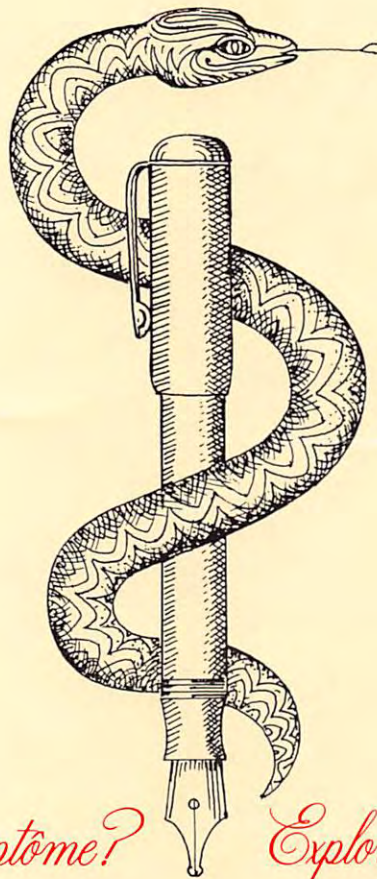


Mensuel d'information médicale

# Médicographie

Numéro 35 Janvier 1979



*Anémie: diagnostic ou symptôme?*

*Les Nord-Américains consultent*

*Diabète et psychiatrie*

*Pour ou contre Adam et Eve*

*Exploration de la fonction gastrique*

*L'éjaculation prématurée*

*Les dégoûts alimentaires*



# DIAMICRON

## Mode d'emploi et posologie : dans la majorité des cas

**2**  
**comprimés par jour**  
**(1 comprimé matin et soir)**

Coût journalier du traitement : 2,37 F.

### Forme et composition :

Comprimés sécables en croix : boîtes de 20 et de 60.

Gliclazide ..... 0,080 g par comprimé

Excipients : gomme arabique, lactose, magnésium (stéarate de), talc, q.s.p. un comprimé terminé à ..... 0,160 g.

Dose de principe actif par conditionnement : 1,6 g et 4,8 g de gliclazide.

### Sort du médicament :

Absorption gastro-intestinale rapide. La demi-vie biologique moyenne de Diamicron est de 10 à 12 heures. Son élimination est totale.

### Propriétés pharmacologiques :

Propriétés métaboliques :

Diamicron est insulino-sécréteur. Diamicron réactive la réponse pancréatique et rétablit une sécrétion insulinaire adaptée à la prise alimentaire.

Propriétés hémovasculaires :

Diamicron s'oppose à la microthrombose, point commun des complications vasculaires du diabète : il diminue l'adhésivité et l'aggrégation plaquettaire, rétablit une fibrinolyse pariétale physiologique et s'oppose à la vasoconstriction adrénalinique.

Ces propriétés expliquent l'amélioration de la rétinopathie et de la néphropathie observée en clinique.

### Indications :

Diabètes justiciables du traitement oral, en particulier les diabètes menacés de complications vasculaires.

### Contre-indications :

Diabète juvénile, cétose grave, acidose, précoma et coma, grossesse, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique grave.

La posologie de Diamicron est souple et adaptable : 1 comprimé par jour dans les diabètes légers 3, exceptionnellement 4, dans les diabètes plus importants.

Dans toutes les formes de diabète :

- le régime demeure la pierre angulaire du traitement ;
- les complications cardiovasculaires sont le principal facteur de gravité de la maladie diabétique.

#### 1. Diabétique obèse :

Dans la majorité des cas : 2 comprimés par jour. La qualité de l'équilibre glycémique est étroitement liée à la chute pondérale. Le régime restrictif doit être correctement adapté et suivi. Sous Diamicron, la grande majorité des diabétiques obèses maigrit.

#### 2. Diabétique de poids normal :

Dans la majorité des cas : 2 comprimés par jour. L'équilibre nutritionnel est capital pour permettre à Diamicron d'assurer son action de rééducation progressive du pancréas.

#### 3. Cas particuliers :

Diabètes asymptomatiques et diabètes insulinés. Les propriétés hémovasculaires de Diamicron méritent d'être prises en considération en raison de la précocité et de la gravité de la vasculopathie. Des études sont en cours en milieu hospitalier. (Documentation sur demande.)

### Effets secondaires éventuels :

Réactions cutanéomuqueuses, qui régressent en quelques jours après l'arrêt du traitement, rarement des troubles digestifs banals, exceptionnellement, des troubles sanguins généralement réversibles.

### Précautions d'emploi - surveillance :

Potentialisation possible de l'effet hypoglycémiant par les IMAO, les dérivés pyrazolés et salicylés, la phénylbutazone, les sulfamides antibactériens et les  $\beta$  bloquants.

Réduction possible d'activité avec les diurétiques et les barbituriques. Il est inutile de surveiller la lactacidémie, le mode d'action de Diamicron exclut formellement tout risque d'acidose lactique.

### Surdosage - Conduite d'urgence :

Le surdosage accidentel ou volontaire conduit essentiellement à des manifestations d'hypoglycémie.

Dans les cas sévères, si des troubles de la conscience apparaissent : administration immédiate de sérum glucosé hypertonique à 10 ou 30% par voie intra-veineuse stricte, puis hospitalisation d'urgence.

### Présentation :

Boîte de 20 : 23,40 F + SHP A - AMM 3129361.  
Boîte de 60 : 67,40 F + SHP A - AMM 3129378.  
Mis à la disposition du Corps Médical depuis 1972.

Tableau A - Durée de conservation : 5 ans.  
Remboursé Sécurité Sociale - Admis aux collectivités.

**Les Laboratoires Servier : 45520 Gidy.**

## 2 Editorial

par le Dr Jacques Servier

### Le savoir Les pratiques

## 3 L'ENSEIGNEMENT CONTINUE...

**L'anémie**

Dr. Christine Calmettes-Rouzioux



## 8 MIGRANTS, EMIGRANTS, IMMIGRANTS

**Les Nord-Américains consultent**10 2<sup>e</sup> CONSULTATION METABOLIQUE**Une contraception difficile**

Pr. Gérard Cathelineau

## 13 EXPLORATION D'UNE FONCTION

**Exploration de la fonction gastrique**

Dr. François Sellier

## 16 LE MEDECIN EST UN SEXOLOGUE

**L'éjaculation prématurée**

Dr. Jacques Waynberg

## 18 NEVROSE, PSYCHOSE, ANALYSE

**Psychiatrie et diabète, ou les patients terribles**

Dr. Geneviève Welsch

## 20 MALADIES RARES, FORMES ATYPIQUES

**La lymphadénopathie angio-immunoblastique**

Dr. François Forestier

## 21 MINERAUX, OLIGO-ELEMENTS ET NUTRITION

**Antimoine et Argent**

## 22 LA DIETETIQUE EN PRATIQUE

**Les dégoûts alimentaires**

Françoise Casamitjana

### L'environnement médical La recherche

## 25 AUJOURD'HUI UNE HYPOTHESE. DEMAIN UNE CERTITUDE

**La prévention des hémorragies digestives post-opératoires**

## 26 MALADIES ET POPULATIONS

**Epidémiologie de la stérilité:****La femme**

Dr. Michèle Hermano-Msika

## 28 QUAND LE MEDECIN TRAITANT ENTRE A L'HOPITAL

**Hospitaliers****et praticiens :****2 médecines****réconciliables ?**

Dr. Claude Nègre

## 31 LES AUTRES SOIGNANTS

**La secrétaire médicale**

Dr. Christiane Hervé

## 35 MEDICINE ET MICRO SOCIETES

**Médecine et drogués**

Dr. Claude Olievenstein



### Voir - Lire Comprendre

## 40 Y A-T-IL UN MEDECIN DANS LA SALLE ?

**Le public n'aime pas connaître, il aime seulement reconnaître**

Michel Mardore



## 42 PLANETE DES HOMMES

**Pour ou contre**

Adam et Eve

Etienne Lévy-Lambert

## 44 DISCOURS SENSE OU INSENSE

**Réflexions sur l'argent**

Un coq tendre et encore viril

## Medicographie

Rédacteur en chef :  
E. Lévy-Lambert  
Secrétariat scientifique :  
Pr G. Cathelineau,  
Dr C. Hervé,  
Dr J.L. Malvy,  
J.P. Marziou  
Maquette :  
B. Sèneque, Maquetterie  
Illustrations :  
G. Lesserre

Comité de rédaction  
médicale :

Pr Gérard Cathelineau  
(Diabétologie-  
Endocrinologie)

Dr Roger Choukroun  
(Médecine interne)

Dr Thomas Efthymiou  
(Cardiologie)

Dr François Forestier  
(Biologie-Hématologie)

Pr Jacques Lansac  
(Gynécologie-  
Obstétrique)

Dr Alain Liégeois  
(Chirurgie)

Pr Henri Loo  
(Neuropsychiatrie)

Dr Jean-Louis Malvy  
(Hépatogastro-entérologie)

Dr Jean-Michel Pelisse  
(O.R.L.)

Pr Jacques Witvoet  
(Rhumatologie-  
Traumatologie)

Les opinions exprimées  
dans les articles ou commentaires  
n'engagent que la responsabilité  
de leur auteur.

Medicographie,  
mensuel d'information médicale,  
est éditée par S.N.P.M. Editeur,  
S.A. au capital de 100 000 F.  
R.C. Seine

S.I.R. 3032271400019  
100 avenue Charles de Gaulle  
92522 Neuilly sur Seine Cedex  
Téléphone 745.14.70

Directeur de la publication :  
Dr C. Nègre  
Impression : Le Blason,  
4 et 6 bd Jean Jaurès, 92110 Clichy  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 1977  
ISSN 0395-0492



## *Le veau d'or, haridelle ou destrier ?*

**Illuminus**

*Rien n'est plus détesté que la notion de profit. Notre pays a gardé du moyen-âge, ce moyen-âge dont nous sommes loin d'être sortis, une haine viscérale de l'argent.*

**Laborius**

*Il suffit de regarder le visage mélancolique de Pascal étrangement imprimé sur le billet de 500 F. Sinistre aventure pour un janséniste.*

**Practicus**

*Il est vrai que les Américains n'hésitent pas à imprimer sur leurs dollars "nous avons confiance en Dieu" (in God we trust).*

**Criticus**

*C'est un fait social pesant comme un tas d'or et vaste comme une montagne, les professions libérales haïssent tout ce qui est mercantile. Tout au plus condescendent-elles à s'enrichir elles-mêmes. Ceux qui ne le voient pas sont des aveugles.*

**Laborius**

*Le prix d'excellence revient à l'industrie pharmaceutique. C'est elle-même qui s'affuble d'étiquettes bêtaïsses comme marketing, commercialiser, publicité, profit. Tout ce que, précisément, elle ne sait pas faire. Elle qui respire des réalités complexes et profondes ne rate pas une occasion de se travestir dans les oripeaux des autres en choisissant de préférence les plus laids, ceux qui lui font un gros ventre et une petite tête.*

**Scriptor**

*On dirait que les laboratoires ont honte de leur mission de recherche, de découverte, d'approfondissement du patrimoine de connaissances, de débat scientifique permanent.*

**Practicus**

*Oublions les mots aussi creux et stupides qu'on puisse les faire, et examinons les sentiments profonds.*

*Ce qui heurte le plus les Français, c'est l'étalage du luxe. Ainsi, si tu possèdes une voiture somptueuse...*

**Scriptor**

*C'est une expérience que je n'ai pas. Mais j'ai souvent observé sur la voie publique le sadisme avec lequel les véhicules ostentatoires sont cabossés de pierres, rayés par des poinçons, serrés de trop près par des camions abusifs, déshonorés par les chiens du voisinage.*

**Illuminus**

*Il paraît qu'on a, dans les milieux patronaux, d'excellentes recettes : verse de mauvais salaires, tu seras haï dans un an, sois insolent, tu seras haï dans un mois, possède une voiture de luxe, tu seras haï sans délai.*

**Criticus**

*A vrai dire une maîtresse voyante serait sans doute aussi efficace.*

**Illuminus**

*Cela n'est pas d'hier.*

*Empédocle demandait la peine de mort pour ses concitoyens trop fastueux.*

*Savonarole dressait sur les places de Florence des bûchers où l'on brûlait les perruques, les vêtements d'apparat, les fards, les œuvres d'art à l'occasion.*

**Practicus**

*Considère la situation stupide où nous sommes. D'une part la société de consommation...*

**Scriptor**

*Il n'y a pas de société de consommation car ce qui est le plus important est sous-consommé.*

*Parlons plutôt d'une civilisation de gaspillage et de niaiserie.*

**Laborius**

*Mais quel avenir avons-nous si le Français ne peut-être motivé ni sans argent ni par l'argent ?*

# L'anémie n'est pas un diagnostic, c'est un symptôme

S'il est facile de faire un diagnostic clinique d'anémie - l'examen est "parlant" devant l'association classique : pâleur, décoloration conjonctivale, asthénie, tachycardie, dyspnée, troubles sensoriels - il faut savoir ne pas s'en contenter. Un interrogatoire précis, à la recherche des antécédents familiaux et ethniques en particulier, la palpation minutieuse du foie et des aires ganglionnaires, la recherche d'une rate palpable, sont indispensables. Au demeurant, seule une logique rigoureuse dans la demande et l'interprétation des examens biologiques permettra d'aller plus loin.

## Suivez le guide

La première étape biologique passe par la numération globulaire :

- chiffre des globules rouges,
- hématocrite,

- hémoglobine,
- volume globulaire moyen = VGM,
- concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH).

C'est le *chiffre de l'hémoglobine* le plus important puisqu'il réalise l'élément fonctionnel.

*L'hématocrite*, examen très fiable, est le rapport du volume globulaire au volume plasmatique.

*Les constantes globulaires* : elles sont essentielles à tout diagnostic ; certains laboratoires les donnent de façon systématique. De toutes les façons, leur calcul est très facile.

- la CCMH = concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine :

$$\text{CCMH} = \frac{\text{Hb} \times 100}{\text{Hte}} \quad \text{N} = 32 \text{ à } 36 \%$$

- le VGM = c'est le volume moyen d'un globule rouge :

$$\text{VGM} = \frac{\text{Hte} \times 100}{\text{n GR}} \quad \text{N} = 82 \text{ à } 92 \mu^3$$

Il définit une population *moyenne* de globules rouges : macrocytaires, normocytaires, microcytaires. La teneur globulaire moyenne ou TGMH présente peu d'intérêt.

Il ne faut pas hésiter à répéter ces examens. Par ailleurs, les chiffres des globules blancs et des plaquettes ne sont pas à négliger, ils peuvent apporter des éléments importants au diagnostic. Les neutropénies, les thrombopénies reflètent souvent une insuffisance médullaire, avec possibilité de mise en évidence d'éléments leucoblastiques.

*Les réticulocytes* : complément simple mais important de la NFS, leur nombre prouve le caractère régénératif ou non de la moelle. Demander leur taux permet souvent d'éviter un médullogramme systématique, qui n'apporte rien dans beaucoup d'anémies périphériques et constitue un traumatisme pour le malade.

En valeur absolue, les chiffres normaux sont : 40 000 à 80 000. La numération des réticulocytes ne se fait pas automatiquement, le pourcentage d'erreurs est donc important. Là encore, il faut répéter les examens. Les réticulocytes n'augmentent que s'il y a réellement anémie (sinon la moelle n'a aucune raison d'être stimulée).

Deux autres examens complémentaires sont essentiels au diagnostic d'anémie.

*Le fer sérique* N = 70 à 120  $\gamma$ /ml :

Il est fixé dans le sang à une protéine porteuse : la sidérophilline, physiologiquement saturée au tiers. Il est intéressant de demander la capacité totale de saturation de la sidérophilline et d'en déduire la capacité latente.

Le rapport fer sérique/capacité totale = coefficient de saturation. Tout ceci permet de mettre en évidence les ressources en fer et leur disponibilité.

*La bilirubinémie* est surtout intéressante devant une anémie hémolytique chronique, mais l'hémolyse peut être discrète et une bilirubinémie normale



Norman Rockwell

"S'il est facile de faire un diagnostic clinique d'anémie..."

C'est une ANEMIE { Globules rouges Hémoglobine Hématocrite		+ constantes
VGM = / macrocytose	VGM = N normocytose	VGM = \\ microcytose
- dosage vitamine B 12 - dosage acide folique - FIGLU - tests thérapeutiques ↓ <b>étiologie</b> 1 - carence en vitamine B 12 ou acide folique ou mixte → d'absorption → d'apport 2 - recherche d'un syndrome de Biermer 3 - anémies d'origine centrale ↓ <b>cas particuliers</b> cirrhoses cancers	1 - hémorragie aiguë: diagnostic d'urgence 2 - réticulocytes // régénératives avec bilirubine / ⇒ <b>hémolyse chronique</b> ↓ Coombs ⊖      Coombs ⊕ ↓                    ↓ congénitales    acquises      auto-anticorps M.C.    G6PD                    IgM    IgG ↓                    ↓ toxiques    médicamenteuses    parasitaires	1 - réticulocytes / ↓ <b>fer sérique /</b> <b>fer sérique \</b> ↓                    ↓ trouble de la synthèse de l'hémoglobine ↓ diagnostic d'une hémorragie chronique      carence
	3 - réticulocytes \\ non régénératives moëlle ⇒ <b>origine centrale</b> ↓ <b>cas particuliers</b> grossesse	2 - réticulocytes \ ↓ <b>origine centrale</b> ↓ <b>cas particuliers</b>

n'élimine pas un diagnostic d'anémie hémolytique.

### Anémies macrocytaires = prolifération des mégalo blastes

Bien que riche, la symptomatologie clinique des anémies macrocytaires ne fait que confirmer l'anémie sans préjuger de la cause. Le volume globulaire moyen y est généralement supérieur à  $120\mu^3$ . On connaît bien le mécanisme physiopathologique de ces anémies : l'intervention de la vitamine B 12 et de l'acide folique est nécessaire à la synthèse de l'ADN. La carence de l'un et/ou de l'autre conduit à la mégalo blastose.

L'attitude pratique devant une anémie macrocytaire sera donc, avant tout, de rechercher une cause évidente de carence en vitamine B 12, en acide folique ou les deux associés. Il faut demander :

- dosage de l'acide folique,
- dosage de la vitamine B 12,
- test au FIGLU,

et pratiquer des tests thérapeutiques : on surveille l'apparition de la crise réticulocytaire 5 à 8 jours après administration de doses physiologiques de la vitamine supposée déficitaire.

Il pourra s'agir d'une carence d'absorption d'origine gastrique ou

intestinale mais il faut aussi penser aux carences d'apport alimentaire ou d'origine pathologique (cirrhoses, cancers, grossesses répétées).

L'exemple le plus classique en est la maladie de Biermer : elle réalise une avitaminose B 12 par absence de sécrétion gastrique du facteur intrinsèque, nécessaire à son absorption par la paroi intestinale.

On se trouve devant un tableau d'anémie plus ou moins intense avec des troubles digestifs et assez souvent un état dépressif pour lequel le malade consulte.

Le diagnostic repose sur :

- le dosage de la vitamine B 12,
- la mise en évidence d'une achylie gastrique histamino-résistante (constante et nécessaire au diagnostic),
- le test de Schilling : administration per os de deux vitamines B 12 radioactives marquées différemment ; une seule est associée au facteur intrinsèque. La mesure des radio-activités dans les selles et dans les urines met en évidence les conditions d'absorption de chacune et pose le diagnostic.
- l'examen de la muqueuse gastrique : gastrite atrophique.

La maladie de Biermer apparaît aujourd'hui comme une affection auto-immune à caractère familial. La mise en évidence d'auto-anticorps n'est pas rare (anticorps anti-facteur intrinsèque,

anti-muqueuse gastrique, anti-thyroïdien...).

L'augmentation du risque des cancers chez les biermeriens est bien classique, elle implique une surveillance radiologique régulière avec gastroscopie.

En dehors de ces étiologies, il faut penser qu'un certain nombre d'anémies mégalo blastiques peuvent être d'origine centrale (cas fréquent des anémies sidéroblastiques).

### Le cas particulier des cancers et des cirrhoses

L'anémie est constante dans les cancers. Elle peut en être le signe d'appel. Elle est la conséquence d'un ou de plusieurs mécanismes associés.

- L'anémie peut être la conséquence du syndrome inflammatoire, c'est la plus courante.
- Elle peut être due à l'insuffisance médullaire, soit par hypoplasie, soit par envahissement métastatique.
- L'anémie peut être hémolytique : avec ou sans auto-anticorps, avec ou sans séquestration splénique.
- Des saignements chroniques peuvent conduire à une anémie hypochrome, hyposidérémique.

Pour les cirrhoses, l'anémie est fréquemment mégalo blastique par

carence en vitamine B 12 et acide folique. Mais d'autres mécanismes interviennent aussi et sa pathogénie en est complexe :

- on peut voir une hémolyse par auto anticorps,
- on peut voir un hypersplénisme,
- l'insuffisance médullaire intervient aussi : elle est due à la toxicité bien connue de l'alcool sur la moelle, en plus de l'avitaminose.

Ces mécanismes sont importants à préciser car le pronostic en dépend. Mais souvent le traitement reste bien décevant.

### **Anémies normocytaires = régénératives ou non**

Le VGM est normal, et la CCMH très souvent aussi.

La première étape est ici d'éliminer une hémorragie aiguë, extériorisée ou non, qui réalise une urgence dominée par l'hypovolémie. C'est la seule indication de transfusion de sang total.

Le pronostic hématologique est favorable si la moelle régénère (réticulocytose augmentée).

- *L'anémie est régénérative* : la plupart du temps on se trouve devant une anémie hémolytique chronique avec un taux de bilirubine élevé.

Le test de Coombs est le seul à demander et confirme le caractère auto-immun .

- Il est négatif : l'atteinte est, soit congénitale (avec anomalie intra-érythrocytaire ou membranaire), soit acquise et extra-corporelle.

Le diagnostic des anémies hémolytiques congénitales est en fait celui qui se pose le moins souvent. Il ne faut cependant pas le méconnaître.

Les érythro-enzymopathies réalisent un déficit congénital en enzymes appartenant à l'une ou l'autre des voies de la glycolyse intra-érythrocytaire.

La mieux connue est le déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G6PD), à transmission récessive liée au sexe ; il touche plus la race noire que la race blanche.

La forme aiguë de la race noire est déclenchée par une sensibilité anormale à certains médicaments (certains anti-paludéens, vitamine C, sulfamides, PAS...). Les crises de déglobulisation régressent spontanément, alors que pour la race blanche (méditerranéens) les crises aiguës peuvent être beaucoup plus graves. Elles surviennent à la suite de la prise des médicaments déjà cités, d'ingestion de fèves (favisme) ou d'inhalation de pollens.

La forme chronique de ce déficit ne se voit que pour la race blanche. La

biologie montre une anémie hémolytique chronique ou aiguë régénérative. Le dosage de l'enzyme érythrocytaire pose le diagnostic (il doit être fait dans des laboratoires spécialisés).

Chacune des érythro-enzymopathies réalise un tableau un peu particulier mais le diagnostic repose toujours sur le dosage de l'enzyme.

La maladie de Minkowski-Chauffard est plutôt évoquée chez l'enfant ou l'adulte jeune, ayant une anémie chronique, régénérative, ictérique, à Coombs représentant une splénomégalie avec ou sans hépatomégalie.

Le diagnostic n'est pas toujours facile ; il existe un certain nombre de formes frustrées et l'enquête familiale est d'un apport considérable.

L'anémie est modérée, avec réticulocytose élevée surtout au cours des crises de déglobulisation. La bilirubine est toujours un peu élevée. Le diagnostic est posé devant une diminution importante de la résistance globulaire aux solutions hypotoniques.

Il faut noter que l'électrophorèse de l'hémoglobine est normale. Le spléno-gramme n'est pas nécessaire et, de plus, il n'est pas dénué de risque chez l'enfant.

Les transfusions sont le seul traitement des crises de déglobulisation et la splénectomie, après l'âge de 7 ans, supprime l'anémie sans pour autant supprimer la tare ; la maladie est alors bien supportée.

Beaucoup plus fréquentes sont les anémies hémolytiques acquises.

Il s'agit généralement d'une hémolyse aiguë avec état de choc ; le diagnostic repose sur l'hémoglobinémie et sur l'hémoglobinurie. C'est le tableau des accidents transfusionnels, des hémolyses d'origine bactérienne (septicémie à *Perfringens* avec ou sans problème de coagulation intra-vasculaire diffuse), d'origine parasitaire

(paludisme), d'origine toxique (médicamenteux, venin de serpent), ou enfin d'origine mécanique (problème des valves de Starr et autres prothèses cardiaques...).

- On trouve des anémies à Coombs + dans certaines viroses, gripes, mononucléoses et autres infections, mycoplasmoses, mais aussi dans certaines hémopathies.

- *L'anémie est non régénérative* : c'est le problème de l'insuffisance médullaire dont le pronostic est beaucoup plus sombre.

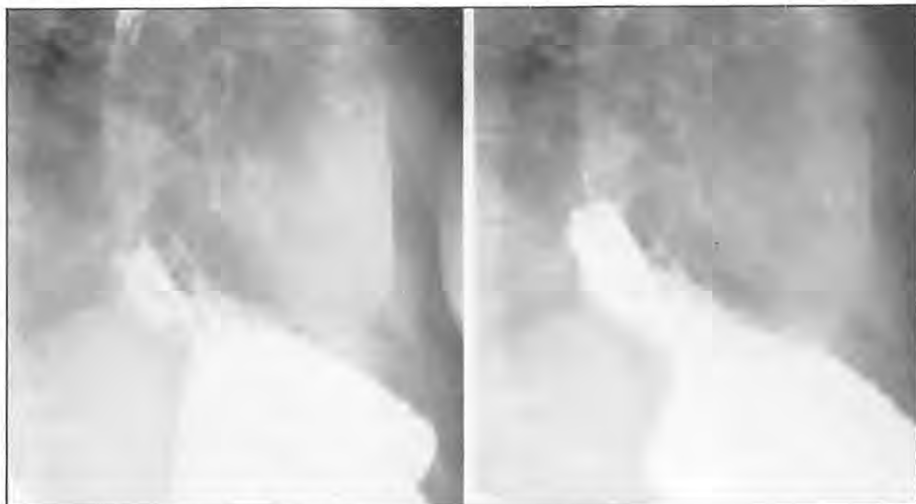
Le plus souvent, on est en présence d'une bicytopénie ou d'une pancytopenie périphérique (atteinte des 3 lignées, érythrocytaire, leucocytaire et mégacaryocytaire). Dans ces cas, la biopsie médullaire s'impose car elle permet d'apprécier la richesse de la moelle, de mettre en évidence une fibrose, des éléments leucoblastiques (cas des leucoses aiguës, des anémies réfractaires, de certains cancers...).

Devant une anémie normochrome normocytaires, en dehors d'un contexte d'hémorragies aiguës, l'attitude pratique est de faire une numération des réticulocytes et un test de Coombs.

### **Anémies microcytaires = rechercher l'hémorragie chronique**

Le volume globulaire moyen est inférieur ou égal à  $70 \mu^3$ . Là encore, l'attitude pratique est de faire d'emblée une numération des réticulocytes afin d'éliminer l'origine médullaire de l'anémie, et un dosage du fer sérique.

- Une anémie hypochrome hyposidérémique est généralement chronique ; les symptômes s'installent lentement et, à un syndrome anémique classique, s'associent les signes de la sidéropénie (peau, troubles digestifs, trophiques, glossites...).



Saignement occulte pendant longtemps.

80 % de ces anémies sont dues à des hémorragies chroniques qu'il faut absolument rechercher à tous les niveaux.

Au niveau digestif par des radios :

- ulcères de l'estomac +++,
- cancers : estomac, côlon, rectum,
- varices œsophagiennes,
- hernies hiatales,
- hémorroïdes.

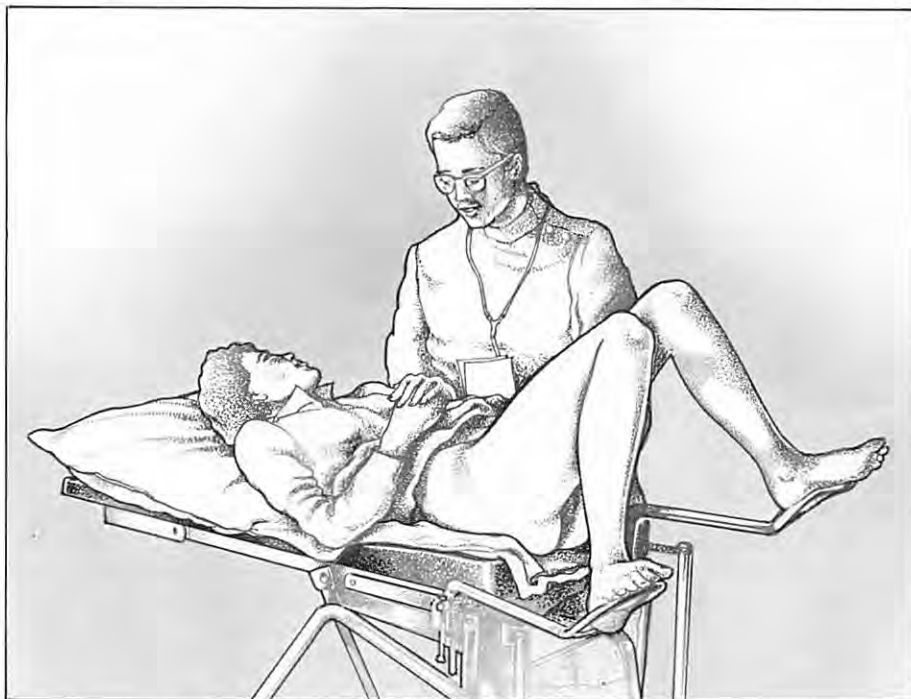
Chez la femme, l'enquête gynécologique complète pourra peut-être mettre en évidence un fibrome utérin, un cancer. Plus simplement, il peut s'agir de règles très abondantes ou d'un stérilet entraînant des métrorragies. Il existe aussi, plus souvent qu'on ne le pense, des saignements volontaires cachés que l'on trouve, non exceptionnellement, dans certains contextes psychiatriques.

Chez le nourrisson, l'anémie hypodérémique peut se voir dans un

inférieur à 10 g. Ces 20 % ne sont pas à méconnaître.

### Drépanocytose et thalassémies

Dans les cas d'une anémie microcytaire hypersidérémique, il faut penser à une tare congénitale avec trouble de la synthèse de l'hème ; ce sont les hémoglobinoses dans lesquelles l'électrophorèse permet de mettre en évidence la présence d'hémoglobines anormales. La plus fréquente est la drépanocytose : seuls les homozygotes sont atteints. Les hétérozygotes n'ont généralement aucun symptôme sévère, mais ils transmettent la tare (la drépanocytose représente un problème de "santé publique" car on ne peut évidemment pas empêcher deux hétérozygotes de se marier ; il y a donc peu de chance de voir disparaître la



A la recherche d'une cause d'hémorragies chroniques.

contexte social peu favorable : la correction se fait très bien dès que l'on administre du fer. Chez les prématurés, les jumeaux, ce traitement est systématique.

#### Cas particulier des grossesses

Il est très classique au cours des grossesses de voir chuter progressivement l'hémoglobine. Dans 80 % des cas, elle reste à un taux supérieur à 10 g. Il est démontré actuellement que le mécanisme physiopathologique de cette anémie est l'hémodilution associée à une polycarence en fer, vitamine B 12, acide folique.

Dans 20 % des cas, l'anémie est réelle et le chiffre de l'hémoglobine est

maladie), d'autant plus que ces hétérozygotes seraient protégés, de par leur tare hémoglobinique vis-à-vis des formes sévères de paludisme à *Plasmodium falciparum*. On suspectera une drépanocytose chez un jeune enfant noir subictérique, présentant des crises douloureuses thoraciques et abdominales et porteur d'une splénomégalie. L'anémie est intense, à réticulocytose élevée. Le test de falciformation d'un sang hypo-oxygéné met en évidence des hématies en forme de "faucille" ou de feuille de houx, et l'électrophorèse de l'hémoglobine met en évidence l'Hb S.

L'évolution chronique entrecoupée

de crises d'hémolyse et d'accidents de thrombose se fait vers une mort presque toujours inéluctable principalement par insuffisance cardiaque ou rénale.

En fait, il est également fréquent de rencontrer des hémoglobinopathies, telles que les thalassémies, puisque leur répartition géographique est celle du pourtour méditerranéen.

Leur transmission génétique est autosomale récessive.

- Chez les hétérozygotes, l'affection est souvent bénigne, voire même inapparente (mais ils transmettent la tare). L'anémie est modeste, l'hémoglobine modérément abaissée, le chiffre des globules rouges montre une fausse polyglobulie pouvant aller jusqu'à 6 millions de globules rouges pour un hématocrite bas. Le VGM montre donc une réelle microcytose. L'électrophorèse de l'Hb en fait la preuve, en montrant une augmentation de l'Hb A<sub>2</sub> (Hb normale, mais en quantité anormale).
- Chez les homozygotes, la thalassémie est grave, elle se traduit dès les premiers mois de la vie par une anémie intense avec spléno-hépatomégalie. Le faciès mongoloïde de l'enfant est caractéristique, avec sur les radiographies du crâne un aspect en "poil de brosse".

Biologiquement, l'anémie est intense, très hypochrome. La réticulocytose est importante, le fer sérique élevé et la bilirubine très augmentée.

L'électrophorèse de l'hémoglobine pose le diagnostic : augmentation du taux d'hémoglobine fœtale F. L'examen de la famille permet de retrouver des signes de thalassémie mineure chez tous les membres.

Le pronostic de cette affection est plutôt mauvais ; malgré de nombreuses transfusions (associées à des chélateurs du fer pour éviter une hémochromatose) le retard staturo-pondéral s'accroît et la maladie est d'autant plus grave qu'elle a débuté tôt dans la vie.

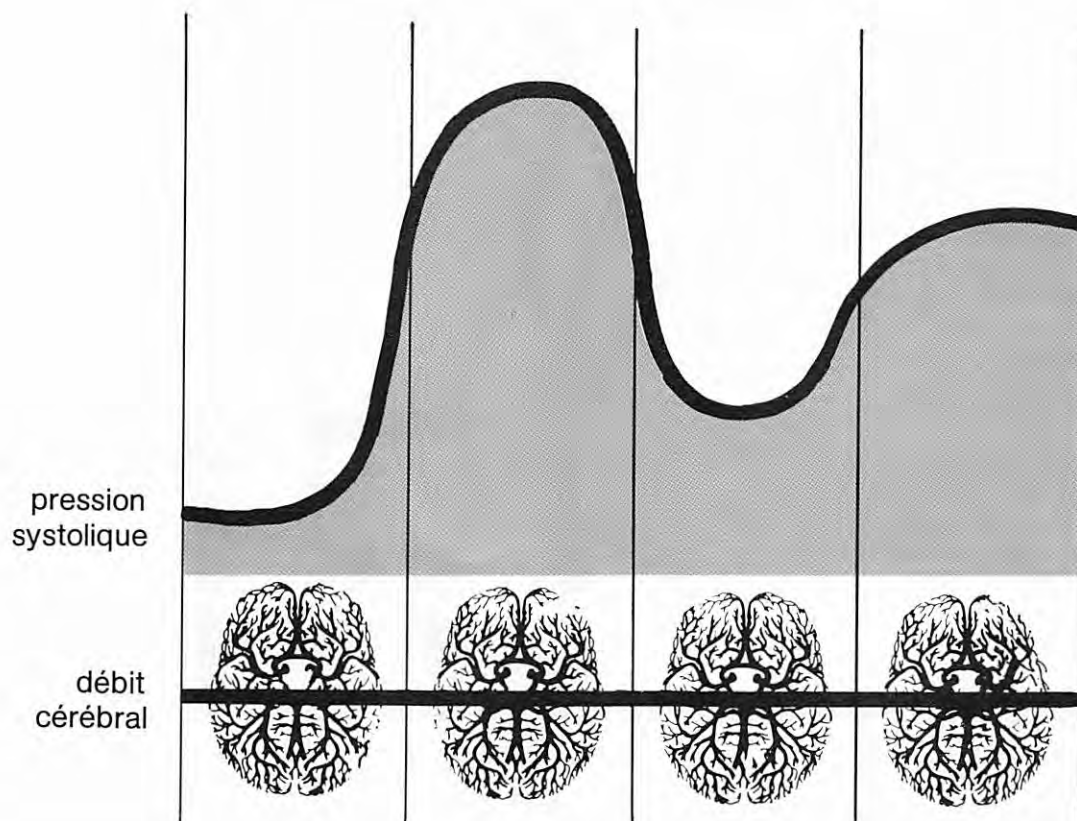
Trois notions sont à retenir en conduite pratique :

- éviter tout traitement à l'aveuglette et se concentrer sur un diagnostic étiologique ;
- bien conduire la prescription des examens biologiques ;
- savoir enfin que certaines anémies trainantes dont le diagnostic étiologique se précise mal, sont souvent le signe d'une affection grave sous-jacente.

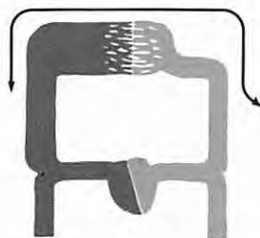
Dr Christine Calmettes-Rouzioux  
Hôpital Notre-Dame de Bonsecours - Paris



# Chez l'athéroscléreux souvent hypertendu, **Hydrosarpan 711** met le cerveau à l'abri des à-coups tensionnels.



Hydrosarpan 711 améliore les 3 temps circulatoires cérébraux : artériel, capillaire, veineux.



Lors d'un à-coup hypertensif Hydrosarpan 711 maintient son débit cérébral, préserve son autorégulation.

INDICATIONS : Insuffisance circulatoire de l'hypertendu et de l'athéroscléreux. Pathologie cérébro-sensorielle en ophtalmologie et en O.R.L. Artériopathies périphériques. Troubles vaso-moteurs des extrémités. Troubles de la vascularisation dans les escarres et en chirurgie traumatique et plastique. CONTRE-INDICATION : Néof ormation cérébrale en évolution. PRÉCAU-

TIONS : Ne pas associer aux I.M.A.O. POSOLOGIE : 3 à 6 comprimés par jour. Coût de traitement journalier : 2,55 à 5,10 F. PRÉSENTATION : Boîte de 30 comprimés dragéifiés, dosés à 5 mg de pipratécol (dichlorhydrate de), 5 mg de raubasine et excipients q.s.p. un comprimé dragéifié de 0,250 g. Durée de conservation : 5 ans. Prix : 25,15 F + S.H.P. 0,35 F. Remboursé par la Sécurité Sociale.

Admis aux Collectivités et Hôpitaux psychiatriques. Tableau A. N° AMM 305.186.0. **LES LABORATOIRES SERVIER.** Siège social : 45520 GIDY.

## HYDROSARPAN 711

# Les Nord-Américains

## Les touristes vont directement chez le pharmacien

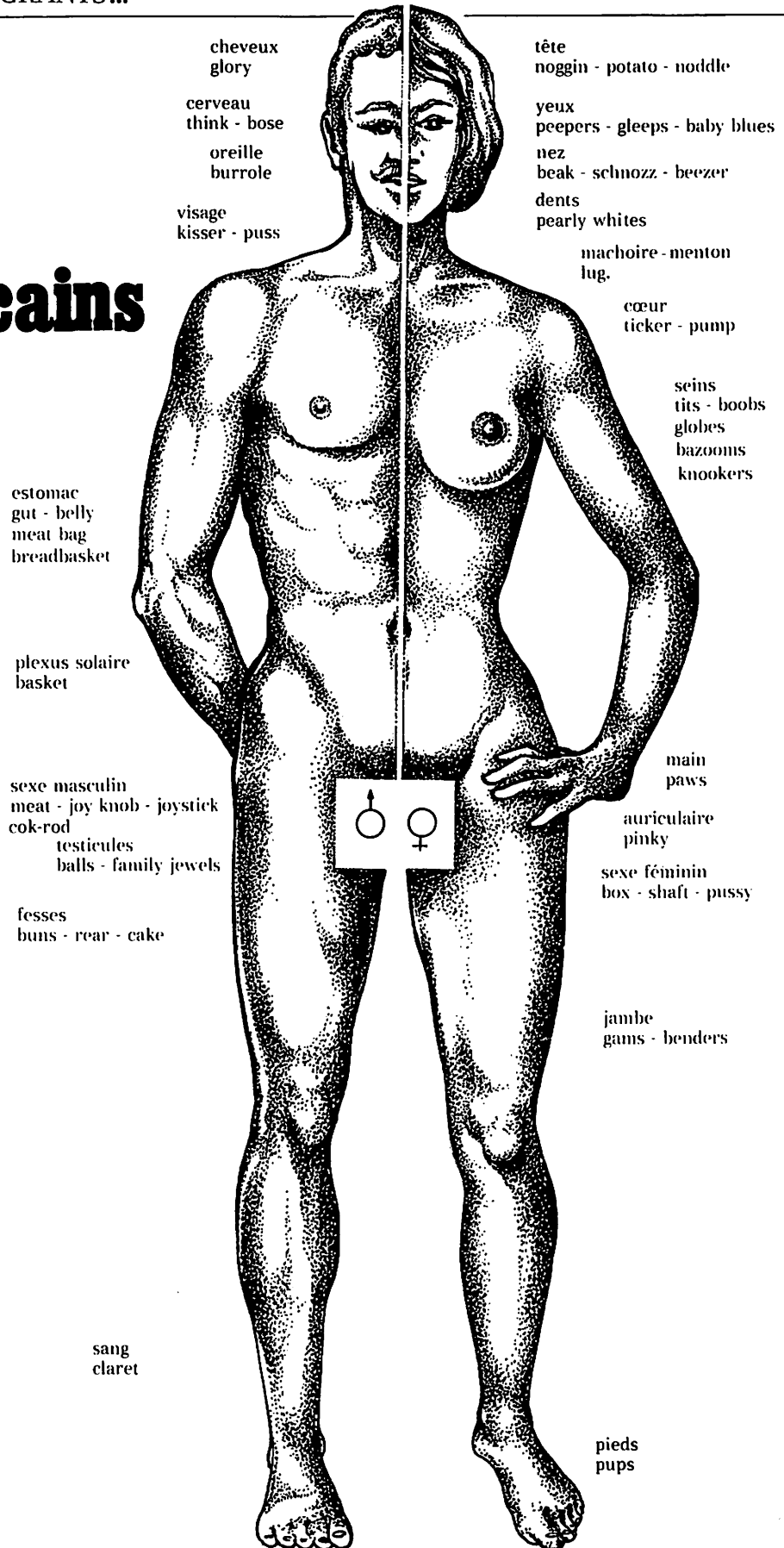
Les plus nombreux - touristes qui "font" l'Europe en 3 semaines - ont dans leurs valises leurs tranquillisants habituels, et hors la prescription aléatoire d'un anti-diarrhéique, les médecins français ne les verront qu'exceptionnellement. La "Turista" en effet n'est pas l'apanage des pays dits exotiques, et le dépaysement alimentaire, joint à la réputation gastronomique de la France, entraîne souvent des désordres intestinaux.

Par contre, l'American and British Pharmacy de Paris voit passer jusqu'à 100 Américains par jour en saison (hors saison le rythme est d'environ 30/jour) qui, forts de leurs ordonnances "made in U.S.A.", essaient de retrouver leurs traitements usuels. La pharmacie, à l'aide du "Red Book" et du "Foreword", équivalents du Vidal français, s'efforce de leur donner satisfaction mais elle ne vend évidemment pas les spécialités américaines.

Les campagnes menées avec insistance par les mass-media américains pour la médecine préventive ont eu des retombées significatives. Bien des Américains ont renoncé au tabac (près d'un tiers des hommes de plus de 40 ans). Bien des Américains sont sensibilisés au rôle de la diététique. Leur taux moyen de cholestérol aurait baissé de 5% au cours de ces dernières années grâce à la promotion accordée aux graisses polyinsaturées.

L'HTA est pourchassée ; le consultant américain annonce à l'ordinaire, tout de go, s'il est hypertendu ou non et connaît bien toutes les mesures thérapeutiques à suivre. De même les jeunes ont reçu toute l'information intéressant les maladies vénériennes. Spontanément, les étudiants américains de Paris viennent demander un examen sérologique semestriel !

Arrivant en France, les Américains



cheveux  
glory

cerveau  
think - bouse

oreille  
burrole

visage  
kisser - puss

tête  
noggin - potato - noddle

yeux  
peepers - gleeps - baby blues

nez  
beak - schnozz - beezee

dents  
pearly whites

machoire - menton  
lug.

cœur  
ticker - pump

seins  
tits - boobs  
globes  
bazooms  
knookers

estomac  
gut - belly  
meat bag  
breadbasket

plexus solaire  
basket

sexe masculin  
meat - joy knob - joystick  
cok-rod  
testicules  
balls - family jewels

fesses  
buns - rear - cake

main  
paws

auriculaire  
pinky

sexe féminin  
box - shaft - pussy

jambe  
gams - benders

sang  
claret

pieds  
pups

Nous avons choisi exceptionnellement de proposer à nos lecteurs un lexique "slang", de préférence à la version "Harrap's" bien connue de tous.

s'inquiètent de la qualité de l'eau de nos robinets. Ne contemplent-ils pas, avec étonnement, la majorité des Français buvant de l'eau minérale en bouteille, une denrée tout à fait méprisée chez eux ? Et puis notre eau n'est pas assez aromatisée au chlore. Le palais américain est accoutumé au goût de l'eau chlorée qui pour eux a pratiquement des vertus rafraîchissantes, sécurisantes.

Enfin il ne faudra pas s'étonner de "l'actualité" de la culture médicale de certains patients américains. Ils viennent des mains de praticiens pour qui la formation médicale continue est souvent obligatoire (presque la moitié des Etats des U.S.A.) et d'un pays où l'hospitalocentrisme est poussé à son paroxysme.

### 25 000 cadres supérieurs

Quelques Américains - ce ne sont pas les mêmes - vivent pourtant en France. Ils ont été relativement nombreux à la fin de la dernière guerre ; les forces armées U.S. sont restées stationnées en France plusieurs années. Leur nombre a beaucoup diminué avec le retrait de ces troupes. Il semble que depuis quelques années, le nombre de ces résidents recommence à s'accroître puisque, de 18 890 qu'ils étaient en 1972, ils sont passés à 25 229 au premier janvier 1978 (source : Ministère de l'Intérieur).

80 % d'entre eux habitent Paris, ou la région parisienne, le reste étant disséminé dans toute la France, avec une prédilection pour la Côte d'Azur (essentiellement des retraités amis de la France).

Pour la grande majorité, la répartition socio-professionnelle est homogène : il s'agit de cadres supérieurs - avocats d'affaires, banquiers, consultants économiques, ou travaillant pour le compte des grandes entreprises multinationales. Ils ont entre 30 et 50 ans et s'installent pour des séjours de durée variable, avec leur famille pour un tiers d'entre eux seulement.

Ils trouvent dans notre pays un mode de vie de moins en moins différent du leur et ont peu de problèmes d'adaptation. Ils ont même, à Paris, leur hôpital. La France est en effet le seul pays d'Europe à avoir donné aux ressortissants des U.S.A. le privilège de l'Hôpital Américain.

Celui-ci leur offre le bénéfice du remboursement direct et complet par les grandes compagnies d'assurances privées auxquelles ils sont affiliés dans leur pays. Créé à la fin de la guerre de 39-45 en reconnaissance de leur



Duane Hanson

*Dans leurs valises, les tranquillisants habituels.*

action, l'Hôpital Américain a un statut tout à fait particulier : 6 postes de médecins sont réservés à des praticiens américains ; ceux-ci peuvent garder leur nationalité américaine et ne sont pas obligés de passer par la filière des études médicales françaises pour exercer. Néanmoins, ils sont membres, de l'Ordre des Médecins français.

### Le statut de l'Hôpital Américain

A sa fondation, l'Hôpital Américain avait 13 lits ; il en compte actuellement 160, dont seulement 25 en moyenne sont occupés par des Américains. Il y a 10 ans, la situation était différente, et d'après le Dr. Jones qui y exerce depuis 30 ans, les Américains étaient les plus nombreux à s'y faire soigner. Actuellement, leur méfiance vis-à-vis de la médecine française semble s'être beaucoup atténuée ; la plupart n'hésite pas à avoir un médecin traitant français. Tout praticien peut donc en rencontrer dans sa clientèle. Ils ne posent pas de problème particulier, hors la langue anglaise.

La surcharge pondérale, le risque cardio-circulatoire, sont un peu plus souvent rencontrés, sans que cela soit statistiquement significatif. Par contre, à l'inverse des idées reçues habituelles, les Américains vivant en France ne sont pas grands consommateurs de psychiatrie. Cela peut s'expliquer si l'on sait que ceux qui choisissent de partir travailler à l'étranger subissent un bilan systématique complet et minutieux, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit donc de sujets dont l'équilibre psychologique a été jugé correct au départ.

Vous rencontrerez donc chez eux une pathologie tout à fait superposable à celle de M. Dupont... de Nemours ou pas !

Prescrivez-leur les médicaments et les examens que vous jugerez utiles : ils bénéficient, dans l'ensemble, de la Sécurité Sociale française, et, quand ce n'est pas le cas, ils sont remboursés par un système d'assurances privées, négocié avec la société pour laquelle ils travaillent.

Dr C.H.

# Une contraception difficile

## Les gros bébés ne sont pas anodins

Elle a 25 ans. Elle consulte pour la première fois. Elle souhaite une contraception. Elle a déjà "pris la pilule", à partir de vingt ans, pendant deux ans. Elle a dû l'interrompre car elle ne la supportait pas. Elle avait pris huit kilos en un an. Elle avait toujours faim. Non, elle n'avait subi aucun examen à cette époque.

Ensuite ? Ensuite, elle s'est mariée et a eu deux enfants. Ils pesaient 4 kg 200 et 4 kg 100 à la naissance. Elle avait pris beaucoup de poids pendant ces deux grossesses, d'ailleurs elle n'a jamais retrouvé son poids antérieur : elle pèse 68 kg pour une taille de 1 m 62.

Elle ne sait pas grand chose de la santé de ses parents. Sa mère est obèse depuis ses grossesses. Elle croit bien que sa grand-mère maternelle était soignée pour un diabète, mais elle n'en est pas certaine.

Il n'est pas de semaine qu'une patiente de ce genre ne consulte. L'examen clinique n'apprendra rien de plus : la pression artérielle, normale, est inférieure à 15-10 ; il n'existe aucun risque alarmant de maladie métabolique. Toute l'histoire est contenue dans cette mauvaise tolérance à des contraceptifs oraux divers, dans l'obésité débutante et les enfants de plus de 4 kilos à la naissance. Et cette patiente de 25 ans, déjà mère de deux enfants, demande une contraception.

On sait aujourd'hui que toute prescription de contraceptifs oraux doit s'accompagner d'une surveillance clinique, gynécologique et métabolique et dans ce cas précis, l'hyperglycémie provoquée par voie orale, le dosage du cholestérol total et les triglycérides suffisent. Il n'est guère difficile de convaincre cette jeune femme de la nécessité de ces examens : elle a déjà

mal toléré ses premiers contraceptifs oraux, elle se sait trop grosse, et elle comprend bien que des enfants de plus de quatre kilos à la naissance peuvent être le symptôme prémonitoire d'une maladie.

Lors de son retour avec les résultats des examens, l'hyperglycémie montre un diabète latent indiscutable ; les dosages des lipides sont normaux. Certes la glycémie à jeun est normale mais les chiffres de la 60<sup>e</sup>, 90<sup>e</sup> et 120<sup>e</sup> minute sont tous supérieurs respectivement à 1,60 g/l, 1,40 g/l, 1,20/l. Un tel résultat est une contre-indication absolue à la prescription d'œstroprogestatifs. C'est chez ce type de patiente qu'on a vu le diabète s'aggraver.

## Progestatifs purs et régime

Quelle est alors la conduite à tenir ? Elle doit répondre à deux objectifs : celui de la patiente et celui du médecin. Celui de la patiente n'est autre que d'obtenir une contraception "sûre", tant sur le plan de l'inhibition de sa fertilité que de l'absence d'effets secondaires indésirables. En pareil cas, jusqu'à récemment, seule la mise en place d'un dispositif intra-utérin pouvait être envisagée. Depuis quelques mois, la mise au point de contraceptifs progestatifs purs, minidosés, permet leur prescription dans les contre-indications des œstroprogestatifs. Ces produits n'ont pas d'effets métaboliques indésirables. Les deux procédés peuvent être employés ici ; le choix se fera en fonction de la préférence de la patiente.

L'objectif du médecin sera plus lointain. Des circonstances de consultation banales, un interrogatoire bien mené, viennent de lui faire affirmer un état de diabète latent chez une jeune femme. Il n'est pas encore possible de dire si la seule surcharge pondérale est responsable du trouble de la glycoré-



Jean Gabanou / Fotogram

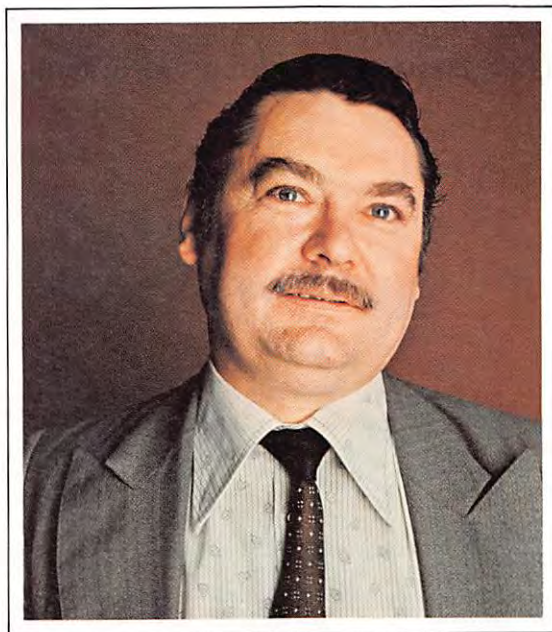
Huit kilos de trop "sous pilule".

gulation : il ne faut pas rassurer trop vite la malade. Elle doit d'abord maigrir et pas seulement au nom de l'esthétique. Il faut donc expliquer, convaincre, puis aider par des consultations répétées cette jeune patiente : elle perdra les dix kilos excédentaires dont elle souffre. Alors seulement, il faudra refaire une hyperglycémie provoquée : si elle est redevenue normale, la patiente sera avertie du risque que lui fait courir l'obésité et certains médicaments (corticoïdes et œstroprogestatifs). Un seul conseil mais impératif : elle doit garder son poids normal à la longue.

Dans d'autres cas, l'hyperglycémie reste de type diabétique, il faut alors traiter et surveiller à longue échéance : le régime seul a montré son insuffisance et l'on doit adjoindre un traitement par voie orale.

Pr. Gérard Cathelineau  
Diabétologue - Service du Pr. Canivet  
Hôpital St-Louis - Paris

# Polysurchargé



son avenir vasculaire est menacé.  
Mediator agit sur les 3 facteurs métaboliques  
du risque athérogène :  
hyperlipidémie - hyperglycémie - hyperuricémie.

# Mediator







3 comprimés par jour.

# Traitement des polysurcharges métaboliques.

Médiator agissant au carrefour des métabolismes, facilite la pénétration et l'utilisation cellulaire du glucose, favorise la combustion énergétique des lipides, diminue la production d'acide urique.

Posologie :  
3 comprimés par jour.

La posologie de 3 comprimés par jour peut être atteinte progressivement en cas de susceptibilité individuelle.

	Matin	Midi	Soir
1 <sup>re</sup> semaine : 1 comprimé			
2 <sup>e</sup> semaine : 2 comprimés			
à partir de la 3 <sup>e</sup> semaine : 3 comprimés			

**Indications :** Troubles du métabolisme des lipides : facteur de traitement du métabolisme lipidique. Mediator aide à corriger les hyperlipidémies, qu'il s'agisse d'hypercholestérolémies, d'hypertriglycéridémies, d'hyperlipidémies mixtes. Troubles du métabolisme des glucides : diabète asymptomatique; diabète patent, en association aux traitements classiques du diabète (régime avec ou sans hypoglycémiant). Troubles métaboliques glucido-lipidiques athérogènes : Mediator agit sur les principaux facteurs de risque responsables de l'extension ou de l'aggravation de l'athérosclérose.

**Posologie :** En traitement d'attaque : 3 comprimés par jour – 1 comprimé au début de chacun des 3 repas. Cette posologie peut être prescrite d'emblée ou atteinte progressivement (1 comprimé la première semaine, 2 comprimés la 2<sup>e</sup> semaine, 3 comprimés la 3<sup>e</sup> semaine) en cas de sensibilité digestive ou de susceptibilité particulière. Par la suite la posologie peut être ramenée à 2 (parfois 1) comprimés dragéifiés par jour dans les cas modérés et pour les traitements au long cours, en fonction des résultats biologiques. Coût du traitement journalier : 0,94 F à 2,81 F.

**Contre-indications :** Pancréatite chronique avérée – Grossesse par mesure de prudence.

**Actions indésirables :** En fonction de susceptibilités individuelles et plus particulièrement aux posologies supérieures à 3 comprimés par jour, les effets secondaires suivants ont été observés : digestifs (nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées), asthénie, somnolence ou états vertigineux. Aucune interférence indésirable de Mediator avec les traitements associés en particulier les anticoagulants n'a été constatée. En raison de son mode d'action, Mediator ne peut pas provoquer d'hypoglycémie. Mediator n'interfère pas avec la fonction thyroïdienne.

**Présentation :** Comprimés dragéifiés. Benzoate de {[méthyl-1 (trifluorométhyl- 3 phényl)- 2 éthyl]amino} - 2 éthyle, chlorhydrate, benfluorex, 0,150 g pour 1 comprimé.

Excipients : amidon de maïs, carboxyméthylcellulose sodique, cire blanche, éthyl cellulose, magnésium (stéarate de), mono-oléate de glycérol, polysorbate, polyvidone – excipient, silice colloïdale, sucre blanc officinal, talc, titane (oxyde de) q.s. pour un comprimé dragéifié terminé à 0,700 g. Tableau A. AMM 317-557-9. Durée de conservation : 4 ans. Boîte de 30 comprimés. PRIX : 27,80 F + 0,35 F SHP. Remboursé Sécurité sociale. Admis aux Collectivités. LES LABORATOIRES SERVIER : 45520 Gidy.

## Mediator

agit sur les 3 facteurs métaboliques  
du risque athérogène.

# La fonction gastrique



Elle sera à l'heure au R.V.... chez son gastro-entérologue.

Par sa double fonction, mécanique de réservoir et sécrétoire de précurseur de la digestion, l'estomac présente une pathologie nécessitant des investigations aussi différentes que complémentaires.

Si la poche stomacale est souvent le siège de lésions anatomiques macroscopiques que révèlent graphies et scopies, il faut se rappeler que c'est bien souvent au plus profond des glandes enfouies sous la muqueuse que se situe l'anomalie déclenchante.

Les troubles gastriques sont si fréquents qu'ils n'échappent pas au diagnostic du praticien. Aussi, nous nous attacherons essentiellement aux examens de confirmation.

## Même en double contraste, le T.O.G.D. ne montre pas tout

### L'examen radiologique

De prescription aussi courante qu'un rachis, il est et restera l'examen

de base de l'exploration gastrique.

En dehors de ces contre-indications habituelles : perforation d'ulcère, hémorragie haute récente, sa simplicité apparente masque une méthode qui doit être rigoureuse, et l'emploi de la Gastrograffine<sup>®</sup>, produit de contraste iodé, en a élargi les indications aux urgences chirurgicales.

A jeun, toute thérapie bismuthée stoppée depuis 3 jours, cet examen consiste en l'absorption progressive de 400 ml de liquide baryté sous scopie télévisée. La première gorgée, suivie dans son trajet œsophagien, suffit à un examen en couche mince, respectant les plis gastriques. La position debout étudie fundus et antrum sous toutes leurs faces, le décubitus ventral et Trendelenbourg explorent cardia et grosse tubérosité. Enfin le décubitus ventral, latéral droit, permet les séries centrées sur la région antro-pyloro-bulbaire.

Au terme de cet examen, l'aspect inflammatoire, les lésions tumorales ou ulcéreuses révélées confirment ce que la clinique soupçonnait.

La technique du double contraste, utilisant l'air en contraste avec un mince film baryté, est un pas nouveau vers une plus grande précision. Mais où sont les gastrites atrophiques débutantes ? Le petit ulcère de la petite courbure est-il bénin ou malin ? D'où provient cette hémorragie extériorisée ?

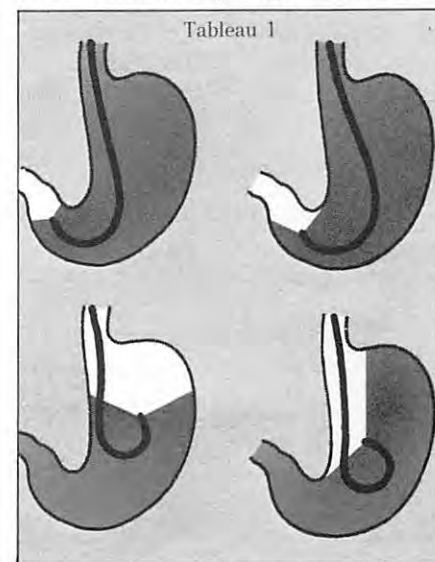
Ces limites de la radiologie ont permis l'essor, avec l'utilisation de la fibre de verre, de la fibrogastroscopie.

## Béquillage et prémédication : précision du diagnostic et confort du malade

### La fibrogastroscopie

Cette méthode, utilisant la transmission de l'image par un système de fibres optiques, a révolutionné l'endoscopie digestive des appareils semi-rigides d'autrefois. Plus maniable grâce à un système de béquillage, et plus confortable pour le patient (il faut savoir reconforter le malade), cet examen offre l'immense avantage de voir la lésion au millimètre près.

La flexibilité de l'appareil, surmontant mieux les obstacles, en particulier vertébraux, le béquillage, réalisé sans



Fibrogastropie à vision axiale (béquillage).

Charlie Abad/Viva

altération de l'image et permettant une exploration complète de la cavité gastrique, en ont étendu considérablement les indications.

L'innocuité de l'examen et surtout la prémédication en permettent l'application en consultation externe.

La préparation psychologique est de grande importance; le caractère insupportable des gastroscopies d'autrefois a toujours été rapporté aux oreilles du malade.

L'association Diazépam-atropine par voie générale et une bonne anesthésie locale de l'hypopharynx assurent les meilleures chances de succès. Le patient en décubitus latéral gauche, l'introduction de l'appareil, qu'il soit à vision latérale ou axiale, est aisée. Après s'être repéré sur l'ogive antrale et le lac muqueux déclive, le fibroscope explore, par béquillages successifs, l'ensemble de la cavité gastrique.

Le tableau 1 est plus évocateur de la manœuvre que des explications fastidieuses.

Voir n'est pas tout, il faut savoir ce que l'on voit et il doit y avoir dans chaque endoscopiste un anatomo-pathologiste confirmé. L'œil exercé reconnaît la lésion et peut la photographier.

La biopsie est un temps capital de l'endoscopie. Introduites dans la gaine de l'appareil et faisant issue devant l'objectif, les cuillers de la pince sont dirigées vers la zone suspecte et les prélèvements doivent être multiples pour éviter l'erreur diagnostique histologique.

Si les indications habituelles de la fibrogastroscopie sont la surveillance de l'estomac opéré, celle d'une lésion connue, ou encore les épigastalgies sans anomalie radiologique décelable, de plus en plus, la fibroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes prend de l'expansion. En milieu chirurgical, sous réanimation, voire anesthésie générale et après lavage gastrique, elle rend les plus

grands services en permettant un diagnostic étiologique pré-opératoire.

### Le temps de la chimie gastrique

Si ces deux examens permettent un "diagnostic anatomo-pathologique" des différentes lésions, on ne doit pas oublier que le *primum movens* de toute pathologie gastrique est bien souvent un trouble de la sécrétion. Ainsi les ulcères récidivants, l'ulcère anastomotique, les gastrites atrophiques sont des indications du tubage gastrique.

#### Le tubage gastrique

En dehors d'une hémorragie gastro-duodénale récente qui contre-indique le tubage, l'étude de la sécrétion gastrique nécessite la mise en place, chez le sujet à jeun et sans thérapeutique anti-sécrétoire, d'une sonde semi-rigide.

La position en décubitus latéral gauche est souvent préférable à la position assise et l'aspiration discontinuée à la seringue, par échantillons, de 15 minutes en 15 minutes, pendant 2 heures, avant toute stimulation, caractérise la sécrétion basale faite le matin après vidange gastrique.

Des échantillons 60 minutes, 90 minutes ou 120 minutes après stimulation caractérisent la mesure de la masse cellulaire fundique.

Les stimulants utilisés habituellement, selon les informations recherchées, sont :

- l'histalog qui ne présente pas les effets secondaires de l'histamine pure,
- la pentagastrine dérivée de la gastrine,
- l'insuline ordinaire.

Les paramètres et les résultats normaux chez un homme de 20 à 55 ans sont consignés à titre indicatif dans le tableau suivant (tableau 2).

En cas d'ulcère duodénal, il existe, en moyenne, une hyperchlorhydrie avec augmentation des débits acide libre en rapport avec une hypertrophie de la masse cellulaire sécrétoire.

L'ulcère gastrique montre, lui, des différences notables :

le débit acide maximal est normal ou bas, plus par rétrodiffusion des ions  $H^+$  à travers la brèche muqueuse que par diminution du nombre des cellules acides pariétales.

Dans le syndrome de Zollinger-Ellison (ZE), auquel on doit penser devant une pathologie ulcéreuse récidivante et/ou multiple, le tubage révèle une hyperchlorhydrie basale importante. La corrélation entre les débits acide et pepsine (K 25) est toujours basse.

Mais le meilleur test diagnostique, de pratique de plus en plus courante, est le dosage radio-immunologique de la gastrinémie à jeun ou après un test à la sécrétine qui l'élève anormalement (la sécrétine diminue normalement la gastrinémie, même dans l'ulcère duodénal).

Dans le domaine des gastrites, on note une hypochlorhydrie de débit basal sous stimulation et une élévation du pouvoir tampon, même sous sécrétion acide maximale.

A l'extrême, l'atrophie gastrique de la maladie de Biermer est caractérisée par une achlorhydrie totale, cellulaire, en condition basale comme sous stimulation maximale, avec absence de facteur intrinsèque (test de Shilling ou test d'absorption de la vitamine B 12 fait simultanément).

Enfin, l'estomac opéré nécessite le tubage gastrique, surtout en cas d'ulcère anastomotique, mais aussi en contrôle d'efficacité d'une vagotomie, 6 à 9 mois après l'intervention, et ceci devrait être fait plus systématiquement.

Une hyperchlorhydrie peut être en rapport :

- soit avec un résidu de muqueuse antrale ou un syndrome de ZE méconnu auparavant, et le dosage de la gastrinémie prend toute sa valeur ;
- soit avec une stimulation vagale persistante et le test à l'insuline, excitant les pneumogastriques indirectement, par l'hypoglycémie centrale qu'elle entraîne, montre la persistance d'une innervation vagale inappropriée.

Au terme de cette étude de la fonction gastrique, nous pressentons l'importance des examens mis en œuvre et leur chronologie de prescription. La méthodologie rigoureuse de l'étude fonctionnelle gastrique apporte au praticien qui s'y attache un "auto enseignement post-universitaire" parfois aussi complet que n'importe quel recyclage ou séminaire, même si nombre de ces examens sortent de la pratique de ville.

Docteur François Sellier.

Examen	préparation et/ou prémédication	durée	coût	hospitalisation
TOGD	0	20 mm	Z 50	non
TOGD en double contraste	0	30 mm	Z 50	non
fibrogastroscopie	anxiolytique injectable	30 mm	K 40 K 50 si biopsie	non
tubage gastrique	0	1 h + 2 h	K 10	non

Z = 6,60 F    K = 8,10 F

Sécrétion basale	Sécrétion stimulée par Histalog ou pentagastrine
Volume échantillon de vidange : $\leq 100$ ml Débit basal : 1,5 à 6 mEq/h	Débit acide libre : 15 à 25 mEq/h Concentration HCL libre max. : $> 100$ mEq/l
Concentration HCL libre max. : 40 à 50 mEq/l Pouvoir tampon $\leq 20$ mEq/l	Pic acide horaire (P.A.H.) : 20 à 35 mEq/h Pouvoir tampon $< 100$ mEq/l
Pouvoir tampon = Concentration HCL totale - Concentration HCL libre.	





## La grippe de l'hiver 1978-1979

Les prévisions des épidémiologistes et des virologistes annoncent la survenue de deux "poussées" des virus grippaux :

- la première, en rapport avec les virus que nous avons connus ces dix dernières années : A/Texas et B/Hong-Kong ;
- la seconde, due à un revenant, le virus A/HN-URSS, qui n'avait sévi en Europe occidentale qu'entre 1947 et 1957. Il a touché l'année dernière l'Union Soviétique et l'Europe de l'Est, l'Angleterre et les Etats-Unis, sans véritablement déclencher d'épidémie en France.

25 ans :  
une ségrégation théorique .

Les sujets de plus de 25 ans ont été pour la plupart en contact avec ce virus soviétique, lors de sa première venue en Occident. Ils sont donc en principe immunisés. Par contre, les jeunes n'ont pu développer les anticorps spécifiques. Ils seront donc les prin-

cipales victimes de cette souche, à moins qu'ils n'aient bénéficié, à l'automne d'une vaccination, comportant les 3 souches.

L'antigénicité de ce vaccin trivalent étant faible, il est même recommandé d'administrer un mois après celui-ci un vaccin monovalent HN spécifique du virus revenant. Peu d'enfants et d'adolescents ont sans doute fait l'objet d'une telle prévention. Il en est vraisemblablement de même de nombreux sujets âgés, dont l'immunité acquise dans les années 50 a disparu ou s'est éteinte.

### La "petite grippe" du virus russe

L'expérience des récentes années permet de supposer que l'atteinte déterminée par le virus A/H N-URSS est cliniquement modérée. Le tableau le plus fréquent associe, chez un enfant ou un adolescent, fièvre, courbatures, asthénie et catarrhe. La restauration de l'état général, la lutte contre l'inflammation et la prévention des surinfections sont alors les seuls objectifs du traitement.

**Si votre malade voyage...  
dans quels pays peut-il trouver Locabiotol pressurisé  
et sous quel nom ?**

Pays	Nom	Pays	Nom
<b>EUROPE</b>		Tchad	Locabiotol
Allemagne	Locabiosol	Togo	Locabiotol
Belgique	Locabiotol	Tunisie	Locabiotol
Espagne	Fusalayos	Zaïre	Locabiotol
Grande-Bretagne	Locabiotol	<b>AMERIQUE CENTRALE et ANTILLES</b>	
Grèce	Locabiotol	Costa-Rica	Locabiosol
Italie	Locabiotol	République Dominicaine	Locabiosol
Portugal	Locabiosol	Guatemala	Locabiosol
Roumanie	Locabiotol	Haïti	Locabiosol
Suisse	Locabiotol	Nicaragua	Locabiosol
<b>AFRIQUE</b>		Panama	Locabiosol
Afars et Issas	Locabiotol	Salvador	Locabiosol
Afrique du Sud	Locabiotol	<b>AMERIQUE LATINE</b>	
Algérie	Locabiotol	Argentine	Locabiotol
Cameroun	Locabiotol	Bésil	Locabiotol
Congo	Locabiotol	<b>ASIE</b>	
Côte d'Ivoire	Locabiotol	Arabie Saoudite	Locabiotol
Gabon	Locabiotol	Hong-Kong	Locabiotol
Haute-Volta	Locabiotol	Iran	Locabiotol
Kenya	Locabiotol	Koweït	Locabiotol
Libye	Locabiotol	Laos	Locabiotol
Mali	Locabiotol	Malaisie	Locabiotol
Maroc	Locabiotol	Philippines	Locabiotol
Ile Maurice	Locabiotol	Syrie	Locabiotol
Mauritanie	Locabiotol	Thaïlande	Locabiotol
Niger	Locabiotol		
Nigeria	Locabiotol		
Sénégal	Locabiotol		

# L'éjaculation prématurée

## 1/3 des consultations sexologiques

Extrêmement fréquente, l'éjaculation prématurée n'en est pas moins de bon pronostic et il est possible de la traiter en pratique quotidienne. Sa fréquence est surprenante : elle représente 1/3 des motifs de consultation sexologique des hommes de 25 à 34 ans. A noter que le trouble est moins fréquent après la cinquantaine, où les problèmes d'impuissance dominent la scène sexologique. Aucune définition exhaustive n'en est possible parce qu'il s'agit d'un symptôme qui ne repose que sur des critères subjectifs. L'éjaculation n'est pas qualifiée de "prématurée", uniquement parce qu'elle survient en moins de 5 secondes de coït en général, mais surtout parce qu'elle est vécue comme humiliante par le sujet. C'est l'insatisfaction érotique qui est au centre du problème : l'éjaculation prématurée est un trouble chronologique de la fonction érotique, perturbant l'harmonie du rapport sexuel, parce qu'il est désigné ainsi par les partenaires. L'enquête permet de savoir s'il est ancien ou secondaire à des événements récents, mais contre toute attente, cette distinction entre trouble primaire et trouble secondaire n'est pas sensible en termes d'évaluation pronostique.

Cliniquement, on distingue l'éjaculation prématurée, apparemment isolée, de l'éjaculation prématurée accompagnée d'autres dysfonctions érotiques. La forme isolée est représentée par la survenue inéluctable de l'éjaculation, chez un sujet qui aurait souhaité en différer l'apparition. Le "seuil d'inévitabilité", ou si l'on veut, le point de non-retour, à partir duquel les



Windenberger/Rapho

séquences réflexes se déclenchent, est particulièrement abaissé, au point que certains sujets éjaculent ante-portas.

On retient qu'une grande majorité des patients interrogés n'atteint pas, sans "jouir", 4 à 5 mouvements intravaginaux - notons au passage que le problème est rigoureusement identique en ce qui concerne les conduites homosexuelles masculines.

### Déstabilisation affective et relationnelle

La plupart du temps, cette chronologie est fixée de longue date, et le sujet n'a pas d'autres souvenirs de ses "performances" de jeunesse. A l'opposé, l'installation secondaire d'une labilité de l'éjaculation est un

handicap inégalement grave, d'un jour à l'autre, d'une partenaire à l'autre. Dans tous les cas, une récente déstabilisation affective et relationnelle peut créer une symptomatologie véritablement "évolutive", en accélérant à chaque nouveau rapport le déclenchement de l'orgasme.

Dans un tiers des cas environ, l'entretien révèle que l'éjaculation prématurée est associée à d'autres dysfonctions : impuissance secondaire d'installation récente, plus ou moins sélective, à la pénétration par exemple, mais aussi frigidité primaire, vaginisme, anorgasmie secondaire de la partenaire. Une fois sur deux, un climat de "mésentente conjugale" représente un facteur d'aggravation évident, et il est notoire de constater que les

célibataires consultent 10 fois moins que les hommes mariés...

Le diagnostic ne repose que sur la foi de ces allégations... ou de celles de la compagne.

### Réviser les faux diagnostics

L'examen clinique s'impose tout de même pour éliminer une affection urologique mineure - raccourcissement du frein préputial, adhérences et inflammations préputiales, séquelles d'urétrite postérieure, par exemple - non pas responsable à elle seule du trouble en question, mais pouvant constituer un réel facteur de risque.

L'interrogatoire du patient est donc la pièce maîtresse de sa prise en charge. Certains cas sont d'emblée écartés du domaine de la sexologie, tels de très jeunes gens, des couples encore inexpérimentés, qui s'inquiètent à tort des imperfections de leurs premières expériences. Certains faux diagnostics doivent être récusés : ne peuvent être étiquetées "prématurées" des éjaculations survenant après plusieurs minutes de coït ; elles s'inscrivent dans des limites que l'on a coutume de considérer comme normales, mais renvoient plutôt à des questions d'insatisfaction du partenaire qui seront accueillies différemment.

Les entretiens sont orientés sur deux axes différents, successivement l'anamnèse et l'enquête. C'est l'originalité de l'interrogatoire sexologique de ne pas donner la même importance à ces deux démarches, l'enquête présente prenant le pas sur l'anamnèse. Dans les cas typiques, en effet, le passé du sujet paraît stéréotypé : éducation sexuelle absente, premières rencontres décevantes, instabilité des liaisons... Dans l'éjaculation prématurée primaire, la découverte du handicap a pu passer au second plan des préoccupations du sujet. Situation radicalement inverse dans l'éjaculation prématurée secondaire, dont la pathogénie est étroitement liée à des situations précises. Bien sûr, l'anamnèse rapporte tout un "matériel" psychologique, cher au psychothérapeute, dont il faut tenir l'inventaire, mais l'analyse sexologique n'en reste pas là.

### Apprentissages involontaires

C'est l'enquête concernant le vécu actuel du patient ou du couple qui en est l'étape principale. Cette biographie récente permet de considérer, soit que le patient présente des traits caractéristiques capables à eux seuls de déstabili-

ser sa sexualité - "nerveux", émotif, timide, "complexe"...-, soit que le rôle le plus destructeur soit tenu par des problèmes relationnels. Ils sont les plus fréquents : l'éjaculation prématurée est à la sexualité ce que la dyslexie est au langage, l'expression d'un inconfort douloureux dans ses rapports avec autrui...

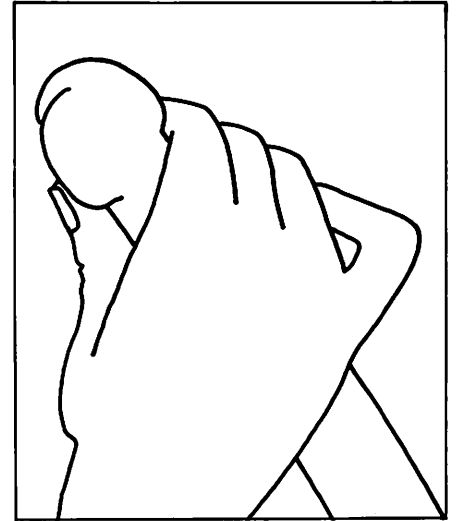
Les raisons qui président au "choix" de ce symptôme, pour traduire la frustration d'un mauvais climat conjugal, l'humiliation provoquée par une partenaire agressive, sont inconnues, mais l'expérience prouve que les circonstances sont analogues et le profil psychologique des protagonistes assez voisin.

En pratique, le fait est que l'éjaculation prématurée paraît installée de manière solide, et que l'échec des "petits moyens" utilisés pour la combattre - diversion de la pensée, arrêt des mouvements du coït, blocage de la respiration - incite à consulter. Les réponses que l'on peut proposer doivent tenir compte des deux racines du problème : l'une, spécifiquement biologique, renvoie de notre point de vue à la notion d'apprentissage réflexe, l'autre, d'obédience affective, traduit l'influence à la fois des questions d'ordre relationnel et caractériel, à l'origine d'une "conduite d'effacement" du patient devant la montée intempestive de son excitation érotique.

### La technique du "pincement"

S'appuyant sur ces notions, le traitement comporte deux objectifs : le premier est d'élever le seuil d'excitabilité du sujet et d'inhiber le déclenchement de la réaction en chaîne des réflexes orgasmiques ; le second, de "normaliser", autant que faire se peut, ses relations avec l'entourage. Sur le premier point, c'est jusqu'à preuve du contraire la technique du "pincement du gland" - tout juste contemporain du déclenchement de l'éjaculation - qui donne les résultats les plus régulièrement satisfaisants. Cette pression de quelques secondes entre pouce et index à la base du gland est appliquée par la partenaire à qui il convient de l'apprendre. Des consignes d'abstinence sont habituelles pendant les deux à trois premières semaines de prise en charge, durant lesquelles l'attention du couple ne se porte que sur "l'allongement du temps de réaction" à la masturbation. L'assiduité est rapidement récompensée puisque l'éjaculation ne survient qu'au bout d'un temps de plus en plus long. La

reprise des rapports "complets" suit donc cette première phase et comporte comme seule consigne que la femme, accroupie sur son partenaire, reste en mesure d'immobiliser ses propres mouvements de bassin, et, se retirant, puisse à nouveau contrarier l'éjaculation en appliquant encore son pincement. Cette période intermédiaire n'est pas toujours facile à vivre pour le couple, mais elle est indispensable pour renforcer le contrôle acquis par masturbation. Seuls les couples les plus motivés réussissent à dépasser les contraintes de ces "exercices".



Position des doigts pour un pincement du gland bloquant l'éjaculation par mécanisme réflexe antagoniste.

Ce sont les mêmes, du reste, qui participent avec le plus d'honnêteté à la critique de leur mode de relation et de leur vulnérabilité affective. A ce stade, la sexothérapie amorce une démarche qui l'engage sur le terrain de la psychologie, mais elle ne vise qu'à l'élucidation extemporanée des mobiles immédiatement perceptibles du symptôme. Il est évident que la découverte d'une pathologie psychique sous-jacente situe cette démarche hors du champ de la sexologie. Au total, une dizaine d'entretiens hebdomadaires peuvent venir à bout d'une éjaculation prématurée primaire isolée, mais il faudra envisager une cure beaucoup plus tenace pour réduire des dysfonctions imbriquées dans une véritable "pathologie conjugale", ces éjaculations prématurées secondaires, compliquées de mésentente "inexplorable"... dont une proportion de cas, importante du reste, abandonne la cure, préférant à la remise en question du couple, la cohabitation avec un symptôme dont la fonction immunitaire est incontestable.

Docteur Jacques Waynberg.  
Attaché des Hôpitaux de Paris.

# Psychiatrie et diabète, ou les patients terribles

La psychiatrie peut-elle aider le diabétique ?

Posons d'emblée le diabète comme une maladie d'un individu *en relation* avec tout un groupe familial, social et médical. Le diabète traverse ce groupe de courants affectifs, intenses et méconnus. Ce sont ces relations qui vont pour une part déterminer l'équilibre du diabétique.

## **Le diabète : une maladie psychosomatique**

Le problème est probablement mal posé. Il vaut mieux voir le patient comme une unité, la maladie laissant des traces à la fois dans la chair et dans la personnalité du diabétique.

La traduction somatique du diabète est une pancréatopathie auto-immune, virale ou héréditaire.

S'il n'y a pas de "personnalité diabétique", les recherches des psychosomaticiens tendent à prouver que le diabète apparaît souvent à l'occasion d'un deuil.

Ces circonstances remettant l'individu dans la situation du nouveau-né, pour lequel le danger est l'absence de nourriture, la sécurité l'aliment, la réponse émotionnelle serait alors confondue avec la réponse biologique. Au lieu de pleurer des larmes de sang, il urine du sucre. Ainsi un diabétologue racontait l'histoire d'une jeune femme, partie avec ses parents, en mer sur un voilier. Le bateau se retourne, ses parents sont noyés et tandis qu'elle attend les secours, accrochée à l'épave, le syndrome polyuro-polydyspique, inaugurant un authentique diabète insulino-dépendant, apparaît.



Ciné-Bazar Minotaure

*"Je me suis empoisonnée et je vous empoisonnerai..."  
(Yvonne de Bray, la mère diabétique des "Parents terribles").*

Pour le généraliste, comme pour les spécialistes, il importe donc de noter les circonstances d'apparition du diabète dans la vie émotionnelle du patient, premier pas d'une relation à la "totalité" du patient.

## **La psychiatrie permet-elle de prédire l'évolution du diabétique?**

Le diabétique se rattache à ce que l'on appelle en psychiatrie une "structure psychosomatique" dont les traits principaux sont les suivants :

● une vie émotionnelle dominée par l'anxiété et ses expressions somatiques, et par la dépression ;

● celle-ci contraste avec une pauvreté relative d'expression symbolique, onirique et fantasmatique. Le diabétique aurait tendance à exprimer ses conflits et ses tensions par un symptôme physique, qualifié de "bête"\*, car à la différence du symptôme de conversion hystérique, on ne pourrait pas lui attribuer un sens symbolique.

● Enfin, le diabétique vit dans une dépendance étroite vis-à-vis de son entourage ; toute menace de séparation augmente son anxiété et par suite son agressivité : "si tu m'abandonnes, je peux mourir car je t'aime et j'ai besoin de toi et si tu peux faire cela ou y songer, je te hais", tel est le courant affectif qui domine la relation du dia-

bétique aux autres. *La permanence du même diabétologue, ou du même praticien, est un élément fondamental de sécurité.* Telles sont les limites théoriques (et simplifiées) du savoir psychiatrique par rapport au diabète. En pratique, ceci permet de comprendre et de faire face aux réactions du malade chez qui on découvre un diabète insulino-dépendant. Il va alors traverser une phase de tristesse : "est-ce que je peux encore m'aimer moi, porteur d'une tare pour la vie, et si moi-même je ne le peux pas, qui alors pourra m'aimer?". La connaissance de sa maladie - indispensable dès cette période - va lui permettre de vivre son diabète comme une chose connue et dominée. C'est un moyen puissant de lutte contre l'anxiété, en même temps qu'un outil indispensable à la surveillance et à l'équilibre du désordre somatique : le divan psychanalytique ne saurait (et ne voudrait pas !) remplacer les analyses d'urine.

Mais ce savoir a des limites que le diabétique aperçoit vite et qu'il expose au médecin ; alors le praticien doit surmonter son anxiété et son sentiment de culpabilité, face à sa non toute-puissance !

Il ne faudra pas tricher mais toujours indiquer clairement limites et règles qui donnent la sécurité.

### **"Je la hais, cette insuline"**

Ces réactions initiales sont généralement bien prises en charge par le diabétologue. Par contre, une autre attitude peut rendre indispensable l'appel au psychiatre : c'est la *réaction de déni* ; le malade nie farouchement et contre toute évidence sa maladie, ou d'une manière plus atténuée, la nécessité de l'insulino-thérapie. C'est ce qui est arrivé à une malade de 59 ans, mise à l'insuline en raison d'une rétinopathie sévère, et à qui il fallait redire chaque jour que l'insuline était indispensable, "je la hais, cette insuline", disait-elle tristement.

Tous les accidents hypoglycémiques peuvent amener un diabétique à rencontrer les psychiatres. Ils permettent souvent au malade d'exprimer l'agressivité ou des sentiments d'ordinaire tus. C'est, du reste, un fait connu de son entourage. La menace de "l'accident", que font parfois planer les diabétiques, peut faire vivre toute une famille dans la terreur : ainsi, cette diabétique qui vivait seule depuis peu obligeait sa mère à venir dormir dans son lit, car elle sentait qu'elle allait

faire un malaise. Il faut savoir aider le diabétique, surtout lorsqu'il vit seul, à surmonter cette anxiété, reflet d'une inquiétude, d'une solitude ou d'une dépression.

Enfin, le suicide est probablement moins rare qu'il n'y paraît chez ces patients.

La période la plus difficile est celle de l'adolescence, période au cours de laquelle le jeune réalise que cette maladie le limite dans ses choix professionnels, sentimentaux et sexuels. Le déni de la maladie peut également survenir alors et entraîner un déséquilibre parfois dramatique. Les diabétiques se suicident rarement par une injection trop forte d'insuline. Généralement, ils "oublent" de manger après l'injection ou bien s'acheminent plus lentement vers la mort par acidocétose : au décours d'un coma, on retrouve assez souvent l'idée de suicide.

A l'opposé, on voit parfois des diabétiques terriblement mutilés par la maladie, aveugles, amputés et cardiaques, qui semblent accepter cet état (mieux en tout cas que le médecin).

### **La vertu rassurante du "gros corps"**

L'aspect le plus évident des difficultés relationnelles avec le diabétique est certainement celui du *régime*. Comme l'ont souligné certains analystes, le "gros corps" représente une défense solide contre l'anxiété et l'agressivité. Quand on veut faire maigrir quelqu'un, on ne lui enlève pas seulement des calories, on lui enlève des couches protectrices ; on ne peut pas penser sérieusement que l'argument rationnel du bénéfice scientifiquement prouvé de l'amaigrissement fasse le poids devant l'efficacité psychologique du gros corps. *Il faudrait donc remplacer cette chair en moins par un apprentissage d'une relation aux autres, chaleureuse et rassurante.* Certaines diététiciennes commencent une formation psychologique après avoir comptabilisé en vain les calories. Ceci semble indispensable.

La psychiatrie peut donc aider le diabétique dans des périodes de crise, mais elle pourrait permettre d'établir un profil psychologique initial, appréciant les conditions de vie économiques et familiales, les possibilités intellectuelles (car les guides pour diabétiques sont souvent trop compliqués, voire même inquiétants) et surtout les possibilités affectives du patient. Ce "bilan" permettrait de proposer à certains malades une prise en charge indi-

viduelle. Par ailleurs, le psychiatre pourrait animer des groupes de soignants avec les patients et leurs proches, comme cela se fait à Genève, à l'occasion des hospitalisations pour les bilans des fonctions rénales, cardiovasculaires, etc...

Le diabétique est *en relation* avec les autres, d'abord par l'aliment. L'abord psychiatrique ne peut donc se concevoir sans une réflexion sur la convivialité et l'évolution sociale de l'alimentation (cf. J. Trémolières et I. Illitch). Il est la *sentinelle* de tout ce qui demeure obscur et archaïque dans le fait de *manger* et qui nous concerne tous.

Il faut savoir l'écouter. Il nous parle de l'ogre, des famines, du poison, de la dévoration, du cannibalisme... et pas seulement d'hydrates de carbone, de courbes de poids. Comme le toxicomane et l'alcoolique, il nous interpelle dans une zone archaïque et vitale : la bouche, même si, selon les psychosomaticiens, il ne "verbalise" pas. La présence de cette chair transpercée de micro-orifices, excréant une urine chaude et sucrée, est une réalité difficile à dire.



*Une zone archaïque et vitale : la bouche.*

"Je me suis empoisonnée et je vous empoisonnerai. Je vous empoisonnerai Léo ! Je vous ai vu... je vous ai vu là-bas dans le coin, je vous ai vu tous, on voulait me mettre au rancart, on voulait..." ; telles sont les dernières paroles d'Yvonne, la mère diabétique des Parents terribles de Cocteau. La pièce commence dans le climat de panique familiale déclenché par l'hypoglycémie d'Yvonne et s'achève par son suicide car elle "préfère" mourir que voir son fils vivant dans d'autres mains.

Et pourtant, elle dit à sa rivale "sans l'insuline, je serais morte". La pièce de Cocteau, en apparence vaudevillesque, pose bien le problème du diabétique : sans l'insuline, il serait mort ; malgré l'insuline, il risque des accidents et de toute façon sa demande d'amour (quasi incestueuse dans la pièce) est terrible.

Docteur Geneviève Welsh  
I.H.P.

# La lymphadénopathie angio-immunoblastique (L.A.I.)

## Quand le lympho B se fâche...

C'est devant une asthénie très importante, fébrile et accompagnée d'un amaigrissement notable, où la palpation des aires ganglionnaires montrera la présence d'adénopathies superficielles qu'on pensera évidemment à une hémopathie, surtout si l'on retrouve en plus une hépatosplénomégalie, des arthralgies et des signes inflammatoires.

Devant cette forte suspicion d'hémopathie, l'hémogramme n'apportera aucun élément diagnostique supplémentaire ; par contre, la ponction et surtout la biopsie ganglionnaire vont mettre en évidence la lymphadénopathie. Quoiqu'il en soit, la conduite à tenir est celle qui s'impose devant un ou plusieurs ganglions suspects. C'est dire que les examens biologiques sont fondamentaux :

- l'hémogramme montre le plus souvent une anémie hémolytique à auto-anticorps (test de Coombs positif de type IgM + fraction C' du complément étant le plus fréquemment rencontré)



C.N.R.I.

et hyperbilirubinémie ;

- le médullogramme : dans l'immense majorité des cas, il est sans intérêt. La moelle est le plus souvent érythroblastique (anémie régénérative) ; on peut, dans quelques cas, noter la présence d'immunoblastes ;

- par contre, le temps de la biopsie ganglionnaire est capital montrant 3 caractéristiques essentielles :

- la disparition totale de l'architecture normale du ganglion avec débordement capsulaire,

- un polymorphisme cellulaire reflétant la prolifération des lymphocytes plus ou moins stimulés. En fait, on observe un dystrophisme avec infiltration plasmocytaire et d'immunoblastes,

- une hyperplasie angiomateuse des capillaires.

- Si l'on fait pratiquer une immunoelectrophorèse, on notera fréquemment une hypergammaglobulinémie diffuse de type polyclonal, parfois une dysglobulinémie monoclonale.

- La recherche d'anticorps anti-muscle lisse est souvent positive.

- L'exploration des ganglions profonds sera réalisée par la lymphographie et/ou laparotomie.

## Le traitement de la forme simple est possible

Le traitement par corticoïdes et/ou antimétabolites permet des survies plus ou moins longues et parfois des rémissions complètes.

Le traitement habituel est l'administration de Prednisone (1 mg/kg/jour) ou les associations anti-tumorales type vincristine-cyclophosphamide-procarbazine. Parfois un traitement antibiotique, voire même des transfusions leucocytaires doivent être prescrites.

En revanche, la complication la plus souvent rencontrée est le sarcome immunoblastique dont le pronostic reste sombre.

Il convient de noter que, parmi les localisations extra-ganglionnaires du L.A.I., les atteintes médullaires ont été rapportées dans un nombre limité de cas. Dans un travail récent de Pangolin et coll., elles seraient beaucoup plus fréquentes (70 % environ). Par leur diffusion, elles contribuent probablement à l'anémie et à la thrombopénie. La biopsie médullaire présente alors un intérêt diagnostique et pronostique évident.



C.N.R.I.

Adénopathies de Hodgkin.

Cette nouvelle entité pathologique qui, cliniquement, pourrait faire évoquer une maladie de Hodgkin ou un lymphosarcome, est de diagnostic cytologique. La qualité de l'anatomo-pathologiste qui examine la biopsie ganglionnaire est primordiale.

Docteur François Forestier

Laboratoire d'Hématologie

Hôpital Notre-Dame du Bon Secours - Paris

# Sb

## ANTIMOINE

Un moine du 15<sup>e</sup> siècle, Basile Valentin, faisant des études sur les composés de l'antimoine, dont il ignorait d'ailleurs l'existence, remarqua que des porcs qui avaient absorbé les résidus des expériences prenaient rapidement de l'embonpoint. Il voulut essayer ce remède miracle sur les moines de son couvent, amaigris par un dur régime de jeûne.

Ils périrent en grand nombre et leur mésaventure est à l'origine, dit-on, du nom antimoine.

### Où existe-t-il?

Il est pratiquement absent de la matière vivante mais les aliments peuvent en contenir à la suite d'une pollution, par exemple par les émaux recou-

vant fer ou faïence, les alliages anti-friction des machines de l'industrie alimentaire. L'eau de mer en contient 0,0003 mg/l.

### Action sur l'organisme

Il ne joue probablement aucun rôle métabolique mais il est hautement toxique. L'intoxication chronique entraîne une stéatose du foie. Cette propriété n'a pas échappé à certains éleveurs qui ont tenté d'améliorer le rendement en foie gras, en donnant aux oies des composés antimonieux. Le dosage de l'antimoine dans les foies gras des oies qui avaient subi ce traitement a révélé des quantités excessives. Pour des doses quotidiennes de 60 mg de sulfure d'antimoine, pendant 23 jours, on a trouvé de 38 à 100 mg d'antimoine par kilo de foie. La dose mortelle étant de 100 à 500 mg d'antimoine pour un homme de 70 kg, cette pratique a été interdite. La France importe une certaine quantité de foie gras de pays où l'utilisation de l'antimoine n'a pas forcément été supprimée. Devant cette haute toxicité, la société des experts chimistes a fixé des teneurs limites très basses pour ce métalloïde :



J.C. Bernath

Attention, s'ils ne sont pas made-in-France.

- 0,1 mg/kg pour la plupart des produits alimentaires d'origine animale,
- 0,2 mg pour les vins, bières, cidres, spiritueux,
- 1 mg/kg de matière sèche pour les produits d'origine végétale.

Les matières colorantes autorisées ne doivent pas contenir certaines impuretés minérales et, entre autres, plus de 100 mg/kg d'antimoine.

# Ag

## ARGENT

Ce métal a été décelé dans la farine de blé (0,3 mg/kg), le son (0,9 mg/kg), divers champignons, les algues, les poissons. On ne le trouve pas de façon constante chez les animaux. L'eau de mer en contient 0,0003 mg/litre. Il est autorisé en confiserie pour la coloration en surface (E 174).

L'emploi d'argenterie augmente légèrement l'apport alimentaire de ce métal (estimé à 0,08 mg/jour) ; on ne lui connaît pas de rôle métabolique et on ne sait pas si c'est un élément normal et à quel taux. Les sels d'argent sont utilisés en thérapeutique pour

leurs propriétés antiseptiques et astringentes.

### L'argyrie

La toxicité de l'argent est incontestable ; les doses mortelles - mal connues - sont de l'ordre de 5 à 10 mg par kilo de poids corporel. Il n'est pas éliminé et s'accumule dans les tissus en leur donnant une coloration métallique. Les localisations cutanées sont les plus connues mais le foie, le rein, le système nerveux central sont aussi atteints.

Les cas les plus fréquents d'argyrie sont dus à l'absorption prolongée de médicaments contenant des sels d'argent, soit antiseptiques cutanés, ORL, ou ophtalmologiques, soit anti-inflammatoires digestifs. La pigmentation est indélébile et définitive. Il n'existe pas actuellement de thérapeutique efficace. Le dépôt d'argent ne semble pas s'accompagner de réaction inflammatoire. Un cas exceptionnel de syndrome néphrotique avec présence



J.C. Bernath

Dragées à l'E174: autorisées.

d'argent dans les membranes basales glomérulaires a été décrit (P. Zech).

Le mécanisme de l'argyrie est encore mystérieux. Elle peut se manifester après la prise de doses très diverses, allant de quelques grammes à 400 g, avec des délais d'incubation très variables. Les inconvénients de l'argyrie sont surtout d'ordre esthétique mais justifient l'information des malades sur les risques liés à une prise abusive et prolongée de produits à base d'argent.

# Les dégoûts alimentaires

*"Je n'ai jamais compris le peu d'attention qu'accordent les psychologues, psychanalystes et autres Diafoirus de l'âme, aux dégoûts alimentaires des uns et des autres".*

Michel Tournier - "Les météores"

C'est un peu une gageure d'aborder ce sujet sur lequel bien peu de travaux ont été entrepris. Des spécialistes de la nutrition, consultés à ce propos, nous ont d'ailleurs conseillé d'abandonner ce projet. Nous allons tenter tout de même, avec beaucoup de modestie, d'analyser ce phénomène auquel se heurte le médecin généraliste dans sa pratique diététique courante. Que conseiller à une maman dont l'enfant refuse de boire du lait ? A un patient obèse qui déteste la viande ? Faut-il forcer les enfants à manger de tout ? Cela peut paraître de bien petits problèmes mais ils empoisonnent parfois la vie d'une famille.



Refusés par les dysphagiques.

J.C. Bernath

On parle de dégoût ou d'aversion lorsqu'il y a une répulsion violente pour un aliment qui entraîne un refus catégorique de ce dernier. Lorsque quelqu'un dit "je n'aime pas...", cela peut signifier "pour rien au monde vous ne me feriez manger cet aliment" ou bien "je n'apprécie guère la saveur de cet aliment mais, quand je ne peux pas faire autrement, j'en mange". C'est le premier sens qui nous intéresse aujourd'hui, ceci chez des sujets qui ne présentent pas de perturbation psychologique.

## Bonne nourriture ou poison?

Pourquoi éprouve-t-on du dégoût pour un aliment ? Quels sont les aliments qui sont le plus souvent l'objet

d'aversion ? Comment faire pour que les dégoûts n'entraînent pas de déséquilibre alimentaire ?

Le dégoût pour un aliment se manifeste très tôt, chez le tout petit enfant, qui refuse fréquemment les saveurs nouvelles. Dans toutes les espèces animales, les parents font l'éducation alimentaire des petits. Elle tend à satisfaire les besoins alimentaires spécifiques de l'espèce. La mère apprend à distinguer les bons aliments des poisons. Cette peur ancestrale des poisons est très vive chez les peuples primitifs. Un explorateur raconte que les Indiens d'Amazonie volaient tout dans leur campement, hormis les aliments dont ils avaient très peur. Le dégoût qu'inspirent certains aliments comme les baies sauvages, les champignons, a la même origine ; peut-être aussi l'horreur du roquefort des Africains.

Chez l'enfant, il existe une ambivalence curiosité-méfiance à l'égard d'un aliment. Le refus de l'aliment n'est pas forcément un dégoût ; il traduit volontiers la peur devant l'aliment inconnu et l'appréhension de la saveur nouvelle dont on ne sait pas si elle va être agréable ou désagréable. La jeune mère est souvent obligée de manger la première cuillère de purée de légumes en disant "c'est bon" pour que le bébé accepte de goûter. Le petit enfant mange plus facilement un plat nouveau à la table familiale que s'il prend son repas seul.

L'aversion peut être liée à l'aspect, à la couleur, à la forme, à la présentation, à l'odeur de l'aliment. L'aliment entraîne le dégoût par ce qu'il suggère. Les escargots dont la bave rappelle les sécrétions nasales, la grenouille par sa ressemblance avec le crapaud qui vit dans la vase des égoûts, les tripes qui évoquent les excréments, le rognon qui dégage une odeur d'urine sont fréquemment l'objet d'aversion.

## Voir et sentir avant de manger

De même, l'aliment doit avoir une certaine "tenue" dit le Docteur Claudian. Il est important de pouvoir reconnaître ce qu'on va manger. Longtemps, l'usage a voulu qu'on serve la viande rôtie entière de façon à ce que chacun

puisse l'identifier. Elle était ensuite découpée sur la table. Actuellement, la viande hachée, les hachis informes provoquent souvent des dégoûts. Les malades qui ont une dysphagie acceptent, en général, assez mal les préparations à base de viande passées au mixer dont la couleur et la consistance de bouillie sont inacceptables pour des adultes. La présentation est également très importante ; des aliments trop cuits, complètement écrasés, pêle-mêle, certaines associations de légumes et de viandes baignant dans la sauce ont plus de chance d'inspirer le dégoût. Les boissons doivent être limpides. Une eau parfaitement saine mais trouble n'est pas potable. L'odeur est très souvent à l'origine d'aversions, qu'il s'agisse d'odeurs fortes ammoniaquées, comme celles de nombreux fromages et des poissons, ou simplement très typées comme celle de la pomme.

Les interdits culturels et religieux interviennent également. Le porc, interdit dans la religion musulmane car il est porteur de parasites, inspire souvent le dégoût à des non pratiquants qui ne respectent pas les autres règles du Coran.

## Le tiède donne la nausée

Le rejet fréquent des viandes saignantes, l'horreur des coquillages relève du respect de la vie. L'imagination joue aussi un grand rôle dans les dégoûts alimentaires. On repousse sur le bord de l'assiette tout ce qui peut paraître suspect et qu'on imagine étranger au plat. Il est des aversions plus complexes, conséquence d'un souvenir désagréable : l'aliment ou le plat a procuré une sensation gustative déplaisante, la digestion en a été difficile, ou même il a provoqué une véritable intoxication. La température joue aussi un rôle. Les boissons doivent être fraîches ou bouillantes. Le champagne tiède perd tout son attrait. Les boissons chaudes ne sont acceptées que si elles sont aromatisées. L'eau chaude est imbuvable. Certains plats par leur consistance inspirent le dégoût. L'homme, comme le chimpanzé, a horreur des liquides à grumeaux qui donnent le sentiment d'avoir quelque chose qui bouge dans la bouche. La peau du lait est l'exemple type de cette aversion.

L'enquête sur les facteurs de choix





Peinture : Arcimboldo - Lauros - Giraudon

*Pourquoi ces dégoûts ? Ambivalence curiosité-méfiance.*

des aliments de J. Claudian, Y. Serville et F. Trémolières donne quelques précisions sur la fréquence des aversions suivant le sexe et l'âge. "Le nombre des aliments "qu'on n'aime pas", très important chez les jeunes filles, décroît légèrement chez les grands enfants et chez les garçons adolescents, se maintient à un niveau assez haut chez les hommes adultes, pour diminuer sensiblement chez les femmes et chez les très jeunes enfants, et arriver à des taux encore plus bas chez les personnes âgées de plus de 60 ans". Le nombre réduit des aversions signalées chez le petit enfant s'explique par le fait qu'on pense que les refus de l'enfant sont dus à la nouveauté ou à l'opposition à la mère et qu'on ne les qualifie de dégoût que quand ils persistent à l'adolescence.

### Menu à la carte

Les aliments, toujours d'après cette enquête, "qui font l'objet d'une aversion alimentaire marquée sont surtout certains légumes verts qui représentent 59,3 % du nombre des aversions. Les plats de viande ne représentent que 11 %, les poissons, les coquillages et les crustacés 9 %. La grande majorité des cas concerne des aliments ou des plats de très petite consommation et souvent des mets tout à fait exceptionnels."

Parmi les légumes, ceux qui ont un goût très prononcé sont le plus souvent cités, de même les abats constituent plus du tiers des aversions du groupe des viandes.

Si les légumes, les abats, les coquillages peuvent être facilement remplacés par un autre aliment du même groupe, il faut noter que les laitages, qui représentent avec les fromages 4,2 % des aversions, sont moins aisément remplaçables.

Dans la famille, la mère voit généralement les goûts des uns et des autres; son attitude est partagée entre son rôle d'éducatrice qui lui conseille d'apprendre à ses enfants à goûter tous les aliments, et celui de mère nourricière qui a le souci d'alimenter chacun suivant ses besoins et ses désirs. En pratique, ou elle ne présentera jamais les plats détestés, ou elle prévoira un plat équivalent. Dans le domaine des viandes, les remplacements sont généralement satisfaisants ; on supplée à la viande par une tranche de jambon, des œufs, du fromage. Trouver une équivalence aux légumes verts est loin d'être systématique. Il n'est pas rare également de donner de la confiture au lieu d'un fruit ou des gâteaux secs à la place du fromage. On a alors une identité calorique mais sûrement pas nutritionnelle.

En collectivité, le problème des goûts est beaucoup plus difficile à

résoudre ; le plus souvent le convive ne mange pas, purement et simplement, le plat qu'il n'aime pas, sans possibilité de remplacement.

La formule du self-service a apporté une amélioration considérable mais nécessite l'éducation nutritionnelle du public pour qu'il puisse, tout en suivant ses goûts, respecter un certain équilibre alimentaire.

Les diététiciens savent bien que pour prescrire un régime adapté, il faut connaître les goûts et les habitudes alimentaires des patients. Les dégoûts alimentaires sont si profondément ancrés qu'il vaut mieux s'enquérir de leur existence et donner aux patients les équivalences qui leur permettront de suivre le régime avec le minimum de déplaisir.

Le lait est l'aliment le plus difficile à remplacer. Il s'accepte parfois mieux sous forme de crème, de sauce béchamel, plutôt froid que chaud, sous forme de lait caillé, de yaourt ou de fromage.

Si tous les laitages sont refusés, on peut assurer un apport minimum en calcium en donnant beaucoup de légumes frais, de salades, de fruits frais et secs.

Les cancéreux et les alcooliques ont souvent un dégoût caractéristique pour la viande ; on leur conseillera de prendre des laitages, des fromages, des œufs et du poisson.



J.C. Bernath

*Les légumes verts : plus de 50 % des aversions.*

La faim intense peut-elle supprimer les dégoûts alimentaires ou bien ne fait-elle que les atténuer épisodiquement ?

A en juger par les aliments les plus invraisemblables qu'ont mangé pour survivre les affamés du Moyen Age et plus près de nous les rescapés des camps de concentration, il semble qu'aucun dégoût alimentaire ne résiste à l'instinct de conservation.

Françoise Casamitjana  
Diététicienne

# ARCALION 200

FACTEUR DE RESISTANCE PHYSIQUE ET D'EQUILIBRE



2 comprimés au petit déjeuner

**pour l'effort quotidien**

● **ARCALION** : Principe actif : Disulfure de bis-I (isobutyroxy-2 éthyl)-1-[N-[(amino-4 méthyl-2 pyrimidinyl-5) méthyl] formamido ]-2 propène-1 yle I.  
● **ARCALION 200** : Boîte de 20 comprimés dragéfiés dosés à 200 mg de principe actif. Inscrit au tableau des médicaments nouveaux. **Prix : 32,00 F** + 0,35 SHP MN. Remboursé Sécurité Sociale. Admis aux Collectivités. A.M.M. n° 314 087-1. Coût de traitement journalier : **3,20 F**.  
● **ARCALION 100** : Boîte de 30 comprimés dragéfiés dosés à 100 mg de principe actif. Inscrit au tableau des médicaments nouveaux. **Prix : 24,95 F** + 0,35 SHP MN. Remboursé Sécurité Sociale. Admis aux Collectivités. A.M.M. n° 314 282-9. Coût de traitement journalier : **1,66 F à 2,49 F**.  
**Les Laboratoires Servier**, siège social : 45520 Gidy.



# La prévention des hémorragies digestives post-opératoires

Parmi les morts post-opératoires, dans les services de chirurgie digestive, il s'agit encore, une fois sur 20, d'hémorragie gastro-duodénale. Cette complication gravissime se produit une fois sur 10. Elle est le fait, en général, des sujets fragiles - ceux que l'on appelle "à haut risque". Il était donc urgent de chercher à résoudre ces accidents et la voie préventive a paru la meilleure.

C'est ainsi qu'un vaste programme de recherches, ouvert par le Dr E. Lévy (département de réanimation, service de chirurgie digestive -Pr. Loygue-Hôpital Saint-Antoine, Paris), a conduit à la fabrication de la Nutripompe® et à la mise au point d'un Programme permettant l'instillation dans le tube digestif de solutions à visée nutritive ou/et thérapeutique.

On peut ainsi maintenir une balance calorique et protéique, positive chez ces opérés fragiles pour lesquels il est indispensable d'assurer une réserve énergétique importante qui contrebalance l'augmentation de leur catabolisme, ce qui permet d'avoir une efficacité thérapeutique préventive parfaitement adaptée.

## Hyperalimentation entérale

Ce passage des nutriments en solution aqueuse peut être réalisé 24 heures sur 24 grâce à la Nutripompe®, par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique (de gastrostomie ou de jéjunostomie). Cette voie a l'avantage, par rapport à la voie parentérale, d'éviter les accidents septiques ou les thromboses veineuses extensives difficilement évitables après un certain temps d'utilisation de l'abord veineux. De plus, elle permet d'apporter 6 000 calories/jour assimilables, alors que la voie intraveineuse apporte au plus 4 000 calories/jour assimilables ; on constate la même supériorité quant à l'apport protidique. Ces résultats surprennent peu car, somme toute, l'intestin reste la voie physiologique privilégiée de la nutrition chez l'homme.

## Trois fois moins fréquentes

Le Dr Lévy a été amené à traiter, entre 1968 et 1975, 700 malades dont la moyenne d'âge est de 52 ans, et qui

relevaient avant ou après chirurgie, d'une réanimation chirurgicale digestive lourde : occlusion itérative, pancréatite aiguë, chirurgie colique pour poussée aiguë de rectocolite hémorragique ou de maladie de Crohn, fistule digestive grave...

Les malades ont reçu la même réanimation parentérale jusqu'à la reprise du transit digestif. Une première série de 230 malades a reçu ensuite une alimentation orale conventionnelle, dont l'apport calorique maximum était de 2 000 calories. La deuxième série de 270 malades recevait, grâce à l'alimentation entérale par Nutripompe®, un apport calorique de 4 000 calories en moyenne.

La fréquence d'hémorragies gastro-duodénales dans le premier mois post-opératoire a été, dans la première série, de 7,4 % (17 malades dont 8 morts), et, dans la 2<sup>e</sup> série, de 2,3 % (6 malades dont 2 morts). Cette technique a donc permis d'éviter l'hémorragie 2 fois sur 3.

## Irrigation gastroduodénale

Parallèlement, il a développé pour le traitement des hémorragies digestives hautes, l'irrigation gastroduodénale d'une solution hémostatique, grâce à la Nutripompe® et à un Programmeur.

Le même principe a été utilisé depuis 1975 pour l'irrigation préventive de l'estomac de sujets prédisposés à l'hémorragie digestive post-opératoire. La solution instillée contient essentiellement des protecteurs de la muqueuse gastrique et des substances antisécrétoires (potion de Lévy). Cette technique médicale nécessite de la part du chirurgien, en fin d'intervention, la pose d'une sonde de gastrostomie pour instiller la solution protectrice, et d'une sonde de jéjunostomie pour l'hyperalimentation entérale.

La prophylaxie des hémorragies digestives post-opératoires est ainsi réalisée depuis 2 ans. L'irrigation gastroduodénale par une solution protectrice est instaurée dès la 12<sup>e</sup> heure post-opératoire. L'hyperalimentation entérale est entreprise dès la reprise du transit digestif. Grâce à l'utilisation conjointe de ces deux méthodes, la survenue d'hémorragie digestive post-opératoire est devenue l'exception.



Le "steak en solution".

# Epidémiologie de la stérilité

## La femme

Dans le numéro précédent, nous avons envisagé la participation masculine à l'origine des stérilités. Cette fois-ci nous verrons, par ordre de fréquence en France, les principaux facteurs favorisant ou provoquant la stérilité chez la femme.

Soulignons d'emblée, la fréquence croissante des stérilités hormonales, dans les pays développés, aux dépens des causes infectieuses et mécaniques. *Les causes hormonales.*

Dans nos régions, les troubles de l'ovulation provoqueraient 31,5 % de l'ensemble des stérilités du couple, alors qu'en Afrique ils n'en représenteraient que 6 à 15 %.

### Les névrosées des grandes villes

Parmi les causes acquises, les stérilités dysovulatoires sont, dans ce cadre, les plus fréquentes, surtout aux âges extrêmes de la vie génitale (24 % selon Bercovici). Elles sont très souvent repérables par la courbe thermique, mais l'existence d'un décalage ne permet pas d'éliminer un déficit en progestérone (il suffit de 3 ng/ml de progestérone plasmatique pour l'entraîner).

Ces insuffisances lutéales, phase lutéale courte, corps jaune inadéquat, ou cycle anovulatoire relèvent surtout

de facteurs psychiques : neurotonie, stress, anxiété. En Europe, notamment dans les grandes villes, ils représentent la plus grande cause de stérilité.

Ailleurs, ces troubles peuvent accompagner des maladies générales,



*Neisseria gonorrhoeae* : à l'origine de 2 à 5 % des stérilités tubaires.

endocriniennes, infectieuses, dénutritions, malabsorptions.

Parmi les autres causes hormonales de stérilité féminine, les adénomes hypophysaires sont relativement fréquents et l'aménorrhée secondaire s'inscrit alors dans un tableau de dysfonctionnement hypophysaire global. L'adénome à prolactine réalise une aménorrhée et galactorrhée.

Plus rares sont les causes d'origine hypothalamique : soit aménorrhée-galactorrhée fonctionnelle iatrogène (estro-progestatifs, neuroleptiques), soit aménorrhée psychogène (anorexie mentale).

Les stérilités avec virilisme (3 à 5 % des stérilités féminines) sont représentées par le syndrome d'ovaire polykystique, les cortico-surrénales et les tumeurs virilisantes de l'ovaire.

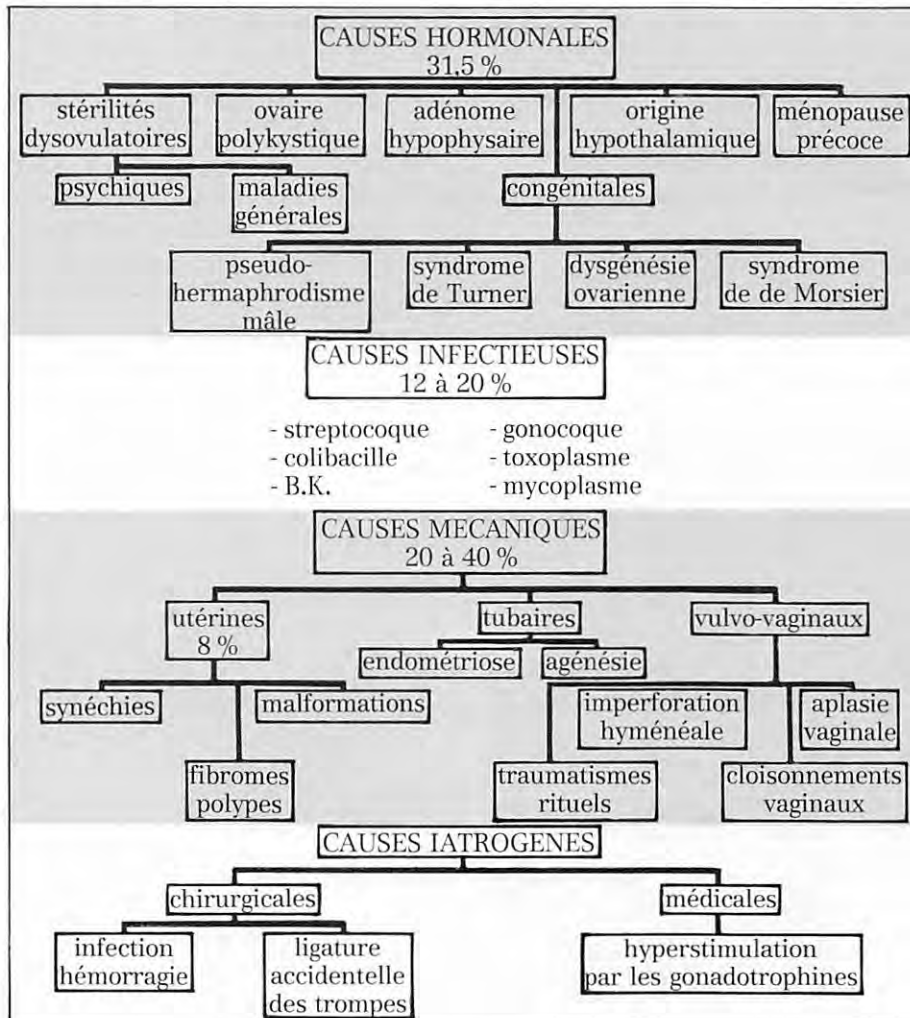
De nombreuses anomalies congénitales sont susceptibles d'entraîner une stérilité. Elles sont infiniment plus rares néanmoins. Ce sont essentiellement des causes basses : l'agénésie ovarienne du syndrome de Turner (7 % des aménorrhées primaires), les dysgénésies ovariennes ; des causes hautes : le syndrome de de Morsier (aménorrhée primaire, impubérisme et anosmie).

Un peu à part sont les exceptionnels pseudohermaphrodismes mâles et les virilismes par hyperplasie congénitale des surrénales.

Enfin, il va sans dire que la ménopause précoce, familiale ou post-thérapeutique est une cause évidente de stérilité.

#### Les causes infectieuses

En voie de régression en Europe (12 à 20 %), elles demeurent une grande cause de stérilité en Afrique (25 à 30 %).



## Attention aux récives

Qu'il s'agisse d'une vaginite, d'une cervicite, d'une endométrite avec parfois synéchies secondaires (surtout tuberculeuses) ou d'une salpingite, c'est le germe en cause qu'il faut connaître si l'on veut être prophylactique. Dans nos pays, 10 à 20 % des stérilités d'origine tubaire du post-partum, post-abortum ou sur stérilet sont d'origine streptococcique, ensuite vient l'*Escherichia coli*.

La tuberculose utéro-annexielle représenterait 10 % des stérilités tubaires (en Afrique elle représente 2 à 6 % des stérilités féminines globales). Le gonocoque représente 2 à 5 % des stérilités tubaires dans nos pays.

Il importe de souligner la gravité du pronostic en cas d'infections répétées : 12,8 % d'obstruction tubaire après la première infection, 37,5 % après la deuxième infection, 75 % après la troisième infection.

La toxoplasmose serait à l'origine de quelques avortements spontanés.

Le mycoplasme serait responsable de certaines fausses couches à répétition et de stérilité primaire inexplicée avec 28 % d'avortements à répétition et 50 % de stérilités. Le traitement par les cyclines a permis des grossesses.

Le pronostic des interventions pour séquelles d'infection tubaire dépend de la nature des lésions (très mauvais pour la tuberculose), du type des lésions, guidant l'acte opératoire, avec pour le salpingolysis 30 à 40 % de grossesses et pour l'implantation tubo-utérine 25 à 35 % de grossesses ; le pourcentage de G.E.U. après reperméabilisation chirurgicale est de 10 à 20 %.

### Les causes mécaniques.

Ces causes représentent, selon les auteurs, 20 à 40 % des stérilités féminines.

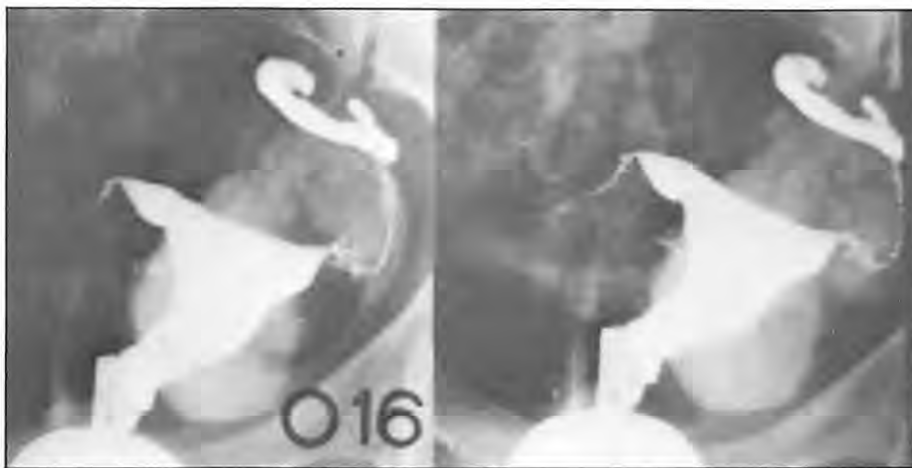
Nous les envisagerons par ordre de fréquence décroissante.

- Les facteurs utérins représentent 8 % des stérilités. En fait il s'agit plutôt ici d'infécondité par avortements répétés que de stérilité vraie.

Les synéchies utérines surviennent parfois après un traumatisme, un curetage abrasif, plus rarement une infection.

## Les malformations utérines très souvent en cause

Les malformations utérines : aplasies utérines, hémi-matrices, utérus cloisonnés, utérus communicants sont responsables de 16 % des stérilités pri-



8 % des stérilités sont d'origine utérine.

maires et de 43 % d'infécondité.

Les fibromes sont un diagnostic d'élimination, certains favorisant, par leur volume ou leur siège, la stérilité. Les polypes, par leur volume ou leur siège, peuvent gêner l'implantation de l'œuf.

- L'endométriose pelvienne peut avoir une incidence sur l'infertilité : soit par création d'un obstacle mécanique : tubopéritonéal ou ovarien, soit par coexistence fréquente avec un dysfonctionnement ovarien (défiance lutéale).

La localisation tubaire représente 4 à 14 % des endométrioses et 20 à 25 % des stérilités d'origine tubaire. Elle est le plus souvent intersticielle, parfois isthmique, unilatérale ou bilatérale, souvent associée à une endométriose ovarienne ou péritonéale. La localisation utérine isolée n'est pas responsable de stérilité.

- Les facteurs cervico-isthmiques (environ 2 % des stérilités féminines) sont : la rare sténose congénitale du col, l'aplasie ou l'agénésie du col, les glaires cervicales insuffisantes. Les béances isthmiques sont plus responsables d'avortements à répétition du deuxième trimestre que de stérilité.

- Les facteurs tubaires, autres qu'infectieux, sont rares :

- les agénésies partielles uni ou bilatérales des trompes sont exceptionnelles,

- les ligatures-sections, avec reperméabilisation chirurgicale secondaire donnent en règle de bons résultats.

- Les facteurs vulvo-vaginaux se voient peu dans les pays développés. Entravant les rapports sexuels, ils peuvent être une cause importante de stérilité.

L'imperforation hyménale, évidente, nécessite une incision de l'hymen.

Les cloisonnements vaginaux longitudinaux ou transversaux nécessitent leur cure chirurgicale.

L'aplasie vaginale avec utérus fonctionnel nécessite une hystéro-vestibulostomie.

L'aplasie vaginale avec utérus rudimentaire (syndrome de Rokitansky-Kuster) entraîne une stérilité définitive avec ovaires fonctionnels.

L'hyperacidité vaginale altère le sperme et peut nécessiter des injections alcalines.

Les traumatismes rituels des organes génitaux, en Afrique, sont à l'origine d'un grand nombre de stérilités et d'accidents obstétricaux. Dans différents pays d'Afrique noire, on estime à 20-25 % des causes de stérilités celles dues à une infibulation.

## Les facteurs iatrogènes

Les facteurs iatrogènes ont une fréquence non négligeable :

- chirurgicaux : ce sont l'infection et l'épanchement hémorragique de la chirurgie abdominale ou pelvienne, la ligature accidentelle des trompes lors de cure de hernie et les traumatismes tubaires ;

- médicaux : ils sont dominés par les accidents d'hyperstimulation par les gonadotrophines, pouvant entraîner une rupture de kyste hémorragique de l'ovaire, source d'adhérences. C'est dire la prudence et la surveillance qu'il convient d'avoir dans les traitements inducteurs de l'ovulation.

On ne peut conclure en matière d'épidémiologie de la stérilité sans souligner qu'un nombre variable d'entre elles reste inexplicé (entre 10 et 17,3 %) ; l'influence de l'âge, surtout chez la femme, prime. L'étiologie hormonale, tant pour la femme que pour l'homme, prédomine dans nos pays alors que l'infection est responsable de 40 % des stérilités dans les pays sous-développés.

Docteur Michèle Hermano-Msika  
I.H.P.

Service du Professeur Mauvais-Jarvis  
Hôpital Necker - Paris

# Hospitaliers et praticiens : 2 médecines réconciliables ?

Bien que chacun s'accorde à proclamer pieusement qu'il n'existe qu'une médecine, la réalité des faits le dément. Le schisme entre Hospitaliers et Praticiens n'a pas disparu avec l'ère des Mandarins. Le plein-temps hospitalier n'a fait que l'accroître, en créant un nouveau corps médical nationalisé qui n'a même plus ce point commun qu'avaient les patrons d'antan avec les médecins de ville : une part d'exercice libéral. La dégradation de l'image de marque du praticien, accentuée par les perspectives alarmantes d'une démographie médicale croissante, n'a fait

qu'accroître le fossé.

A Fontainebleau, un récent colloque, organisé par le Docteur Henri Sattiel et placé sous la présidence du Professeur Alfred Sauvy et sous le patronage du Docteur Jacques Servier, a mis en présence des représentants de ces deux univers médicaux, et a tenté de jeter les bases d'une harmonieuse et future cohabitation.

## L'aristocratie hospitalière

D'un côté, les hospitaliers dont le statut, le salaire, la stabilité d'emploi

diffèrent fondamentalement de la précarité actuelle de l'exercice médical libéral. Plus grave est le rapport de force que crée, en faveur de l'hospitalier, l'évolution technique de la médecine moderne.

Il crée une véritable aristocratie du savoir, de la compétence technique, assurée par un équipement matériel sans équivalent, aristocratie à laquelle les mass média font, auprès du grand public, une publicité efficace. Il est heureux que cette propagande ait réappris au public le chemin d'un hôpital à la fois plus humain et plus efficace, mais il est regrettable que cette valorisation de la haute technicité se soit faite au détriment de la réputation du médecin de famille. Les praticiens aux mains nues se voient ainsi relégués dans les tâches obscures de trieurs de diagnostics, de thérapeutes d'affections légères et délivreurs de certificats. La pléthore médicale concernant surtout ces praticiens, on conçoit qu'ils envisagent de façon morose leur avenir à court terme ; non seulement leurs clientèles se diluent, mais leurs fonctions, pourtant essentielles à la Santé Publique, sont méconues ou sous-estimées par la population.

## Une question d'égards

A travers ces deux journées de réflexion fructueuse, ce qui transpa-



La blouse blanche au vestiaire du Service est-elle plus qu'un symbole ?

raît avant tout, c'est le désir, par les praticiens, d'être reconnus. Cela implique un changement d'état d'esprit de part et d'autre, mais aussi une redistribution plus précise et plus judicieuse des fonctions. Car, n'en doutons pas, dans ce débat, les praticiens étaient les plaignants. C'est pourquoi ils ont tenu à faire valoir l'apport positif qu'ils pouvaient constituer face aux lacunes qu'ils reprochent à la médecine hospitalière. Leur meilleure connaissance de la vie quotidienne, des habitudes de vie de la cité, de l'épidémiologie, pourrait utilement servir aux hospitaliers enfermés dans leurs C.H.U. Les généralistes demandent d'abord aux hospitaliers de sortir de leurs citadelles et de venir davantage sur le terrain, au contact de la population. Inversement, ils souhaitent entrer à leur tour à l'hôpital pour une meilleure connaissance mutuelle et une réelle coopération. La blouse blanche au vestiaire du Service n'est souvent qu'un dérisoire symbole. Les généralistes ne veulent pas rester des stagiaires passifs : ils veulent participer.

### Vers une redistribution des rôles

Les projets dans ce domaine sont souvent restés modestes, afin d'éviter tout alourdissement budgétaire, mais ils sont tout autant significatifs. Une meilleure coordination, une circulation accrue de l'information est demandée. Celle-ci peut se traduire par des échanges de courrier mieux systématisés avant, pendant et après l'hospitalisation. Les généralistes souhaitent aussi être consultés, lors de toute prise de décision thérapeutique importante, engageant l'avenir de malades que nul, mieux qu'eux-mêmes, ne connaît. Les convier aux présentations de malades, lors des staffs hebdomadaires, leur paraît aussi souhaitable.

Au-delà, les propositions concernent une entrée discrète, mais effective, du praticien à l'hôpital : développement de postes d'attachés, augmentation des consultations externes qui réduiraient les durées d'hospitalisa-

tion et auxquelles participeraient les médecins de ville. Plus ambitieuse, mais rentable à moyen terme, serait la création d'Unités de soins locaux qui seraient gérées par les praticiens, leur permettraient de pousser un peu plus loin leurs investigations, mais déchargeraient les centres hospitaliers lourds d'une partie de leur clientèle, à moindres frais, et à moindres dérangements.



Alfred Sauvy au colloque de Fontainebleau.

### Spécialités et compétences

Un autre chapitre de cette prospective : l'avenir des spécialistes libéraux. Pour le Professeur Legrain, tout généraliste devrait pouvoir développer une compétence, selon ses affinités et après perfectionnement, dans un domaine où il pourrait prendre en charge les tâches les plus courantes de diverses spécialités. Ainsi, les spécialistes "lourds" rejoindraient le plus souvent une structure hospitalière, où un matériel important serait à leur disposition, tandis que les praticiens "compétents" traiteraient localement tout ce qui ne ressort pas de l'appareil hospitalier. Là aussi, une économie de temps, de moyens et d'argent se fait jour, ainsi qu'une diversification de

l'activité des omnipraticiens de demain. Le temps leur sera moins compté et leur permettra de se consacrer plus librement à cette formation.

### Le double secteur

Mais il reste d'autres tâches pour lesquelles le praticien se sent disponible, en échange d'une rétribution publique, ainsi la participation aux grandes actions de prévention sanitaire, aux enquêtes épidémiologiques ou à la formation des étudiants. On voit se dessiner chez beaucoup le désir d'une double activité, libérale d'une part, conforme à l'exercice médical qu'ils pratiquent actuellement, et salariée d'autre part dans les domaines intéressant la Santé Publique.

On le voit, derrière le problème du schisme Hospitaliers/Praticiens, c'est en fait celui de l'avenir du praticien libéral qui se pose. L'hospitalier ne pourra de toute façon survivre dans son isolat, sans l'aide de la médecine praticienne. Le praticien, quant à lui, ne nie pas la fonction irremplaçable de l'hôpital mais s'interroge avec inquiétude sur le profil que les années 85 imprimeront à l'exercice de son métier.

C'est pourquoi un tel colloque de réflexion, dont plusieurs réunions provinciales se feront l'écho, nous paraît nouer, à temps, un dialogue urgent. Monsieur Fougère, Conseiller d'Etat, divers directeurs d'hôpitaux et des représentants du Ministère sont venus à Fontainebleau. C'est dire l'intérêt que l'Administration porte à ces problèmes, dont la meilleure solution ne peut venir que des intéressés eux-mêmes. Un début de concertation dont on reparlera certainement.

Docteur Claude Nègre

Le rapport de synthèse des résolutions émises par les divers groupes de travail du Colloque de Fontainebleau vous sera adressé, sur simple demande, par Médico-graphie, 22, rue Garnier 92200 Neuilly/Seine.



## Symposium Européen 1978 sur le diabète (ZAGREB): activité de Diamicron sur l'adhésivité plaquettaire

Le 14<sup>e</sup> Symposium de l'Association Européenne pour l'Étude du Diabète s'est tenu à Zagreb en septembre 1978.

Les congressistes, venus de tous les pays d'Europe, ont abordé de nombreux sujets d'actualité, tels que :

Immunologie et diabète - Diabète, grossesse et nouveau-né - Hémoglobine A1c - Les récepteurs de l'insuline et du glucagon - Les îlots de transplantation - etc.

### Contre la microthrombose du diabète

Les résultats d'une étude consacrée au gliclazide (Diamicron<sup>®</sup>) ont été présentés par le Professeur Skrabalo (Zagreb). C'est l'activité particulière du Diamicron sur l'adhésivité plaquettaire que le Professeur Skrabalo a voulu mesurer.

50 malades présentant un diabète sucré ont reçu

pendant 1 an Diamicron, à raison de 80 à 320 mg/jour, soit 1 à 4 comprimés, afin d'évaluer l'activité de ce produit sur l'adhésivité plaquettaire et sur le contrôle de la glycémie.

Les résultats, au bout d'un an de traitement, objectivent une baisse significative de l'adhésivité plaquettaire qui passe de 29 % à 19,5 % ( $p < 0,001$ ) sans entraîner de modifications de l'hémostase normale.

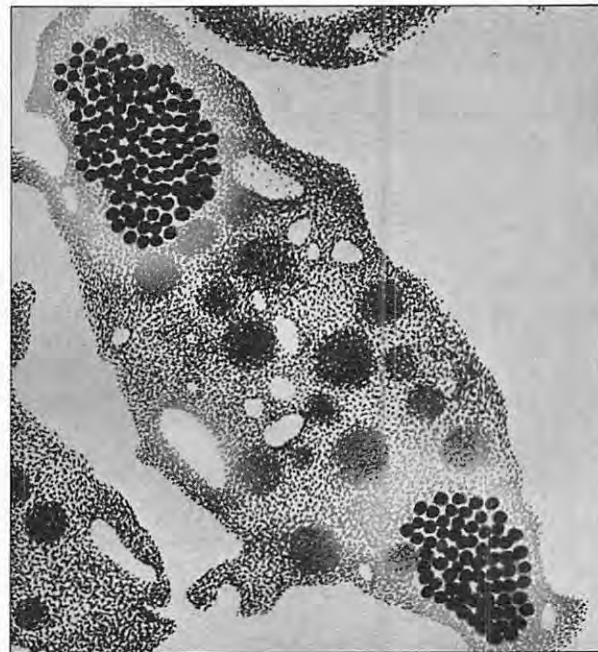
Diamicron, bien toléré pendant tout le temps de l'étude, a, d'autre part, entraîné un bon contrôle de la glycémie qui a atteint des valeurs proches de la normale.

L'étude du Professeur Skrabalo précise donc les modalités de l'une des activités de Diamicron qui, parallèlement à son action sur la glycémie, régularise le comportement plaquettaire et agit ainsi directement sur la microthrombose, point commun des complications vasculaires du diabète, en corrigeant l'hyperadhésivité plaquettaire, si fréquente chez le diabétique.

Dr C. Joubert



(1). Plaquette activée par la thrombine. On observe une migration des granules vers l'espace extracellulaire.



(2). Plaquette activée par la thrombine en présence de Diamicron. Les granules restent à l'intérieur de la cellule.



# La secrétaire médicale



Est-ce bien son rôle ?

Charlie Abad/Viva

Avant vous toujours, après vous bien souvent, c'est elle qui, la première, entre en contact avec vos malades ; c'est elle qui leur dit le dernier mot.

## Plus qu'une secrétaire

Avec vous, c'est elle qui note vos compte rendus, transcrit vos lettres, cherche et trouve dossiers et examens ; sans vous, c'est elle qui classe, tape, range, archive les innombrables papiers qui concernent malades et médecin. Intermédiaire indispensable, omniprésente, efficace, discrète, rassurante, on ne peut plus s'en passer. Sait-on bien ce qu'on lui demande ? Quel est vraiment son métier ? Secrétaire "pas comme les

autres" c'est sûr, mais en quoi ? Pourquoi ? Comment ?

Si la formation et le choix de ce type de secrétariat est sensiblement le même pour toutes, nous verrons très vite qu'il faut différencier les secrétaires médicales en deux groupes : celles qui rentrent au cabinet d'un praticien exerçant en ville et celles qui travaillent dans les hôpitaux de l'Assistance Publique. Il semble que le sort des secondes soit largement plus enviable que celui des premières.

La formation qui mène à la profession peut être différente par le choix de l'école (beaucoup sont privées) ; dans tous les cas, ces jeunes filles ont, après leur bachot, fait un à trois ans de secrétariat spécialisé, assorti de stages dans des hôpitaux ou des cliniques.

Elles y apprennent le secrétariat bien sûr, mais aussi la législation et le droit médical, le fonctionnement de la Sécurité Sociale, et des notions assez solides de pathologie – ces derniers cours sont assurés par des médecins qui veillent à la compréhension autant qu'à l'orthographe de la terminologie médicale. Celles d'entre elles qui le désirent peuvent, par des stages et/ou des cours supplémentaires, acquérir une formation d'instrumentiste ou d'aide soignante.

Ainsi que nous le disions au début, les modalités de travail de la secrétaire médicale sont bien différentes, selon qu'elles exercent leur profession dans le secteur privé ou au sein de l'Assistance Publique.

## "Célibataire et disponible"...

Au cabinet du médecin exerçant en clientèle privée, la secrétaire organise la consultation. Elle accueille les malades, les rassure d'un mot, les fait attendre. Elle sort et prépare leurs dossiers, elle les reprend en charge après la consultation pour taper leur ordonnance, prendre le rendez-vous suivant, expliquer les examens de laboratoire ou les radios éventuellement prescrits, prendre une lettre adressée au médecin généraliste traitant ou au consultant spécialisé, et... encaisser les honoraires. Une fois la consultation terminée, il faut classer et ranger les dossiers, téléphoner aux laboratoires pour avoir les résultats d'analyse, prendre sous la dictée un compte rendu. Simultanément, elle assure la prise de rendez-vous par téléphone, les demandes de renseignements des malades et tous les appels qui peuvent parvenir au médecin.

Ce travail, proprement d'aide médicale, terminé, la secrétaire assure le secrétariat personnel du médecin, la gestion du cabinet et bien souvent aussi les courses de la femme du méde-

cin, quand ce n'est pas la promenade du chien ou le bain des enfants... Les cours à préparer, les publications à taper, la bibliographie à mettre en ordre, les congrès à organiser, les billets d'avion pour les vacances et les rendez-vous de coiffeur à prendre sont aussi son lot. "Pour travailler ainsi, il faudrait être célibataire et disponible sans arrêt", me dit l'une d'entre elles, pourtant mariée et depuis 17 ans au "service" – c'est sûrement le mot juste – d'un couple de médecins. Celle-ci fait aussi un peu d'assistance médicale (aide instrumentale, aide soignante). Les horaires élastiques dépassent largement 8 heures par jour, et les salaires s'établissent dans une fourchette de 2 400 à 3 000 F par mois, toutes primes comprises. La sécurité d'emploi n'est pas garantie et le syndicalisme, inexistant, "mal vu".

Pourtant, en dépit de tout cela, la secrétaire médicale aime son métier. Le contact avec les malades, l'assistance médicale, le milieu, – surtout les jeunes médecins –, l'intérêt qu'elles apportent à comprendre ce qu'elles font et à être efficaces, autant de domaines qu'elles ne quitteraient pas volontiers, même pour un travail moins contraignant et mieux rémunéré. Sous-jacentes et larvées, les frustrations sont lourdes pourtant et la principale, en dehors du salaire dérisoire si l'on songe aux revenus habituels des médecins qui ont une secrétaire, est le manque de "considération". Que le médecin reconnaisse leur compétence, qu'elles ne se sentent plus traitées comme des domestiques, ignorées dans leur vie personnelle et familiale, telles sont leurs aspirations profondes. A juste titre, elles ne pensent pas qu'une action syndiquée serait utile. Le mandarinat semble se porter encore très bien en médecine libérale... Peut-être est-ce parce qu'il semble avoir disparu – au moins sur ce plan – de l'Assistance Publique, si l'on en juge par la vie professionnelle d'une secrétaire médicale hospitalière.

## Combattre l'angoisse

Arrivée à 9 heures, parfois 8 heures trente, dans le service, la secrétaire fait la consultation externe d'un des médecins. Accueil, réception des malades, préparation des dossiers, rendez-vous d'examen, courrier au médecin traitant, tout cela n'est pas original, mais ici la secrétaire assiste à la consultation. Elle voit ainsi comment cela se passe et apprend à bien connaître le malade et les rapports que le médecin a avec lui. Pour déjeuner, elle



Entre le médecin et le malade.

bénéficie d'un réfectoire agréable où, pour 5 F, elle peut se reposer et se restaurer pendant une heure et demie. L'après-midi est consacrée à la révision des dossiers : avec l'assistant et l'interne de service, il s'agit de mettre à jour les dossiers des malades sortis. Tous les jours, il y a ainsi de 8 à 20 dossiers (compte rendus d'hospitalisation, examens, etc.) Ceci terminé, reste le secrétariat proprement dit (frappe, classement, fichage, archives).

Tout au long de la journée, mais surtout le matin, elle prend les communications, comme sa consœur du secteur privé. A ceci près que la vie personnelle des médecins n'arrive jamais à l'hôpital sous la forme d'une charge de travail supplémentaire. Plusieurs fois par semaine, elle suit la visite en salle. Ceci est possible car elles sont plusieurs et peuvent s'organiser. Elle le fait plus par souci d'acquiescer des connaissances que par obligation. Aucune d'entre elles, – sauf celles qui ont passé un diplôme d'instrumentiste – ne fait un travail d'aide soignante et, s'il leur arrive d'assister à une intervention ou à une exploration fonctionnelle, c'est de leur plein gré.

A l'Assistance Publique de Paris, elles sont en général trois secrétaires par service. L'une d'entre elles est plus

particulièrement attachée au patron, les deux autres se partagent entre les agrégés, les assistants et les attachés de consultation. Elles travaillent ainsi tous les jours avec quatre ou cinq médecins différents. La relation qu'elles ont avec leurs médecins est celle d'une compétence à une autre compétence. Ceux-ci savent pouvoir compter sur leur efficacité, leur bonne organisation, celles-ci savent pouvoir attendre considération et compréhension en cas de problème. Avec les malades aussi, elles ont conscience que leur rôle rassurant et explicatif est important : "le malade a sa maladie avec lui, il y a l'angoisse, il faut l'aider à ne pas se perdre, à ne pas s'énerver".

## D'heureuses hospitalières

A 17 h 30, la journée est terminée – sans exception –, sauf une pourtant, le jour de la consultation privée : la plupart ont une demi-journée d'assistance à la consultation privée d'un des médecins du service.

Ce travail ne vient pas en plus de la journée normale, mais il est rémunéré à part et permet à leur salaire de tourner autour de 3 000 F par mois (la fourchette va de 2 400 F pour une débutante à 4 000 F pour une secrétaire hospitalière en fin de carrière). Les congés sont de 27 jours ouvrables par an, et la retraite est à 55 ans. Titularisées (elles ne le sont pas toutes) elles ont une totale sécurité d'emploi. Cependant cette titularisation, sur concours de l'Assistance Publique, est longue à obtenir. Leurs rapports avec les services administratifs paraissent poser peu de problèmes et si le syndicalisme existe à l'hôpital, c'est au sein des grandes formations nationales. Les secrétaires ne ressentent pas l'utilité de créer un mouvement propre.

Celles qui ont des enfants bénéficient d'une crèche dans l'enceinte de l'hôpital, privilège encore rare dans l'entreprise privée. Evidemment, comme d'ailleurs la bonne marche d'un service, la qualité de la vie professionnelle de la secrétaire médicale à l'hôpital dépend avant tout des personnes. La compétence, la courtoisie y sont indispensables.

...J'ai même rencontré des secrétaires heureuses ! Curieusement, en cette époque où il est de bon ton de dénigrer les services publics, je les ai rencontrées à l'hôpital.

Dans l'exercice privé de la médecine, ces femmes ont une compétence et un rôle au moins égaux. Mériteraient-elles moins de respect ?

Docteur Christiane Hervé



## Le film endo-endothélial : élément clef de la physio-pathologie veineuse

### Son origine ?

Il résulte d'un phénomène de coagulation avec édification de fibrine le long de la paroi à partir des activateurs tissulaires de thrombo-plastinofomation.

L'action cliniquement constatée de Daflon dans la résistance capillaire a fait étudier son impact éventuel au niveau de ce film endo-endothélial de fibrine.

### Conséquences pratiques

Les conséquences en sont multiples : le film endo-endothélial peut alors être élaboré normalement et ainsi contribuer à une meilleure résistance capillaire et une diminution de la perméabilité pariétale. Ceci se traduit en clinique par une diminution de l'œdème veineux et une action positive sur les cas de fragilité capillaire.

La véritable tunique  
biologique du capillaire,  
c'est le film  
endo-endothélial

Aux couches habituelles formant la paroi du capillaire, l'adventice, la membrane basale et la couche de cellules endothéliales, s'ajoute ce film endo-endothélial de fibrine découvert par A.L. Copley (U.S.A.)<sup>①</sup>. Il joue un rôle de première importance dans la fragilité capillaire et la perméabilité des vaisseaux.

### Comment agit-il ?

L'étude biologique objective une coagulation globale non modifiée statistiquement alors que le système fibrinolytique est touché par une diminution importante de l'activateur du plasminogène. Celle-ci reprend sa valeur antérieure dès l'arrêt du traitement par Daflon<sup>②</sup>

① Copley A.L. On the endo-endothelial fibrin lining. Symposium Européen sur la maladie veineuse et son traitement - Rome - Avril 1978 - Monographie de La Gazette Médicale de France.

② Laverdant Ch. Film endo-endothélial et traitement de la fragilité capillaire par Daflon - Symposium Européen sur le traitement de la maladie veineuse - Rome - Avril 1978 - Monographie de La Gazette Médicale de France.

③ Migne J. et Laverdant Ch. De l'intégrité pariétale dans le traitement des fragilités capillaires. Communication à la VI<sup>e</sup> Conférence Européenne sur la microcirculation Aalborg (Danemark) - Juin 1970.



**4 comprimés par jour**

# daflon

restaure le film  
endo-endothélial<sup>③</sup>

Daflon - Composition : Flavonoïdes extraits de Rutacées (Aurantiées) titrés à 150 mg de Diosmine... 0,375 g par comprimé. Excipients : bicarbonate de sodium, carboxyméthylcellulose sodique, cire blanche, huile de paraffine (huile de vaseline épaisse), lactose, oxyde de titane, polysorbate, polyvidone excipient, saccharose, silice colloïdale, talc, talc micronisé.

Présentation : boîte de 30 comprimés dragéifiés - A.M.M. 311.57.3.2.

Daflon, médicament de la maladie veineuse et du risque phlébo-vasculaire : • il restaure le film endo-endothélial et donc rétablit la résistance et la perméabilité du capillaire • il renforce le tonus veineux

• il draine la stase veineuse.  
Indications thérapeutiques : • manifestations hémorragiques provoquées par une fragilité capillaire dans l'athérosclérose, le diabète, l'éthylisme • affections phlébologiques : varices et leurs séquelles, hémorroïdes • métrorragies fonctionnelles, fibromateuses ou hyperplasiques • fragilité capillaire essentielle.  
Posologie : 3-4 comprimés par jour : en pratique, 2 comprimés midi et soir. Coût de traitement journalier .3.20 F  
Tolérance : troubles digestifs banals rares.  
Durée de conservation : 4 ans.  
**Prix : 24,25 F** - Remboursé S.S. - Admis aux Collectivités.  
Les Laboratoires Servier  
Siège Social : 45520 Gidy

# Quand un de vos diabétiques devient un problème



## Que faire pour Madame X... ?

Il y a une dizaine de mois, vous avez découvert qu'elle était diabétique, 15 kilos de trop, toujours soif et faim, fatiguée, et en plus un prurit vulvaire tenace.

Bien sûr, il fallait qu'elle perde du poids et vous avez passé beaucoup de temps à lui expliquer pourquoi et encore plus comment.

D'emblée, vous avez ajouté au régime un sulfamide hypoglycémiant, car tous ses troubles rendaient pénible sa vie quotidienne, il fallait être rapidement efficace.

### Et sa vie a changé.

Disparition de l'asthénie, de la polydipsie, de la polyphagie, de la polyurie, du prurit, diminution de sa glycémie.

Elle suivait correctement son régime, ce qui se traduisait par une perte régulière de 1 kg, 1,500 kg, par mois.

Bref, un beau succès.

Et puis, depuis trois mois, elle s'inquiète, sa glycémie a cessé de "baisser" et ses triglycérides, déjà bien améliorés, restent pourtant supérieurs à la normale. Quant à son cholestérol, il a toujours été élevé et ne veut pas décrocher.

Elle fait une fixation sur son bilan. Elle ne comprend pas, elle fait bien son régime, elle continue à perdre du poids, mais peut-être moins et pas assez vite.

### Que faire ?

L'association de Mediator au traitement entrepris (sulfamide + régime) peut apporter une solution à ce problème thérapeutique.

Grâce à son mode d'action sur le métabolisme intermédiaire des glucides et des lipides, Mediator agit également sur l'équilibre du diabète et sur l'hyperlipidémie.

Mediator réduit l'hyperlipidémie si souvent rencontrée chez le diabétique. Les pourcentages de diminution sont d'autant plus élevés que les valeurs initiales sont importantes (– 25% pour les hypercholestérolémies supérieures à 4 g/l), (– 55% pour les hypertriglycéri-démies supérieures à 5 g/l).

D'autre part, l'activité hypoglycémiante de Mediator se situant au niveau périphérique et favorisant l'utilisation cellulaire du glucose, complète celle des sulfamides hypoglycémians.

Chez cette diabétique "à problème" l'institution d'un traitement par Mediator permettra de réduire les troubles métaboliques résistants.

# Mediator agit sur les 3 facteurs métaboliques du risque athérogène : hyperlipidémie, hyperglycémie, hyperuricémie.

**INDICATIONS :** Troubles du métabolisme des lipides : facteur de traitement du métabolisme lipidique. Mediator aide à corriger les hyperlipidémies, qu'il s'agisse d'hypercholestérolémies, d'hypertriglycéri-démies, d'hyperlipidémies mixtes. Troubles du métabolisme des glucides : diabète asymptomatique ; diabète patent, en association aux traitements classiques du diabète (régime avec ou sans hypoglycémiant). Troubles métaboliques glucido-lipidiques athérogènes : Mediator agit sur les principaux facteurs de risque responsables de l'extension ou de l'aggravation de l'athérosclérose.

**POSOLOGIE :** En traitement d'attaque : 3 comprimés par jour – 1 comprimé au début de chacun des 3 repas. Cette posologie peut être prescrite d'emblée ou atteinte progressivement (1 comprimé la première semaine, 2 comprimés la 2<sup>e</sup> semaine, 3 comprimés la 3<sup>e</sup> semaine) en cas de sensibilité digestive ou de susceptibilité particulière. Par la suite, la posologie peut être ramenée à 2 (parfois 1) comprimés dragéifiés par jour dans les cas modérés et pour les traitements au long cours, en fonction des résultats biologiques. Coût du traitement journalier : 0,94 F à 2,81 F. **CONTRE-INDICATIONS :** Pancréatite chronique avérée – Grossesse par mesure de prudence.

**ACTIONS INDÉSIRABLES :** En fonction de susceptibilités individuelles et plus particulièrement aux posologies supérieures à 3 comprimés par jour, les effets secondaires suivants ont été observés : digestifs (nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées), asthénie, somnolence ou états vertigineux. Aucune interférence indésirable de Mediator avec les traitements associés en particulier les anticoagulants, n'a été constatée. En raison de son mode d'action, Mediator ne peut pas provoquer d'hypoglycémie. Mediator n'interfère pas avec la fonction thyroïdienne.

**PRÉSENTATION :** Comprimés dragéifiés. Benzoate de [(méthyl-1 (trifluorométhyl-3 phényl)-2 éthyl] amino]-2 éthyle, chlorhydrate ; benfluorex, chlorhydrate... 0,150 g pour 1 comprimé. Excipients : amidon de maïs, carboxyméthylcellulose sodique, cire blanche, éthyl cellulose, magnésium (stéarate de), mono-oléate de glycérol, polysorbate, polyvidone – excipient, silice colloïdale, sucre blanc officinal, talc, titane (oxyde de) q.s. pour un comprimé dragéifié terminé à 0,700 g. Tableau A – A.M.M. 317-557-9. Durée de conservation : 4 ans. Boîte de 30 comprimés : 27,80 F + 0,35 F SHP. Remboursé Sécurité Sociale. Admis aux collectivités. Les Laboratoires Servier : 45520 Gidy.

# Médecine et drogués

Drogue encore, sujet rebattu. En parler n'empêche pas sa progression, peut-être arrive-t-il même que cela contribue à l'étendre.

Vous informer, vous rappeler que vous êtes, au premier chef, concernés est pourtant un devoir. Car les "toxicos" se dégradent physiquement et psychologiquement et trop souvent ils meurent, trop jeunes, trop seuls, trop malades. Ils ne sont même pas si "fous" puisque seulement 5 % peuvent être étiquetés psychotiques et 10 % névrosés (Dr Curtet-Marmottan). Cela nous regarde, médecins spécialistes ou non.

Le Docteur Claude Olievenstein, dont la compétence est indiscutable, vous dit ce que vous pouvez faire, ce que vous ne devez pas faire. Il vous dit que ce n'est pas facile, que les échecs sont nombreux mais il en "sort" un tiers. Si l'on obtenait ce pourcentage de succès dans le pronostic des leucémies aiguës, on crierait à la victoire.

Voici quelques chiffres que nous livrons à votre réflexion : 4 318 personnes ont été interpellées par la police, en 1977, pour usage de drogue. Elles étaient 3 839 en 1976, ce qui représente une augmentation de 12,47 %. Mais l'accroissement du nombre des drogués interpellés par rapport à 1969 est de 334 %.

Si on considère l'âge des utilisateurs sur 3 ans :

	1975	1976	1977
moins de 15 ans	1,39 %	0,52 %	0,37 %
de 15 à 20 ans	51,48 %	43,99 %	39,43 %
de 21 à 25 ans	36,46 %	41,75 %	44,71 %
de 26 à 40 ans	9,77 %	12,97 %	14,42 %
plus de 40 ans	0,87 %	0,75 %	1,04 %

on voit qu'ils vieillissent et on peut, sans extrapoler beaucoup, en déduire qu'un grand nombre d'entre eux qui étaient dans la tranche 15-20 ans en 1975 se retrouvent dans la tranche 21-25 ans. Ils se droguent donc depuis 3 ans au moins.

Sur ces 4 318 utilisateurs, près de 60 % sont sans profession. Ce sont les "usagers revendeurs" petits trafiquants prosélytes. L'augmentation des décès parle d'elle-même. Il faut savoir que ces chiffres ne concernent que les morts par overdose, seules comptabilisables pour la police.

Sur les 72 morts de 1977, 48 avaient entre 15 et 25 ans et plus du tiers d'entre eux a succombé à une overdose d'héroïne, un autre tiers étant dû à des produits pharmaceutiques détournés.

Lorsqu'on sait que dans le seul premier semestre 1977, 407 pharmacies ont été cambriolées, ce chiffre s'explique.

Le pourcentage de toxicomanies induites par les médicaments est loin d'être négligeable si l'on considère les chiffres suivants :

Type de drogue absorbée en 1977	
cannabis	63,22 %
héroïne	17,20 %
médicaments	13,38 %
LSD	2,10 %
cocaïne	1,85 %
morphine	1,78 %
opium	0,44 %



Composition d'une couverture du magazine "Dealer" : du Cannabis sativens en tête.

Tous ces chiffres provenant des statistiques du Ministère de l'Intérieur, ne tiennent compte que des cas où la police est intervenue. C'est dire qu'ils sont très largement en dessous de la réalité.

Ainsi le seul centre médical Marmottan a vu passer 5 700 toxicomanes en 6 ans.

En publiant ces chiffres, nous espérons apporter un meilleur support à votre réflexion qu'en relatant un fait divers sensationnel.

## QUELQUES ADRESSES UTILES

Centre Didro (information et accueil)  
23, rue de Gergovie, 75014 Paris  
Tél. 542.95.00

Compagnons de Daniel  
(prévention et accueil)  
15, rue de Grigna, 13000 Marseille

C.A.A.T. (prévention et accueil)  
26 bis, av. du

Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny  
78100 Saint-Germain-en-Laye

Association Luxembourg-Pont-Neuf  
(accueil)

5, rue des Beaux-Arts, 75006 Paris

Hôpital Marmottan  
17, rue d'Armaillé, 75017 Paris  
Tél. 574.45.70 - 574.00.04

**COMPARE** See if you don't agree with us that

**RIZLA** THE PERFECT SIZE DOUBLE WID



PAPERS ARE SHOWN ACTUAL SIZE



SOME PAPERS ARE TOO TALL FOR THEIR WIDTH. The paper goes around the cigarette too many times. SOME PAPERS ARE NOT WIDE ENOUGH. If you close the ends, there's not much left. MOST PAPERS FOLD ACROSS THE STASH that makes it hard to roll. SOME PAPERS DON'T USE THE BEST ADHESIVES. ONLY RIZLA GIVES YOU THE FINEST SLOW BURNING PAPER, PURE GUM ARABIC, AND A PERFECT 1:1 1/2 ROLLING PROPORTION.

**RIZLA** THE PERFECT SIZE DOUBLE WID

SPECIAL OFFER, 3 Pks. \$1 - RIZLA Distributed By BERNEY-KARP, 2850 E. 44th St., L.A., CA 9

Propose du papier-cigarette et compare son format à celui des concurrents.

Pages publicitaires extraites de deux magazines américains "High Times" et "Dealer", favoris des "junkies".

THE COMPLETE  
**PSILOCYBIA MUSHROOM**  
CULTIVATOR'S BIBLE



PSILOCYBE CUBENSIS

73 pp.  
24 color plates of all N. Am. Psilocybe species  
21 photos illustrate growing procedure.

Once the well kept secret of remote Indian tribes in the mountains of Mexico, psilocybe mushrooms are not only the most psycho-active of natural hallucinogens, but also the easiest to grow indoors. Growing mushrooms successfully requires only basic kitchen utensils, some baking supplies, and spores which are now available from us.

**FERTILE SPORES**

Each spore package contains hundreds of thousands fertile PSILOCYBE CUBENSIS spores and is packaged and sealed to insure fertility upon arrival and until use. Each sample is sufficient to start 10 or more cultures.

- CULTIVATORS BIBLE ..... \$5.00
- PSILOCYBE CUBENSIS SPORES ..... \$6.00
- BOTH BOOK AND SPORES ..... \$10.00

Send check or Money Order to  
Hungero Press  
P.O. Box 582  
Miami, Fla. 33133  
(305) 445-3322

Distributors please inquire

Propose spores et livret d'instructions pour faire pousser des champignons hallucinogènes at home.

**\$60 BILLION LEGALLY**

Weed Wear is your opportunity to enter a \$60 Billion a year industry—and it's legal! The industry? It's the clothing industry and it turns in over \$60 Billion in sales annually in this country alone.

Weed Wear is a complete line of naturally styled and comfortable men's shirts that are aimed directly at your customers. Each shirt is distinctly designed and embroidered in a particular world of the weed high. Your customers can pick their favorites from our collection and wear them to work or play.

We are clothing designers, manufacturers and direct importers in real life. But now we're directing our resources, talent and marketing abilities to develop a line of clothes to fit the growing needs of the paraphernalia industry. We think you'll find our style is your style. And our clothes something you'll want to sell in your store.

Take a minute to call us toll free for the details. If you don't, you'll be missing out on your share of the \$60 Billion.

**THE BIG FOUR.** Four good shirts we think your customers will like.



Propose des chemises ornées de plants de chanvre ou de champignons Psylobus.



Propose le bac "up to date" avec trois plants femelles pour la culture, des engrais et une mini-pompe électrique pour aérer le terreau.

Centre d'Etude et d'Information  
sur la drogue (prévention et accueil)  
C.E.I.D.  
2, place de la Victoire  
33000 Bordeaux

Centre d'Accueil et de Soins  
pour les Toxicomanes (accueil)  
30, rue des Orphelins, 51100 Reims

Centre d'Accueil,  
de Consultation et de Traitement  
(accueil)  
Dispensaire d'Hygiène mentale  
30, rue Boulegon  
13100 Aix-en-Provence

Info Drogue 72 (prévention et accueil)  
20, rue d'Iéna, 72000 Le Mans

Centre d'Accueil  
et d'Information (accueil)  
(Consultation spécialisée  
pour les toxicomanes)  
16, quai des Pêcheurs  
67000 Strasbourg

Accueil Information Drogue (accueil)  
3, rue Mirande, 21000 Dijon

## Conduite à tenir en présence d'un véritable toxicomane

Une récente statistique (Dr Curtet et Dr Davidson) honnête, du Centre Médical Marmottan, montre qu'après cinq ans, 31 % des toxicomanes lourds s'en sortent. Cette cure est faite de nombreux allers et retours, échecs et répétitions.

Un fait est fondamental : soit le toxicomane s'en sort seul, soit il termine sa cure avec une équipe différente de celle qui l'avait pris en charge à son arrivée.

En effet, nous savons maintenant que c'est seulement au moment propice où le toxicomane accepte de rompre avec son image de toxicomane qu'il est en bonne voie. Par moment propice, il faut entendre le moment particulier où s'installe la fin du plaisir procuré par la drogue et la prise de conscience des punitions sociales, sexuelles, judiciaires, familiales et dépressives inhérentes à la toxicomanie. Ainsi, nos échecs peuvent devenir les succès du concurrent comme nos succès sont les échecs du concurrent.

Que faut-il donc faire devant un toxicomane ?

*Éliminer ceux qui ne le sont pas.*

Faire entrer dans la filière d'une prise en charge spécialisée un adolescent en rupture de banc ou en révolte serait un contresens. Plus que le toxique utilisé, compte ici l'attitude devant la vie, l'insertion scolaire et familiale, l'état de morosité ou de dépression. Le plus souvent, un contact maintenu par le médecin de famille, une médication sans danger (phytothérapie ou placebo), le conseil peuvent suffire. Nous proposons également d'y adjoindre des méthodes de relaxation corporelle, genre méditation transcendentale ou yoga.

*Il s'agit d'un toxicomane vrai :*

Il peut utiliser un produit banal mais il a des appétences toxicomaniaques instinctives depuis l'enfance, ou il a pris, même occasionnellement, des

drogues fortes : opiacés, amphétamines, cocaïne, barbituriques, etc.) Il faut passer la main et sans hésitation aucune, faire appel au spécialiste pour une consultation d'orientation ; cependant le médecin généraliste doit bien savoir qu'il aura un double rôle à jouer :

- rassurer, orienter, soutenir la famille et éventuellement lui faire prendre conscience qu'elle-même a besoin d'un support psychothérapique ;

- servir de support de confiance au toxicomane et veiller à son bon état général somatique.

*Le bilan exact de la situation du toxicomane est l'affaire du spécialiste :*

- par rapport au plaisir (drogue et sexualité),
- par rapport à la famille,
- par rapport à une insertion sociale ou scolaire.

Il devra mettre en œuvre un programme et s'efforcer d'expliquer à la famille que la prise en charge d'un toxicomane s'étend sur plusieurs années (2 ans sont un minimum) ; un soutien ambulatoire d'attente et de mise en confiance s'impose, menant le sujet au fil des mois vers une cure de sevrage et une rupture avec le milieu de la drogue, si l'état physique et psychique du sujet le permet. Ou bien, au contraire, compte tenu de l'état de tension et des drames inter-familiaux, il faudra d'emblée hospitaliser ; mais il faut bien savoir que cette première hospitalisation est le plus souvent vouée à l'échec et risque de renforcer le sujet dans l'idée que la drogue est bonne et que les médecins sont des charlatans. De toute manière, ce premier séjour, relativement forcé, ne doit pas se faire en milieu spécialisé mais au contraire à l'écart de tout contact avec d'autres toxicomanes. Les visites et les coups de téléphone doivent être interdits.

Si on veut espérer une suspension de relative longue durée, on doit organiser un départ en dehors du milieu familial et du milieu d'approvisionnement dans ses plus petits détails (le jour et l'heure de la sortie comptent).

Ici, on se méfiera de la solution "appartement" ou communauté thérapeutique sur le lieu même de l'intoxication.

*L'étape de réinsertion dans les deux cas sera envisagée progressivement.*

Autant que possible, on évitera au début de remettre le drogué dans son milieu d'origine. C'est à ce stade que des familles d'accueil, des centres de post-cure, des appartements thérapeutiques peuvent et doivent être utiles.

Il est illusoire de penser qu'un toxicomane puisse être guéri sans avoir abordé, par la technique psychothérapique, le fond de ses problèmes personnels. Le moment de cette psychothérapie importe peu, l'important est qu'elle corresponde à la prise de conscience et au désir du sujet.

C'est le rôle des institutions spécialisées de savoir susciter ce désir par une grande souplesse d'adaptation à chaque cas.

Méfions-nous des pourcentages à succès fracassant énoncés par certaines institutions ou communautés thérapeutiques. Outre des problèmes éthiques non négligeables, nous pouvons affirmer avec sérénité qu'il existe une falsification dans leurs pourcentages : sur 100 demandes, près de 50 % restent sans suite, 20 % proviennent de non toxicomanes, et sur le reste, 30 % abandonnent dans les deux premiers mois.

A ce jour, seul le schéma thérapeutique que nous indiquons permet dououreusement de sortir près du tiers des toxicomanes vrais ; c'est peu, mais il y a 10 ans, c'était moins de 5 %.

Docteur Claude Olievenstein  
Hôpital Marmottan - Paris

Adresser votre courrier à :  
Médicographie - 22, rue Garnier  
92200 Neuilly-sur-Seine

## Constipation et régime hypo-calorique

*J'ai lu avec un grand intérêt l'article concernant ce mal si fréquent : la constipation (Médicographie N° 32). Hippocrate, nous est-il dit, savait déjà les vertus du son et nous-mêmes, après cette lecture, savons tout sur ces différents produits.*

*On peut seulement se demander pourquoi l'auteur n'a pas donné aussi, dans un article de diététique pratique, les valeurs caloriques et les teneurs en hydrates de carbone de ces produits miracles ? Est-il possible de les prescrire, même au cours d'un régime hypo-calorique ? Ont-ils un effet bénéfique sur la régulation de l'absorption des hydrates de carbone ? Voici qui serait aussi utile au praticien soucieux de diététique pratique et sans danger.*

Dr D. Sarraute

1/La question soulevée par le Docteur Sarraute est tout à fait judicieuse. A priori, on peut avancer que l'apport calorique du son "tel quel" est minime. On considère que la "dose" quotidienne de son pur, habituellement prescrite, soit 20 à 30 g, apporte 60 à 90 calories selon les échantillons. Le son contient par 100 g environ 32 à 33 g de fibres polysaccharides non cellulosiques, donc en partie absorbées (Southgate). Mais ce chiffre peut bien sûr varier selon les échantillons.

2/Par contre, les spécialités au son sont plus caloriques. Le son y est mêlé à de la farine blanche, à du sucre, à des œufs parfois même. L'apport calorique monte alors : il varie de 350 à 500 calories pour 100 g de pain ou d'aliment au son (les plus riches : les sablés Céréfibre = 64 g de glucides, 490 calories pour 100 g ; les moins riches : All Bran = 62 g de glucides, 356 calories pour 100 g, Fibroson = 61,5 g de glucides, 420 calories pour 100 g).

3/Le son diminue légèrement l'absorption des glucides mais insuffisamment pour influencer la glycémie. Cependant, certains auteurs estiment que les fibres alimentaires sont bénéfiques dans le régime des diabétiques et des obèses.

4/Enfin, il ne faut pas oublier que le son diminue l'absorption du calcium, du magnésium et du zinc et en tenir compte. Si l'on prescrit du son, on peut recommander de l'absorber mélangé à un yaourt pour prévenir la déperdition protéique et minérale ou conseiller des spécialités enrichies au caséinate de calcium.

F. Casamitjana

## L'échographie : anodine ou pernicieuse ?

*L'échographie : anodine ou pernicieuse ?*

*...Votre article sur l'échographie (Médicographie N° 33) présente cette technique comme totalement non agressive.*

*C'est méconnaître certains travaux actuels qui tendent à impliquer l'échographie fœtale dans la genèse de certaines surdités de l'enfant ou l'échocardiographie dans certains délabrements intra-cardiaques. Vous comparez fort justement le principe de l'échographie à celui du radar. Certes, les rayonnements électromagnétiques en cause n'ont pas la même longueur d'onde et donc des propriétés biologiques et mécaniques différentes. Mais pour l'instant, rien ne permet d'affirmer absolument qu'il fait meilleur se promener sous l'échographe que dans le champ du radar...*

Dr Michel Serre

Dont acte.

## Cycle menstruel des hôtesses de l'air

*L'article concernant médecin et personnel navigant (Médicographie n° 33) apporte de nombreux éléments d'information sur la surveillance et les exigences de la santé de ce personnel. On peut, cependant, regretter que l'auteur n'ait pas donné plus de renseignements sur l'influence des décalages horaires sur les différentes constantes physiologiques dans l'espèce humaine. N'existe-t-il pas de troubles de l'adaptation au sommeil, des modifications des rythmes circadiens ? Quel peut être l'effet de ces*

*déplacements sur le cycle menstruel normal ? Autant de questions auxquelles une revue comme la vôtre se devrait de fournir une réponse, si elle existe.*

Dr. Defaix

Pratiquement, on admet que les troubles sont nets lorsque plus de quatre fuseaux horaires sont franchis, ce qui correspond à un vol transatlantique ou vers l'Inde. Un voyage vers l'ouest, qui semble allonger le temps, va favoriser l'endormissement les premiers jours mais causer des réveils précoces. Il en résultera une dette de sommeil. A l'inverse, les voyages vers l'est contractent le temps. Il est difficile de s'endormir comme de se réveiller. Les phases de sommeil sont raccourcies. Encore faut-il noter que la première nuit est souvent pratiquement normale, du fait de la fatigue du voyage.

Le personnel navigant est donc exposé à des perturbations qui seraient d'autant plus graves qu'elles se succèderaient tout au long de l'année, si la réglementation et l'organisation du travail dans les compagnies aériennes n'avaient pas prévu des aménagements des durées de travail et des phases de repos relativement longues, indispensables à la resynchronisation. Nous avons par ailleurs évoqué le problème de l'emploi des hypnotiques par les navigateurs, en particulier PNT.

Enfin, pour ce qui est des fonctions dont le rythme n'est pas nyctéméral mais "lunaire", comme le cycle menstruel, de très nombreux facteurs sont susceptibles de les perturber au cours d'un voyage, quel qu'il soit. A en juger par la littérature et l'examen des hôtesses PNC, on peut cependant considérer que la plupart des femmes navigantes ont un cycle de durée normale. Il est vrai que nombre d'entre elles sont rythmées par des oestrogénostatifs !

Au total, les navigateurs aériens professionnels sont, toute proportion gardée, moins atteints par le décalage horaire que les touristes ou les autres voyageurs. Chaque équipage finit par vivre sur un rythme circadien propre, qui n'est de nulle part pour être de partout.

Dr. Solange Moréno





# Cardiorythmine 10 sédative

2 à 4 comprimés par jour en moyenne

**CARDIORYTHMINE 10 SEDATIVE - Comprimés dragéifiés.** Anti-arythmique, anxiolytique sédatif. **Indications :** - Manifestations cardiaques où domine la neurotonie • extrasystolie • érithisme cardiaque • précordialgies, palpitations. - Troubles du rythme plus sévères • tachycardie sinusale rebelle • tachyarythmie, flutter • tachycardie paroxystique, maladie de Bouvieret • troubles du rythme symptomatiques d'une cardiopathie • bigéminisme. **Posologie : 2 à 4 comprimés par jour**, jusqu'à 6 si besoin, en prises fractionnées, selon les indications et en surveillant la fréquence cardiaque. Coût journalier du traitement : 2,96 F à 5,92 F. **Acceptabilité :** Pas d'effets indésirables aux doses recommandées. Quelques rares incidents digestifs à type de diarrhée ont été rapportés. Pas de phénomène d'accoutumance, ni de dépendance. CARDIORYTHMINE 10 SEDATIVE est réservée aux adultes et déconseillée, comme tous les anti-arythmiques et par mesure de prudence, chez la femme

enceinte. **Contre-indications :** Bloc auriculo-ventriculaire, blocs de branche. Prudence en cas d'insuffisance cardiaque avancée et de bradycardie. **Présentation :** Pilulier de 30 comprimés dragéifiés dosés à 0,100 g de chlorhydrate d'ajmaline et 0,020 g de butobarbital. **Excipients :** Amidon de maïs, carboxyméthylcellulose sodique, cire blanche, lactose, stéarate de magnésium, polyvidone excipient, sucre blanc officinal, talc, oxyde de titane, polysorbate, empois d'amidon de maïs desséché, éthylcellulose, monooléate de glycérol, silice colloïdale, laque coque, Q.s.p. un comprimé dragéifié terminé à ... 0,500 g. **Durée de conservation :** 5 ans. VISA NL 3618 - Numéro d'enregistrement (A.M.M.) : 01854. Prix : 44,45 F + 0,35 SHP - Remboursé Sécurité sociale - Tableau C.

Les Laboratoires Servier - Siège Social : 45520 Gidy.

## LE PUBLIC NE SOUHAITE PAS CONNAÎTRE, IL AIME SEULEMENT RECONNAÎTRE

Depuis dix ans, on nous rebat les oreilles avec la nécessité d'un cinéma politique. Or, pour ce qui concerne la politique immédiate, son intelligence et son efficacité, la fiction ne pèse pas lourd en regard de la moindre chronique imprimée : le journal prend moins de temps et véhicule davantage d'informations, d'analyses que le mélodrame de l'image. Idée simple, mal reçue pourtant, à laquelle on oppose les prétendues réussites étrangères.

Exemple : *"Judith Therpauve"* conte, via un portrait de femme, l'agonie d'un journal et la fin des idéaux de la Résistance. On pouvait déplorer sa pauvreté en imagination visuelle, indigne du réalisateur Patrice Chéreau, sans accabler le film en le comparant à *"Bas les masques"*, sorte de "thriller" sur l'étrangement d'un journal américain, sorti depuis un quart de siècle ou plus. Excepté son rythme de "polar", et Humphrey Bogart dans le rôle de Simone Signoret, le film américain de Richard Brooks n'avait pas plus de "profondeur" que le film français de Chéreau. Plutôt moins, s'il faut trancher. Brooks, comme la plupart de ses compatriotes, ne pouvait concevoir un affrontement politique sans le faire tourner à la lutte-contre-les-gangsters. Pourquoi diable ériger à tout coup le cinéma américain en modèle ? Allergique aux idéologies, insensible aux vrais problèmes, il fourrera toujours des gangsters quelque part.



*"Le Mariage" de R. Altman : sa réussite confond.*

### Un misanthrope de plus en plus affirmé

Cela, le plus grand metteur en scène d'Amérique du Nord le sait. On n'a jamais vu un débat politique dans un film de Robert Altman, l'auteur de l'éblouissant *"Trois femmes"*. Il ne quitte jamais de l'œil l'essentiel de sa civilisation : les êtres et leurs mœurs. Rien de plus, rien de moins.

Pour *"Un Mariage"*, il reprend la méthode qui lui avait si bien réussi avec *"Nashville"* : suivre une foule de personnages, en les individualisant de telle sorte que le spectateur ait l'illusion de connaître chacun, même s'il l'aperçoit durant trente secondes. A ce plan, la réussite confond : d'où vient cette aisance, cette fluidité, qui brassent quarante-huit personnages sans faillir, alors que tant d'autres ne parviennent pas à rendre crédibles, en deux heures, trois ou quatre protagonistes ? Là où le bât blesse, c'est au niveau de la philosophie de l'auteur, dont la "politique" se résume à une misanthropie de plus en plus affirmée. La cérémonie qu'il décrit ressemble

plutôt à une exécution. Elle n'épargne personne, de l'évêque gâteux chargé de la bénédiction, jusqu'à l'aïeule expirant en ce beau jour, et qu'il faut cacher aux invités comme dans un vaudeville. Au cours de cette seule journée d'une union bourgeoise, nous voyons défiler tous les ridicules et sottises du monde. Ce Mariage, c'est donc bien celui de *"Nashville"*, pour la forme, et du caricatural *"M.A.S.H."* - où les médecins militaires en prenaient un rude coup -, pour le fond.

Par bonheur, quelques dérapages vers l'insolite, un ton "bunuélien" (comme cette image de la mariée se mettant nue pour poser une photo, ou bien cette mort imbécile de deux invités à la fin), étoffent et embrouillent le guignol juste à point. Altman reste Altman, c'est-à-dire insaisissable.

### "Tu ne m'oublieras pas"

Non content de nous étonner en multipliant ses propres films, il vient par surcroît de créer un studio où il produit les œuvres de ses "élèves". De cet "atelier", sort le second film de son assistant Alan Rudolph, *"Tu ne*

*m'oublieras pas*". Dans la fausse nonchalance du scénario, dans son attachement "terre-à-terre" aux êtres, dans la recherche d'un "climax", nous retrouvons un air de famille. Comme il ne s'agit pas de l'asservissement à un "maître" (Altman n'impose rien, n'enseigne rien), mais d'affinités électives, n'assisterions-nous pas à la naissance de cette chose fort rare dans le milieu du cinéma, une "école", au sens pictural du terme ?

Quoi qu'il en soit, le point de départ ne doit pas tromper. Une femme sort de prison, elle va persécuter son ex-mari, à la fois pour régler ses comptes et se libérer du passé : avec ce type de sujet, on attendrait un film carré. Alan Rudolph, lui, procède par zig-zags et arabesques. Plus on avance, moins on en sait sur l'héroïne. Ce n'est pas avec ce genre d'approche qu'on réussit de bons "thrillers", mais cela risque de faire des films qui trottent dans la mémoire.

Comme Altman, Rudolph a la vertu de regarder son propre pays en étranger. Il photographie l'enseigne du restaurant "Dubrovnik" avec l'étonnement d'un paysan du Danube, cela se sent. Il observe les femmes avec la même surprise. En dépit de ses affirmations, ce n'est pas aux stars hollywoodiennes des années 30-40 qu'il a rendu hommage. Sa Geraldine Chaplin - qui pourtant donna, chez Saura et d'autres, des "compositions" superbes - est, pour la première fois, résolument moderne. Violente et vulnérable, imprévisible, sans communication avec autrui, elle ne s'exprime que par des gestes, des attitudes, voire des agressions. Elle joue la vie, non le discours. Visuelle avec magnificence, elle réinvente le génie de la littérature et du cinéma américains : tout dans l'art du comportement. Rudolph le sait, qui épouse sa démarche nerveuse, traque aussi bien sa façon de passer du rouge sur ses lèvres que son truc pour éteindre une cigarette, en guillotinant avec les ongles la braise du mégot...

### Une "Sonate" triviale

Pendant ce temps, la France a porté aux nues *"Sonate d'automne"*, sans voir que, dans ce psychologisme immobile, elle glorifiait au cinéma ce que le théâtre, depuis Henry Bernstein, n'ose plus faire : tempêtes sous un crâne, batail-

les de salon, comme si les truismes des conflits parents-enfants ("maman, tu m'as délaissée quand j'étais petite !"... ) pouvaient tenir lieu de tragédies raciniennes. La sûreté de la dramaturgie, la perfection des interprètes ne changent rien au fond, prud'hommeque par essence. Ce n'est pas un hasard, si Ingmar Bergman atteint un record d'affluence dès qu'il s'abandonne au trivial, sans interrogation métaphysique, sans recherche d'écriture, avec le seul poids d'une anecdote pour courrier du cœur. Cocteau disait à peu près, terrible sous la gentillesse : *"Le public ne souhaite pas connaître, il aime seulement reconnaître"*.

### Notre chair, notre culture

Nulle question de talent n'entre en jeu : Wajda reste ce cinéaste amateur d'effets médiocres, ici l'usage intempestif d'objectifs à grand angle qui donnent à sa vedette une démarche d'araignée, capables tout juste d'éblouir quelques ciné-clubs et critiques naïfs. Mais le sujet possède un souffle qu'on chercherait en vain ailleurs. Il emprunte la voie royale de l'enquête d'identité, où s'illustra avec fulgurance Orson Welles, de *"Citizen Kane"* à *"M. Arkadin"*. Sa jeune réalisatrice de télévision, qui cherche à faire un film sur un ouvrier-modèle de l'ère stali-



Geraldine Chaplin dans *"Remember my name"* : elle joue la vie, non le discours.

Du moins Bergman, instruit par l'échec de *"L'Œuf du serpent"*, a-t-il renoncé à la mode politique, ce qu'on ne saurait dire de tout le monde en Europe occidentale. Est-ce un paradoxe ? Le seul bon film "politique", cette année, nous est venu d'un territoire où le champ politique est aussi désert qu'aux Etats-Unis, pour d'autres raisons. Il semble qu'en Europe de l'Est, l'impossibilité de traduire des conflits "immédiats" (dont se délecte l'Europe de l'Ouest) pourrait favoriser des remises en cause plus vastes, portant sur des périodes entières. Dans *"L'homme de marbre"*, la génération polonaise actuelle juge et conteste pendant trois heures l'option stalinienne de l'après-guerre : cela prend une autre allure que les micro-contestations de Francesco Rosi, quelque respect que nous ayons à l'endroit de celui-ci.

nienne, et qui découvre trente ans de mensonges, de lâchetés, voire de crimes, c'est bien sûr Wajda, enfin sincère, défoncé, parlant de sa vie comme il n'avait jamais osé auparavant, - mais c'est aussi nous, et pas seulement les Polonais, qui ont vu le film par millions.

Voici bien le plus étrange, et qui révèle un grand film, car l'universalité, à ce niveau, ne ment pas : cette Pologne de la guerre froide, qui semblait plus lointaine que la Chine de Marco Polo, elle fait partie de notre chair, de notre culture. Ces actualités truquées, ces procès iniques, ces films de propagande grossière, ces immeubles tristes bâtis à la hâte, ces rues sans voitures, nous les reconnaissons. Tout cela fait partie de notre mémoire collective. *"L'Homme de marbre"*, c'est notre petite madeleine venue de l'Est.

Michel Mardore

## POUR OU CONTRE ADAM ET EVE

Voici 20 millions d'années, 30 même pour certains, les Hommes se sont écartés à jamais des grands singes. *Homo sapiens* a ensuite émergé, il y a quelque 100.000 années. Entre l'affirmation des premiers Hominidés et la spéciation d'*Homo sapiens*, ont pu apparaître nos Adam et Eve dont environ 50.000 générations nous séparent selon Jean de Grouchy\*. 50.000 générations au côté desquelles les cent dernières, qui vont du siècle de Périclès au temps de Jean-Paul II, font petite figure.

Adam et Eve ? Un couple serait-il à l'origine d'une espèce, de la nôtre ? Les progrès de la génétique moléculaire, l'étude des aberrations chromosomiques permettent aux auteurs "pour" de le soutenir et de reconstituer l'histoire génique de ce couple qu'ils veulent unique.

### De nouvelles protéines

Du premier organisme nucléé - l'unicellulaire algue bleue - à l'Homme, l'évolution a engendré une multitude étonnante d'espèces variées. Toutes, si diverses soient-elles, sont porteuses d'une machinerie héréditaire identique, universelle : l'ADN, le code génétique et l'association ARN de transfert-ribosomes, nécessaires à la synthèse protéique. Le quotidien de tout animal ou végétal dépend des séquences des acides aminés de ses protéines, des séquences que programme l'ADN.

Quand il y a évolution, voire création d'une nouvelle espèce, il y a de nouvelles protéines. C'est dire que l'évolution peut être ramenée, "à la base", à la substitution d'un acide aminé par un autre. Cette substitution est commandée par la mutation qui n'est qu'une erreur lors de la replica-



Gustave Doré

Nés d'un XX/XY

tion de l'ADN d'un gène. Les mutations sont courantes : par génération, il y aurait une mutation de gène chez un individu pour 10.000 à 100.000.

### Nous sommes tous des mongoliens

Comment expliquer celles qui firent des primates à 48 chromosomes (les Pongidés : Gorilles, Orang-outangs et Chimpanzés) et les Hommes à 46 chromosomes ? Par un couple unique de "mutants" : telle est l'hypothèse de différents généticiens dont J. de Grouchy et J. Lejeune. Des remaniements chromosomiques sont mis en cause, ces remaniements qui, au cours des 3,5 milliards d'années de "vie" sur la terre, y ont aménagé les barrières indispensables entre les espèces. Pour séparer les trois grands singes entre eux et l'homme à côté, une trentaine d'inversions péricentriques des chromosomes et une seule fusion chromosomique auraient suffi. C'est ce que veut établir l'analyse très serrée des caryotypes des quatre espèces par J. de

Grouchy. Reste à matérialiser le couple unique de primates procréant un couple "46 chromosomes" bientôt incestueux et fertile, -ô combien ! Son scénario est celui d'une "double fécondation" ; un tel "accident" a été récemment observé une fois aux Etats-Unis, une fois en France.

On sait que la maturation des cellules sexuelles féminines ne s'achève que lors de la fécondation par le spermatozoïde. La cellule originelle a d'abord produit deux cellules-filles dont l'une est expulsée (1<sup>er</sup> globule polaire) ; la cellule-fille sauvegardée se divise en deux nouvelles cellules-filles : l'une d'elles est l'ovule fécondé par le spermatozoïde, l'autre, le 2<sup>e</sup> globule polaire, est expulsée à son tour.

Et c'est l'union du spermatozoïde envahisseur et de l'ovule qui "télécommande" l'expulsion du 2<sup>e</sup> globule polaire.

Or ce globule, cette 2<sup>e</sup> cellule-fille, peut très exceptionnellement s'incruster dans l'œuf, refuser l'expulsion. Et plus exceptionnellement encore, il

peut arriver qu'un deuxième spermatozoïde réussisse à franchir la membrane de l'œuf, les mécanismes habituellement implacables qui l'en empêchent étant pour une fois mis en défaut.

### Deux jumeaux issus d'une chimère

Dès lors, l'œuf dispose de "deux noyaux", chacun fécondé par un spermatozoïde. Trois possibilités sont envisageables - l'une d'elles pourra déboucher sur nos Adam et Eve, si le concours de circonstances s'exacerbe. Soit nous avons un œuf

Ou bien nous avons un œuf

$$\begin{cases} \text{X X} \\ \text{X X} \\ \text{X Y} \\ \text{X Y} \end{cases}$$

Dans ces deux cas, les deux spermatozoïdes avaient le même "sexe" et les populations cellulaires seront des XX/XX ou des XY/XY avec des développements sexuels "Homme" ou "Femme" normaux.

Troisième éventualité, les deux spermatozoïdes fécondateurs sont de sexe différent. On obtient une chimère XX/XY; l'individu résultant est hermaphrodite.

Deux hasards supplémentaires et heureux sont alors imaginés. D'abord, il y a production de jumeaux par division de l'œuf : l'un est XX (fille), l'autre XY (garçon). Remarquons aussitôt que si leur héritage paternel est tout à fait différent (chaque spermatozoïde a apporté son matériel génétique original), l'héritage maternel de l'ovocyte, est identique puisqu'il provient d'une même cellule sexuelle féminine originale dont les deux cellules-filles ont été préservées\*\*.

C'est ici qu'est invoqué un deuxième coup du sort, antérieur en fait à la gémellité. Lors de la production de la cellule sexuelle féminine originale, il y a eu remaniement chromosomique. Ainsi la mère Primate donne le jour à un couple d'Hominidés, frère et sœur, tout à fait fertiles, dotés d'une moitié génétique différente, d'une moitié identique et tous les deux "à 46 chromosomes" de ce fait, tous les deux porteurs de ce même bagage génique "muté" permettant l'essor de l'humanité.

La succession de coïncidences proposée peut paraître extravagante. Elle est pourtant plus "probable" au regard des millions d'années que l'autre cas de figure : la survenue dans des

régions et des temps éloignés d'individus identiques, fruits différents de "mêmes remaniements chromosomiques à une molécule d'ADN près".

### Plus de cent mutés par éjaculat

La haute instabilité du matériel génétique qui a permis l'évolution des espèces a deux conséquences moins heureuses.

La mutation induite par des embrouillages chromosomiques parfaitement accidentels lors des méioses est aléatoire. Si elle est favorable à un environnement particulier, elle sera considérée comme *préadaptée*. L'accumulation graduelle des mutations pourra amener la lente transformation des espèces. Ainsi l'acquisition, chez un (ou des) poisson(s) du Dévonien, d'une narine particulière, conjointe à celle d'une poche natatoire vascularisée, sorte de pré-poumon, à celle d'un canal lacrymal, de nageoires presque articulées a permis sa survie dans des flaques d'eau asséchées où l'avait piégé une forte marée (*La sortie des eaux*, Médicographie N° 34). Les mutations étaient bien préadaptées à ces pièges inattendus et permirent l'apparition des amphibiens, premiers vertébrés terrestres.

Toutefois, la plupart des mutations sont délétères. Elles surviennent quand l'organisme est bien adapté à son milieu et sont "insensées". Elles sont fréquentes : ainsi les malformations congénitales affectent près de 3 % des nouveau-nés. Encore soixante

pour cent des avortements spontanés décelables sont la conséquence d'aberrations chromosomiques. On a évalué à trois cents mutations, selon le gène par millions de gamètes, la fréquence des mutations. Comme un éjaculat de sperme contient environ deux cents millions de spermatozoïdes, il peut délivrer plusieurs centaines ou milliers de spermatozoïdes "mutés" !

### Le cancer-rançon

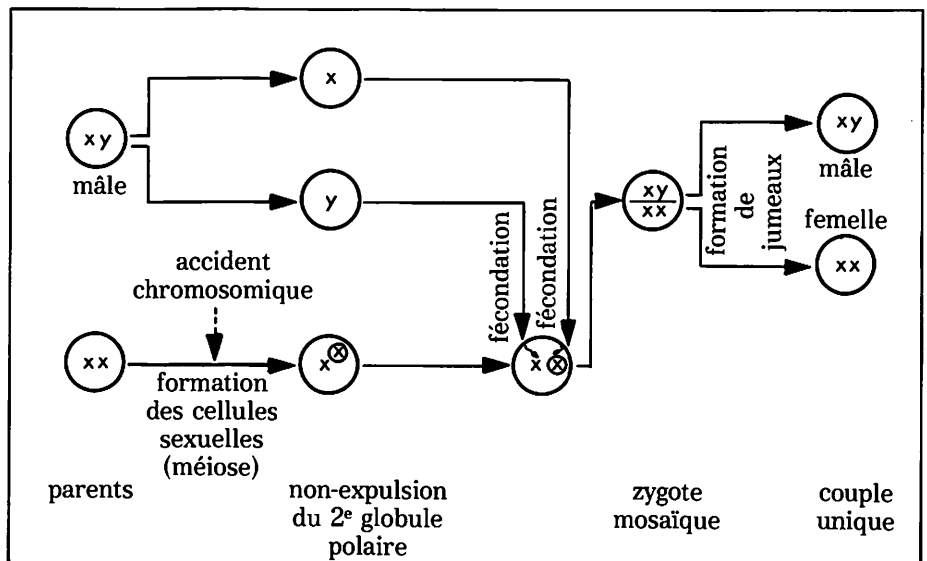
Le deuxième méfait rapporté à la fragilité du matériel génétique est la cancérisation. Car ce matériel génétique est aussi présent dans chaque cellule de l'organisme. A chacune des divisions cellulaires, il est exposé au risque d'un remaniement accidentel, anodin le plus souvent, mortel quelquefois.

Mais la cellule-fille "anormale" apparue sera en principe immédiatement éliminée par l'organisme vigilant. Quelquefois elle résiste, se multiplie ; la mutation apparue lui permet de créer une population anarchique capable d'envahir l'organisme et par contre-coup de le détruire.

Ainsi se trouvent rattachées à la fertile évolution des espèces, - les mécanismes qui les sous-tendent seraient les mêmes - ces aberrations : les malformations congénitales et le cancer, la "rançon de la vie", en quelque sorte.

Etienne Lévy-Lambert

\*A lire : "De la naissance des espèces aux aberrations de la vie", Jean de Grouchy - R. Laffont, 1978 - "Les mécanismes de l'évolution", Francisco Ayala - Pour la Science 1978. N° 13, p. 46.



\*\* - L'hypothèse de J. de Grouchy expliquant la survenue d'un couple unique porteur du même remaniement chromosomique.

## REFLEXIONS SUR L'ARGENT

Symbole sexuel, peut-être, c'est ce qu'on dit ; à ce jour, seuls une poule et un âne ont confirmé que le caca, c'est de l'or. Modestement je voudrais ajouter, c'est aussi sea and sun\*. Palper a plusieurs significations et si l'on imagine, dans un univers culturel défini, ambiant, une partie de bras de fer, la main du médecin l'emporte sur celle du truand. Qui s'en fout, d'autant plus que l'argent n'a traditionnellement pas d'odeur et que si besoin est, on le lave.

Or, si l'on me permet cette conjonction précieuse, l'envie est forte de récolter, dans un énorme sac, toutes les odeurs corporelles nauséabondes, avouées et planquées, même celles qui émanent de soi et que l'on respire avec un sentiment mêlé - honte, étonnement, fierté, certitude d'exister et d'appartenir au monde animal - de les comprimer au max, de franchir la frontière en fraude et d'aller tout déverser en douce au bord suisse du calme lac Léman. Lire alors l'étonnement sur le visage des vaillantes populations rurales, parmi lesquelles se reposent les banquiers muets. Enfin, me direz-



Peau d'Ane : le caca, c'est de l'or.

vous, ne pas avoir d'argent c'est difficile et ce sont toujours les pauvres qui en souffrent le plus. Le temps, c'est de l'argent, même à 15 ou 16 francs de l'heure, dit doucement la bonne au fils de la maison, ravagé par un désir ancillaire.

### Le grand y'a caca

Voici quelques années, ma fille et ma nièce - Sarah et Séverine - nous payaient de nos peines par de superbes selles, et le moindre changement d'aspect ou d'odeur de celles-ci nous plongeait dans une angoisse proche de celle des fins de mois. Vint l'époque du langage pipi-caca-zizi, il fallut composer, écrire des comptines qui ne rapportaient pas un sou à leur auteur mais provoquaient de tels fous rires compliques qu'il se sentait largement payé de ses efforts. Ainsi :

*Vive le caca*

*Le grand y'a caca*

*Surgissant du lac Titicaca*

*Aux yeux émerveillés de gentils Incacas*

*Dans la foule Séverineca et Sarahca*

*Applaudissent et hurlent hip hip hip caca*

*Le missionnaire est un peu baba.*

De là à établir un lien entre la pompe à phynances\*\* et la pompe à merdre\*\*, les deux petites futées en semblaient incapables. Plus tard peut-être.

### Aucune banque

La seule certitude, dans un temps où la valeur de l'argent se rapproche peu à peu de la valeur du papier - serait-ce la sombre vengeance écologique des forêts profondes -, où remplir un chèque en bois est un acte héroïque voire mortel, où les économistes de l'Occident ne savent plus comment faire fonctionner leurs planches, où le travail est payé en roupies, la seule certitude, dis-je, est que les hommes ont fait caca avant d'inventer la monnaie. L'interprétation freudienne, juste ou non, est tardive et finalement mal acceptée : aucune banque, à ma connaissance, ne porte les initiales W.C.

Voilà, c'était l'appel pathétique à une jeune poulette, bonne pondeuse\*\*\*, d'

un coq tendre et encore viril.



Tout déverser dans le Léman.

Roger Viollet

\*Serge Gainsbourg - Sea, sex and sun

\*\* Alfred Jarry

\*\*\*Photo retournée.

**un seul principe actif**  
(la fusafungine)  
**pour deux actions complémentaires**  
**antibiotique et anti-inflammatoire**

**LOCABIOTAL**  
PRESSURISÉ



rhinopharyngite, angine, trachéite, sinusite, bronchite, état grippal, rhinite, laryngite.

LOCABIOTAL pressurisé : antibiotique, anti-inflammatoire; microdiffuseur de 20 ml avec embout buccal et embout nasal • Fusafungine, 1,180 g – Saccharine, essence composée, essence de Neroli, alcool, benzododecinium, myristate d'isopropyle, q.s.p. 100 g – Chaque microdiffuseur de 20 ml contient 5 ml de soluté et 15 ml de dichloro-difluorométhane • Indications : sinusites, rhinites, rhino-pharyngites, angines, laryngites, trachéites, bronchites, complications respiratoires de la grippe • Posologie : 4 séances par jour, 4 aspirations par séance par la bouche et/ou dans chaque narine • Coût journalier du traitement : 0,71 à 1,42 F • Durée de conservation : 3 ans • Visa NL 871. Prix : 17,80 F. Remboursé par la Sécurité sociale (70%) • Les Laboratoires SERVIER – Siège social : 45520 Gidy.

# Chez l'hypertendu souvent athéroscléreux, **Hydrosarpan 711** facilite la régression des troubles neuro-sensoriels.



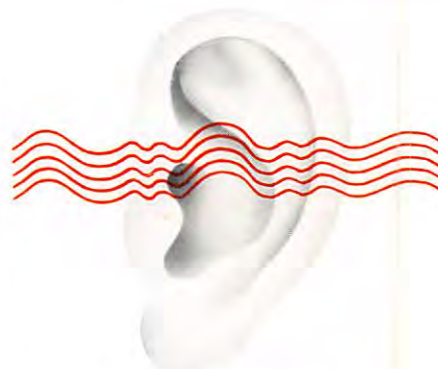
Céphalées du réveil.



Faux vertiges.



Plantés.



Bourdonnements et sifflements.

Hydrosarpan 711 a la particularité d'augmenter à la fois le flux artériel et l'extraction veineuse.



Cette double action permet de réinstaurer et de maintenir l'équilibre circulatoire.

INDICATIONS : Insuffisance circulatoire de l'hypertendu et de l'athéroscléreux. Pathologie cérébro-sensorielle en ophtalmologie et en O.R.L. Artériopathies périphériques. Troubles vaso-moteurs des extrémités. Troubles de la vascularisation dans les escarres et en chirurgie traumatique et plastique. CONTRE-INDICATION : Néofor- mation cérébrale en évolution. PRÉCAU-

TIONS : Ne pas associer aux I.M.A.O. POSO- LOGIE : 3 à 6 comprimés par jour. Coût de traitement journalier : 2,55 à 5,10 F. PRÉSEN- TATION : Boîte de 30 comprimés dragéifiés, dosés à 5 mg de pipratécol (dichlorhydrate de), 5 mg de raubasine et excipients q.s.p. un comprimé dragéifié de 0,250 g. Durée de conservation : 5 ans. Prix : 25,15 F + S.H.P. 0,35 F. Remboursé par la Sécurité Sociale.

Admis aux Collectivités et Hôpitaux psychia- triques. Tableau A. N° AMM 305.186.0. **LES LABORATOIRES SERVIER.** Siège social : 45520 GIDY.

## HYDROSARPAN 711

79 MG 11 04 B