alkylant augmente l'efficacité du régime.

La chimiothérapie des cancers vésicaux a montré jusqu'à présent des résultats peu encourageants. Récemment le platine a été utilisé en association avec le cyclophosphamide et l'adriamycine. Les résultats sont loin d'être aussi positifs que pour les cancers testiculaires.

Un autre champ d'application du c-DDP se situe dans le domaine des cancers à cellules squameuses du pharynx. Il est utilisé en association avec la bléomycine dans les doses habituelles toutes les trois ou quatre semaines. L'utilisation dans les cancers de l'oesophage dont les résultats par chimiothérapie sont décevants, n'a pas été satisfaisante.

D'autres utilisations ont été préconisées notamment dans les cancers du poumon, anaplasiques et adénocarcinomes, en association avec adriamycine et cyclophosphamide, mais jusqu'à présent les résultats n'ont pas été encourageants.

L'activité du platine a encore été utilisée dans d'autres néoplasies notamment le sarcome ostéogénique, le neuroblastome de l'enfant, le cancer du col utérin, les carcinomes médullaires de la thyroïde et l'adénocarcinome prostatique avec des résultats plus ou moins limités.

Dans les choriocarcinomes placentaires résistants au méthotrexate et à l'actinomycine D la thérapie avec le platine a apporté une amélioration clinique et biologique.

Le mode d'utilisation est exclusivement parentéral et il est obligatoire de l'accompagner par une hydratation forcée soit avec des diurétiques ou du mannitol, soit avec des solutions salées qui doivent se prolonger jusqu'à huit heures après la fin du traitement. En ce qui concerne l'administra-

tion du médicament deux possibilités existent: injection rapide avec une durée de 15 minutes dans la tubulure d'une perfusion ou en perfusion continue de 8 heures. Après la fin du traitement il faut évaluer la fonction rénale et deux semaines après le profil hématologique.

Conclusion: Le platinum est le premier produit d'une nouvelle série d'agents anti-mitotiques utilisés avec succès dans la thérapie de certaines tumeurs solides. Jusqu'à présent les indications majeures sont bien précises ainsi que certains effets secondaires hautement toxiques, qu'il faut toujours garder présents en utilisant ce médicament.

Bibliographie:

1. **Rosenberg, B., Van Camp, L., Krigas, T.** Nature 205: 698-699, 1965
2. **Rosenberg, B.,** Cancer Chemother. Rep. 59: 589-597, 1975
3. **Rosenczweig, M., Von Hoff, D.D., Slavik, M., Muggia, F.M.** Ann. Int. Med. 86: 803-812, 1977
4. **Ostrow, St. Hahn, D. Wiernik, P.H., Richards, R.D.** Canc. Treat. Rep. 62: 1591-1594, 1978
5. **Prestayko, A.W., D'Aoust, J.C., Issell, B.F., Crooke, S.T.** Canc. Treat. Rev. 6: 17-39, 1979

Maladies à Yersinia

**ROGER HIRSCH
ET ROBERT HEMMER**

INTRODUCTION:

La plupart des traités de Médecine Interne ne réservent que quelques lignes aux infections à Yersinia. Pourtant, la connaissance des maladies causées par ces germes a indiscutablement augmenté au cours des dernières années. Les infections à Yersinia sont entrées dans le domaine de la pathologie humaine, et le diagnostic bactériologique devra en tenir compte à l'avenir. Les Yersinia font partie de la famille des Entérobactéries et il existe trois espèces:

Yersinia pestis
Yersinia pseudotuberculosis
Yersinia Enterocolitica.

On laissera de côté ici le bacille de la peste pour ne parler dans ce qui suit que des infections à Yersinia Enterocolitica (Y.E.) et à Yersinia pseudotuberculosis dont les symptômes cliniques sont semblables et actuellement difficilement distingués. (17).

CAS CLINIQUE:

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un patient de 34 ans, technicien, sans antécédents médicaux particuliers qui est hospitalisé pour diarrhées glaireuses accompagnées de crampes dans la région périombilicale, et de fièvre oscillant entre 38 et 39° C. La symptomatologie avait commencé 5 jours avant l'hospitalisation et il avait perdu 3 kilos. Aucun membre de sa famille ne présentait des diarrhées et le patient n'avait pas entrepris de voyage. L'examen clinique était dans les limites normales à part une palpation abdominale diffusément douloureuse. La

R.Hirsch
Université Catholique de Louvain
Hôpital Universitaire Saint Luc
Bruxelles/Belgique

R. HEMMER
Département des Maladies Infectieuses
Service de Médecine Interne
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé
Luxembourg

vitesse de sédimentation était à 37 et 65 mm, les leucocytes étaient à 9 000 par mm³, normalement répartis. Deux hémocultures étaient stériles. La recherche de sang et de leucocytes dans les selles restait négative. L'examen microbiologique des selles montrait l'absence de salmonelles, de shigelles et d'amibes. Par contre, la culture mettait en évidence la présence de Y.E. Sans traitement antibiotique les diarrhées, la douleur et la fièvre ont cessé après trois jours.

EPIDEMIOLOGIE:

Le premier cas d'infection à Y.E. était décrit en 1933 dans l'Etat de New York. Par la suite le nombre des infections à Y.E. diagnostiquées chez l'homme a considérablement augmenté. Ces infections à Y.E. sont surtout fréquentes en Scandinavie, au Japon et au Canada. (7)

Quelles sont les sources de l'infection chez l'homme? Comme réservoir de germes on a trouvé avant tout les rongeurs sauvages (lièvre, lapin) et les oiseaux (pigeon); la nourriture contaminée d'animaux domestiques (porc, chien, chat) peut également renfermer des Y.E. et des Y.E. ont été isolés de produits alimentaires comme les poissons, la viande de porc, le lait, les huîtres, les moules, la glace et l'eau potable non chlorée (4) (7). Certains auteurs ont souligné le fait que l'atteinte simultanée de 2 ou plusieurs membres d'une même famille est exceptionnelle; habituellement les cas se succèdent à un intervalle variant de quelques jours à une ou plusieurs semaines, ce qui parle en faveur d'une contamination interhumaine directe ou indirecte. (9).

SYNDROMES CLINIQUES:

La fièvre est le symptôme le plus important et le plus commun. Il peut s'agir soit d'une température très élevée et de courte durée, soit d'une température irrégulière durant plusieurs semaines. La diarrhée et la douleur abdominale non spécifiques sont également des signes fréquents. Par contre,

on ne découvre que rarement du sang dans les selles. La douleur dans la fosse iliaque droite fait suspecter parfois une appendicite aiguë et entraîne une appendicectomie, mais l'appendice est le plus souvent normal à l'examen histologique. Le tableau 1 résume les différents modes de présentation des Yersinioses (2) (3) (7) (9) (12).

1) Tableau clinique de gastroentérite ou d'entérocolite.

Ce tableau représente à lui seul environ 80% des cas. C'est la présentation la plus courante chez les enfants entre 0 et 5 ans. Il s'agit d'une entérite aiguë dont le temps d'incubation est d'environ 10 jours. La durée de la maladie est de 1 à 2 semaines. Les symptômes principaux sont la diarrhée, la douleur abdominale et la fièvre. Schématiquement on peut dire que la maladie est inaugurée et dominée par des selles diarrhéiques qui peuvent revêtir tous les aspects: liquides, pâteuses, parfois glaireuses ou purulentes, rarement sanguinolentes. Le nombre des selles varie de quelques-unes à une vingtaine par jour pouvant entraîner une déshydratation grave qui nécessitera une rééquilibration hydroélectrolytique d'urgence. Le plus souvent la diarrhée reste le seul symptôme; parfois elle s'accompagne de douleurs abdominales diffuses. Les vomissements ne sont signalés que dans un petit nombre des cas. La température peut rester normale ou au contraire atteindre et dépasser 39° C. Les images radiologiques trouvées par différents auteurs (défaut de remplissage, plications irrégulières des plis muqueux, épaississement de la paroi intestinale) ne sont pas spécifiques et sont retrouvées dans les entérites d'autre étiologie (13) (15). L'évolution spontanée aboutit à la guérison après environ 2 semaines, elle serait raccourcie par l'administration d'antibiotiques (18).

2) Tableau clinique se présentant comme un abdomen algu.

Cette forme, appelée encore forme pseudoappendiculaire, pseudotumorale ou adé-



Les
VITACOLLYRES

FRANCE

LABORATOIRES H. FAURE LABORATORIA

FRANKRIJK

Vitaphakol
Vita-Iodurool
Vita-Iodurool triphosadenine
Ophtavit C

Ophtaglobuline
Vitazinc
Vitaseptine 10 %

Vitacarpine 1 %
Vitacarpine 2 %

Vitacic
Ophtavit C

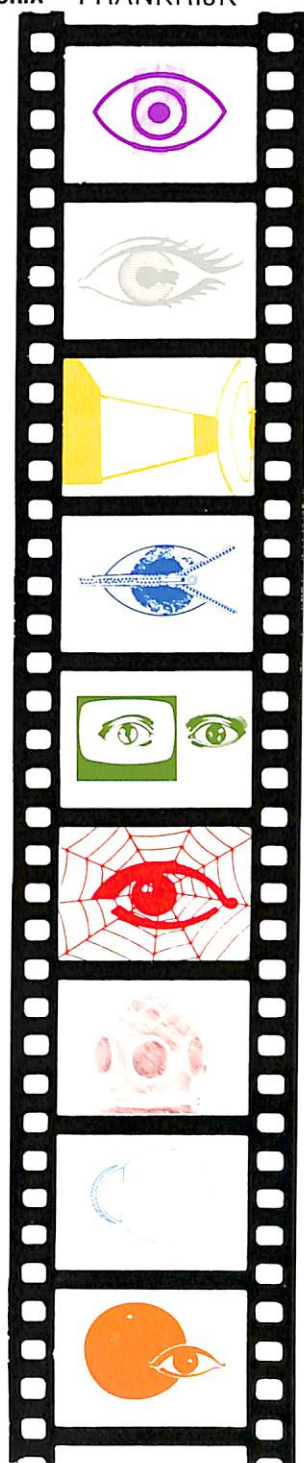
Vitasedine

Ophtavit P

Glycerotone

Vitaclair
Vitacontact

Ophtavit C



Rue de Roucourt, 39
7600 PERUWELZ
069/77.20.15 - 77.29.17 - 77.18.12



Vermoeide ogen

Collyrium

15 ml

Fatigue oculaire

Collyre

Eigenschappen

Antiseptisch, congestiewerend
sedatief.

Indikaties

Hyperemie, roodheid en
vermoeidheid van de oogbol
Overspanning van het gezicht.
Ontsteking van het bindvlies.
Prikkelingen, tranen.

Dosering

Een tot twee druppels in het
zieke oog, 's morgens, 's middags
en 's avonds.

Houdbaarheid

Ongeopend : drie jaar
Geopend : een maand, op
voorwaarde dat de oplossing helder
blijft.

Propriétés

Antiseptique, décongestionnant,
sédatif.

Indications

Hyperémie, rougeurs et fatigue du
globe oculaire. Surmenage de la
vision. Inflammation de la
conjonctive. Irritations.
Larmoiements

Posologie

Une à deux gouttes dans l'œil
malade, matin, midi et soir.

Délai de validité

Trois ans avant ouverture
Un mois après ouverture, à condition
que la solution reste limpide.



FORMULA :

Zinci sulfas 1,2 mg. - Phenylephrin hydrochlorid 1,2 mg. -
Trichlorisobutanol 1,2 mg. - Natr. boras - Acid. boric - Rosae
aqua - Natr. citras - Natr. sulfas - Methylis paraoxybenzoas -
Propylis paraoxybenzoas - Aqua q.s. ad 1 ml.



LABORATOIRES H. FAURE
07104 ANNONAY FRANCE



Rue de Roucourt, 39
7600 PERUWELZ
069/77.20.15 - 77.29.17
77.18.12

nite mésentérique est exceptionnelle avant 5 ans et rare après 40 ans. Elle se caractérise par l'apparition soudaine d'une douleur de la fosse iliaque droite qui peut être accompagnée d'une défense musculaire. Le diagnostic différentiel avec l'appendicite est difficile et souvent une laparotomie est pratiquée. On constate alors que l'appendice est normal; par contre il y a de volumineuses adénopathies mésentériques qui font penser à un lymphome. L'association d'une iléite qui affecte les 10 derniers centimètres de l'iléon est fréquente et fait discuter une maladie de Crohn.

3) Septicémie:

L'entérocolite et l'adénite mésentérique peuvent être le point de départ d'une septicémie. La septicémie à Y.E. est rare et ne survient que chez les sujets présentant une pathologie sous-jacente (personnes âgées,

alcooliques, diabétiques, dénutris, cirrhotiques, etc.) (10) (11). Le diagnostic différentiel se pose avec la fièvre typhoïde et la malaria (11). Le taux de mortalité est supérieur à 50%.

4) Arthrite:

Dans environ un tiers des cas une arthrite survient après une période prodromique d'une dizaine de jours en moyenne. L'âge moyen des malades est de 30 à 35 ans. Il s'agit d'une oligoarthritis, rarement d'une polyarthrite. Les articulations touchées par ordre de préférence sont celles des doigts, des genoux, des chevilles, et des orteils. Habituellement, le début est brutal et 2 à 3 articulations sont atteintes successivement. Elle dure environ 2 semaines à un mois et souvent le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu est posé à tort. L'examen radiologique ne montre pas de lésions. Des anti-

TABLEAU 1: Maladies à Yersinia

Tableaux cliniques	symptômes prédominants	diagnostic différentiel
gastro-entérite ou entéro-colite	diarrhée douleur abdominale fièvre	gastro-entérite à Salmonella Campylobacter Shigella
syndrome pseudo-appendiculaire	douleur de la fosse iliaque droite	appendicite maladie de Crohn
septicémie	état toxique, fièvre élevée, céphalées, douleurs abdominales, vomissements, diarrhées.	fièvre typhoïde malaria
arthrite	rougeur, gonflement, chaleur; (doigts, genoux, chevilles, orteils)	rhumatisme articulaire aigu, arthrite septique
érythème noueux		érythème noueux d'autre étiologie: tuberculose, sarcoïdose, infections à streptocoques, médicaments, etc.

corps anti-Yersinia peuvent être retrouvés dans le liquide de ponction d'une articulation. Le pronostic est bon. (2) (6) (7) (9) (16).

5) Erythème noueux:

La fréquence d'apparition de l'érythème noueux lors d'une infection à Y.E. varie selon les pays: Suède 20%; Finlande 17%; Belgique 38% (1). L'association d'un érythème noueux est très rare chez l'enfant et prédomine dans le sexe féminin. Les antibiotiques ne modifient pas l'évolution de l'érythème noueux et la guérison survient toujours sans complications, ni séquelles. (1) (7) (8).

6) Manifestations rares:

Certains syndrômes tel le syndrome de Reiter, la glomérulo-néphrite, la myocardite et beaucoup d'autres maladies ont été attribuées à des infections à Y.E. sans que l'association soit toujours prouvée.

METHODES DE DIAGNOSTIC:

1) Isolement et identification du germe:

Les Y. peuvent être isolées des selles, des ganglions mésentériques, du contenu appendiculaire et du sang (7) (9) (17). Soulignons qu'il faut avertir le laboratoire de microbiologie quand on veut une recherche de Y., car les méthodes d'isolement sont spéciales et la plupart des laboratoires ne les pratiquent pas de routine.

2) Sérodiagnostic:

Dans toutes les formes cliniques, la sérologie est pratiquement toujours positive dès les premiers jours de la maladie et atteint des valeurs maximales après une à 2 semaines. Les anticorps peuvent persister durant plusieurs mois après la guérison. La difficulté réside dans le fait qu'il existe quelque 30 sérotypes de Y.E. et que la fréquence de ces sérotypes varie d'un pays à l'autre.

A signaler encore qu'il existe une possibilité de réaction croisée entre Y.E. et Brucella (7) (9) (17).

TRAITEMENT:

Avant toute recherche étiologique, la surveillance de l'hydratation et la correction des troubles hydroélectrolytiques sont les préoccupations essentielles, surtout chez le jeune enfant. Les Y.E. sont sensibles aux tétracyclines, aux aminoglycosides, au chloramphénicol et au triméthoprim-sulfaméthoxazole. Elles sont résistantes aux pénicillines, aux céphalosporines et à l'érythromycine (14) (16). La question demeure de savoir quelles formes cliniques bénéficieraient d'un traitement antibiotique. Si tout le monde est d'accord que les formes légères ne nécessitent aucune antibiothérapie et que les formes septicémiques doivent être traitées vigoureusement, l'opportunité d'un traitement antibiotique de la gastro-entérite à Y.E. est toujours en discussion.

CONCLUSIONS:

Les infections à Y.E. sont décrites à des fréquences variables dans plus de 30 pays. Elles donnent des signes cliniques bien définis, bien que non spécifiques, et le diagnostic est établi par la bactériologie et la sérologie. L'évolution est favorable dans la grande majorité des cas, exception faite des septicémies. Il faut penser à la possibilité d'une Yersiniose en cas de fièvre, de diarrhées, de douleurs abdominales inexpliquées, d'atteinte de type appendicite ou en cas d'adénopathie mésentérique, à plus forte raison si ces signes s'accompagnent d'arthralgie, d'arthrite ou d'érythème noueux.

Les auteurs remercient vivement Madame Marie-Paule Hansen de sa précieuse collaboration dans la préparation du manuscrit.

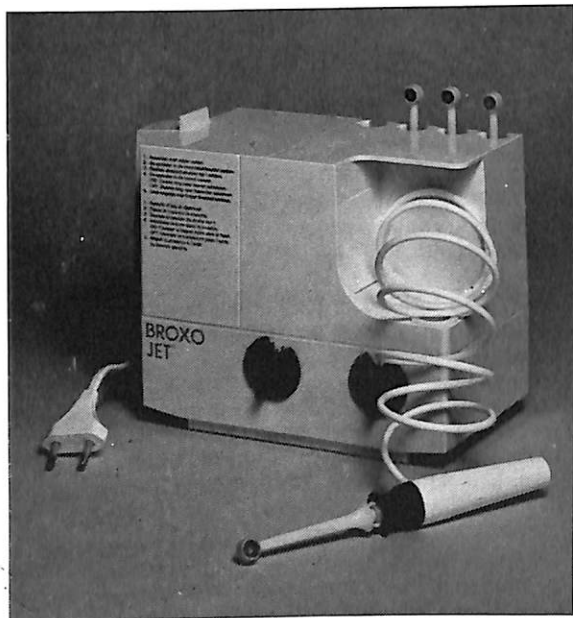
Les demandes de tiré-à-part sont à adresser au Dr. R.H., Département des Mal. Inf., Centre Hospitalier, Luxembourg

BIBLIOGRAPHIE:

1. **DEBOIS J., VANDEPITTE J., DEGREEF H.:** Y.E. as a cause of erythema nodosum (Dermatologica 156: 65-78, 1978).
2. **EICHELBAUM H.:** Yersiniosen. Differentialdiagnostisch wichtige Krankheiten (Med. Welt 28/40: 1591-1593, 1977).
3. **HEIN J., KNAUFF H.G.:** Die Yersiniosis in Deutschland (Deutsch. Med. Wschr. 103: 490-491, 1978).
4. **KEET E.:** Y.E.: septicemia: Source of infection and incubation period indentified (N.Y. State J. of Med.: 2226-2229, Nov. 1974).
5. **KNAPP W.:** Die Symptomatologie und human-medizinische Bedeutung von Infektionen mit Y.E. (Munch. med. Wschr. 117/22: 966, 1975).
6. **LEINO R., KALLIOMAKT J.L.:** Yersiniosis as an internal disease (Ann. Intern. Med. 81: 458-461, 1974)
7. **LONSDORF G., NEUBERT V.:** Yersiniosis (Der Hautarzt 29: 127-129, 1978)
8. **MANIGAND G., POINTUD PH, MALLET L., DEPARIS L.** L'érythème noueux dû aux infections à Y.E. (Ann. Méd. Interne 129/3: 211-214, 1978)
9. **MOLLARET H.H.:** L'infection humaine à «Y.E.» en 1970, à la lumière de 642 cas récents (Path. Biol. 19/3-4: 189-205, 1971)
10. **NARASIMMAN S.L., SCHIEVEN B.C., CAMPSALL E.:** Septicemia caused by Y.E. (CMA Journal 18: 682, 1978)
11. **RABSON A.R., HALLET A.F., KOORNHOF M.J.,** Generalized Y.E. infection (J. Infect. Dis. 131/4: 447-451, 1975)
12. **SAEBO A.:** Some surgical manifestations to mesenterial lymphadenitis, associated with infection of the Y.E. (Acta chir. Scand. 140: 655-657, 1974)
13. **SHRAGO G.:** Y.E. ileocolitis findings observed on barium examination (Br. J. Radiology 49: 181-183, 1976)
14. **TOMA S., LAFLEUR L.:** Survey on the incidence of Y.E. infection in Canada (Appl. Microbiol 28/3: 469-473, 1974)
15. **VAN WIECHEN P.J.:** Radiological changes in the distal part of the ileum in association with Y.E. infections (Radiol. Clin. biol. 43: 242-253, 1974)
16. **VAN TRIMONT P., DUBOIS J.L., DEQUEKER J.:** La polyarthrite aiguë de l'infection à Y.E. Quatre observations en Belgique (Revue de Rhumatisme 43/2: 117-121, 1976)
17. **WAUTERS G.:** Contribution à l'étude de Y.E. (Thèse d'agrégation, Louvain 1970, 166 pages)
18. **GUTMAN L.T., WILFERT C.M., QUAN T.J.:** Susceptibility of Yersinia enterocolitica to trimethoprim-sulfamethoxazole. J. Inf. Dis. (1973) 128 Suppl.: 128-130

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.

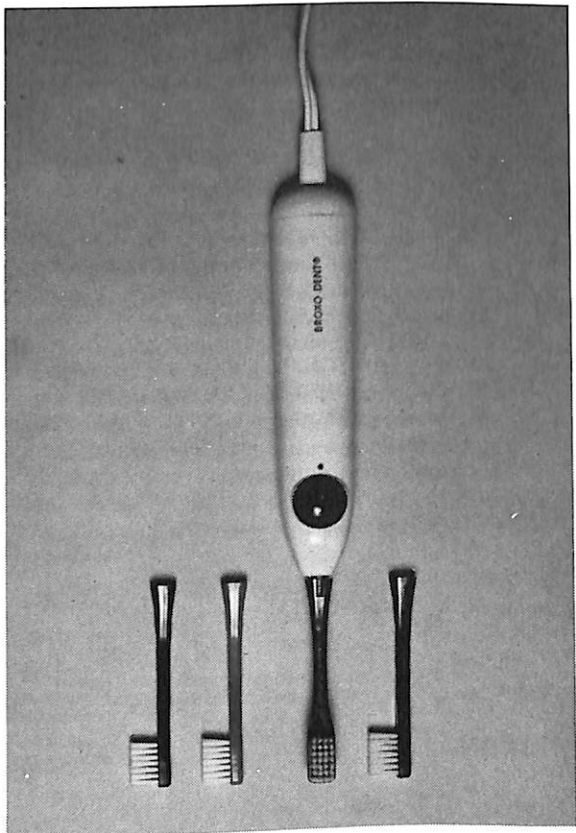
Broxojet 3007 permet :

- 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'Epernay - Luxembourg

Livres et périodiques:

Differential Diagnosis, Harvey – Bordley – Barondess, Saunders 1979, p 738, 1.348 F

La description des entités cliniques dans les livres classiques de médecine se fait à partir de données précises, de définitions délimitées et à la fin de chaque chapitre se trouve en général un bref rappel de diagnostic différentiel. Ces présentations sont données de manière cohérente et logique et la description d'une maladie ou d'un syndrome est faite de façon dépouillée afin d'être instructive et sans prêter à confusion. Toutefois en pratique, la démarche commence en sens inverse avec des données disparates pour aboutir à un diagnostic expliquant tous les signes et symptômes cliniques ainsi que les données des examens complémentaires. Ceci est repris dans les livres de diagnostic différentiel et parmi les deux manuels majeurs, le „Differential Diagnosis" de Hegglin dont l'éditeur est décédé, n'a plus été réédité depuis quelques années et ce livre-ci dont c'est la troisième édition, a connu une large diffusion. Les différents buts que se posent les auteurs de livres de diagnostic différentiel, ont été atteints dans ce manuel qui de ce fait est recommandé à tout lecteur intéressé à la médecine en général. La manière instructive des conférences clinico-pathologiques telles qu'elles ont été débütées par Cabot dans le *New England Journal of Medicine* a été reprise également dans ce manuel à partir de cas précis de la Johns Hopkins University. La

faveur que trouve actuellement ce type de discussion à la fois dans des manuels ainsi que dans un certain nombre de périodiques médicaux n'est toutefois pas partagée par tous les lecteurs.

Dans l'ensemble, ce manuel est d'une lecture facile, instructive et peu ennuyeuse. A recommander à tout lecteur intéressé.

Annual Review of Medicine, Creger – Coggins – Hancock, Eds, Annual Review Inc., publisher, Volume 30, 1979, \$ 17.50, p. 514

Comme le dit son sous-titre, cette série présente des sujets sélectionnés dans les sciences cliniques. Elle compte parmi les périodiques avec les taux de citations les plus élevés, présente une mise à jour approfondie d'une série de 36 sujets d'un intérêt très actuel de diverses sous-spécialités médicales telles que endothélium artériel et athérosclérose; immunobiologie des rapports feto-maternels; compléments et néphropathies; CT – scanning des voies hépatobiliaires; origines clonales des tumeurs humaines; sick sinus syndrome, etc.

La lecture de ces chapitres concis apportera une foule d'informations même aux spécialistes des divers domaines et de ce fait ce numéro d'un prix modique est à conseiller vivement.

Contemporary Hematology/Oncology, Volume I, Lobue – Gordon – Silber – Muggia, Eds. Plenum Medical, p. 325, 1980, \$ 35.40

Cette série, qui est supposée paraître tous les deux ans, remplacera la série précédente «The year in hematology» avec les mêmes éditeurs. Elle est destinée à offrir des revues à la fois larges et couvrant la recherche oncologique intégrée aux progrès de l'hématologie. Vu sous cet aspect, on se demande pourquoi sur seulement 10 chapitres il y en ait trois sur l'hémostase et un sur la thalassémie. Comparé au numéro précédent «The year in hematology» de 1978, on est quelque peu déçu quant au volume. Mis à part ce fait, les chapitres présentés donnent une excellente revue de certains sujets tels que amyloidose, transférase terminale dans les néoplasies hématologiques, groupes sanguins et cancers, etc . . .

Comme ce genre de manuel s'adresse surtout aux lecteurs déjà familiers avec les sujets, traités largement dans la presse médicale courante, cette série devrait faire plutôt partie d'une bibliothèque d'institut que d'un achat personnel.

Clinical Oncology, Horton – Hill, Saunders 1977, p. 819, 1.540 F

Manuel multi-auteur qui déçoit par le fait que les chapitres sont sommaires, incomplets, avec des affirmations dépassées (p. ex. syndrome lympho-prolifératif et génétique, dont les données datent de fin des

années 60 et qui ne sont pas jugées à la lumière des connaissances actuelles). L'information retirée de ce livre est fragmentaire et à beaucoup de points de vue moins complète que celle qu'on peut se faire par la lecture d'un des classiques de médecine. On se demande à quel type de lecteurs ce livre s'adresse.

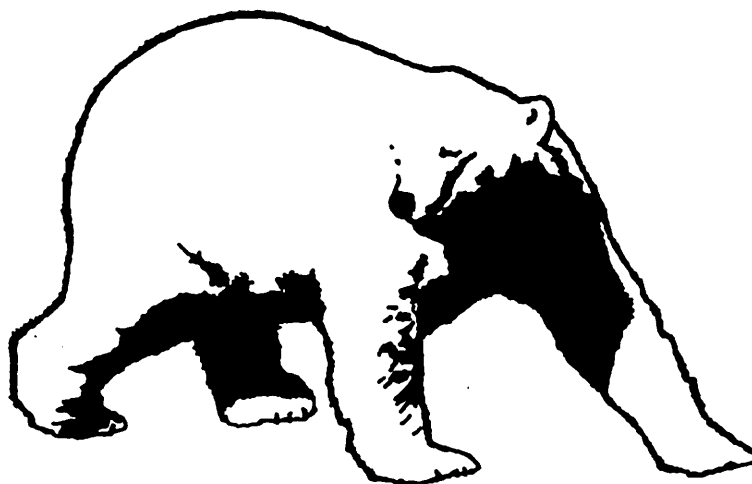
Connective Tissue Diseases, G.R.V. Hughes, Blackwell, £ 11.50 11.50, p. 277

Deuxième édition d'un livre succinct assez complet et facile à lire concernant le groupe hétérogène des collagénoses.

Pour chaque entité, les descriptions cliniques ainsi que les manifestations de laboratoire avec illustration de chaque entité par un cas type sont clairement exposées. Les références sont très à jour vu que l'édition antérieure date d'il y a seulement deux ans. Le livre se termine par un chapitre bienvenu qui décrit de manière brève les immuns complexes et leurs implications cliniques ainsi que le système du complément et les tests de laboratoire pertinents aux connectivites. On regrette de ne pas voir mentionner les indications et résultats des plasmaphérèses massives qui ont été utilisées au cours des dernières années dans un certain nombre de collagénoses.

A recommander aux non-spécialistes en rhumatologie ou immunologie.

Dr M. DICATO



URSOCHOL[®]

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DES CALCULS BILIAIRES DE CHOLESTEROL



INTERNATIONAL
PHARMACEUTICALS
ZAMBON

INPHARZAM S.A. Belgique

PROPHAC, Luxembourg
Case Postale 2063 - Tél. 48 24 82

Rückkehr zur vegetativen Normotonie

DETMS retard

bei Orthostase

Kopfschmerz

Schwindel

Ohrensausen

Hyper-ventilation

Flimmern vor den Augen

Übelkeit

Tachykardie

Kribbeln in den Extremitäten

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

Indikationen: Hypotoner Symptomenkomplex -
orthostatische Kreislaufstörungen; Migränaprophylaxe -
intervallbehandlung bei normo- bzw. hypotoner
Ausgangslage; vaskuläre 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
Tel.: 48 24 82

Rentschler

