

# S.T.M.L.P Section Sousse

42 av. Mohamed Karoui SOUSSE

Page 1

## Editorial

**P**ourquoi un bulletin ?  
- C'est à partir d'une réflexion, d'une suggestion et même d'un reproche qu'est née cette revue.

Dès lors, nous avons fait appel à la bonne volonté des uns et des autres, et certains confrères ont bien accueilli notre initiative et nous ont fait parvenir des articles en rapport avec la pratique quotidienne. Ce bulletin, ni prétentieux, ni édité par des professionnels, est écrit par nous, par vous et tout médecin désirant traiter un sujet qui lui tient à cœur, faire le résumé d'un article, le compte rendu d'un congrès auquel il vient d'assister, ou voulant s'exprimer par un poème, une citation



philosophique ou autre. Avicenne n'était-il pas philosophe, mathématicien, astrologue, physicien, musicien, tout en étant un illustre médecin ? Chers confrères et amis, à vos plumes, nous attendons vos articles, votre parti-

icipation et à défaut vos critiques dans le prochain numéro.

*Pour le Bureau  
Section de Sousse*

### Sommaire

LITHIASE VESICULAIRE ET COELIO CHIRURGIE	Page 2
LES CANCERS DU CAVUM	Page 4
BALLONNEMENT ABDOMINAL	Page 5
LES HYPERLIPIDEMIES	Page 6
PEAU ET SOLEIL	Page 10
CULTURE ET PETITES ANNONCES	Page 12

Page 1

## Composition du Bureau

**Secrétaire général :**  
Dr. Mohamed FARHAT  
Tél : 226 348

**F.M.C. :**  
Dr. Mohsen HAOUALA  
Tél : 229 412

**Trésorier :**  
Dr. Youssif ZINELABIDINE  
Tél : 227 981

**Affaires syndicales :**  
Dr. Med. Hédi AMARA  
Tél : 227 897

**Information :**  
Dr. Mhamed ACHACHE  
Tél : 227 511

**Membres de la C.A. :**  
Dr. Béchir BOURAOUI  
Dr. Med. RABEH CHAIBI  
Dr. Sahbi NOUIRA



**MEDECIN DE NUIT**  
De 20 h à 8 h du matin

**Dimanche et jours  
fériés**  
24h/24h

**42 av Mohamed  
Karoui SOUSSE**

**Tel : 22 44 44**

Dr S. Beizig

## LITHIASE VÉSICULAIRE ET COELIO-CHIRURGIE : Attitude pratique

**D**ans quelques mois, en Mars 1997, sera célébré le dixième anniversaire de la première cholécystectomie par coelioscopie réalisée à Lyon par Philippe Mouret. Ce dernier était alors loin de se douter qu'il allait révolutionner par ce geste, pur hasard et non prémédité, le traitement de la lithiase vésiculaire. Ce jour là du mois de mars 1987, il avait inscrit au programme une patiente adressée pour deux problèmes. Elle était d'une part porteuse d'une lithiase vésiculaire symptomatique à opérer, mais en même temps, elle présentait des douleurs abdomino-pelviennes et de la fosse iliaque droite, et son médecin traitant souhaitait une exploration coelioscopique de cette région, vraisemblablement siège d'une pathologie adhérentielle post-appendicectomie. L'intervention avait débuté par une coelioscopie exploratrice découvrant un gros foyer adhérentiel de la fosse iliaque droite libérée sous coelioscopie. C'est par une sorte de " glissement insensible et progressif " selon les propos mêmes de Philippe Mouret qu'il a tourné l'optique vers la vésicule pour coelio-exploration qui s'est transformé en coelio-préparation elle même aboutissant à une coelio-chirurgie sans qu'il n'y ait une véritable préméditation consciente.

Depuis cette première, la cholécystectomie sous coelioscopie est devenue réglée, bien codifiée et surtout validée par de multiples grandes séries de l'intervention par voie conditionnelle. Elle a ainsi supplanté la cholécystectomie par laparotomie déjà vieille de plus d'un siècle en offrant au patient un confort post-opératoire surprenant,

une durée d'hospitalisation réduite, un respect du capital pariétal tant sur le plan solidité qu'esthétique et une reprise rapide des activités professionnelles et un moindre coût.

Notre propos n'est pas de vanter ici les mérites de cette technique ni d'encombrer le lecteur de statistiques mais de répondre de manière claire et pratique aux questions que peuvent se poser les praticiens face à un patient porteur d'une vésicule lithiasique à savoir quelle vésicule pour quelle chirurgie ?

### *1. Quels sont les patients qui ne peuvent bénéficier d'une chirurgie endoscopique ?*

**a - les malades ayant une contre-indication à l'insufflation de pneumo-péritoine.**

Ce sont les états de choc non compensés qu'ils soient septiques ou hypovolémiques, l'hypertension intracrânienne, le glaucome aigu, le pneumothorax et emphysème bulleux ainsi que les insuffisances cardiaques et respiratoires sévères et décompensées. A ce propos, il est important de signaler que l'insuffisance respiratoire chronique ne contre-indique pas la coelioscopie, bien au contraire, l'absence de douleurs post-opératoires est de nature à ne pas limiter la cinétique respiratoire permettant ainsi une meilleure ventilation.

**b - Les malades ayant une contre-indication à la chirurgie sous coelioscopie.**

Ce sont les patients porteurs d'une volumineuse masse, hernie ou éventration péri-ombilicale exposant à des accidents lors de l'introduction des trocars, et les patients ayant des antécédants médico-chirurgicaux réputés adhésiogènes : Fistules digestives, chirurgie urologique lourde, chirurgie carcinologique, irradiation abdominale, tuberculose péritonéale. Toutefois une laparotomie antérieure ne contre-indique pas la coelioscopie,

Dr S. Bezig

## LITHIASE VESICULAIRE ET COELIO-CHIRURGIE : Attitude pratique (suite)

l'insufflation et l'introduction des trocarts pouvant être réalisées en toute sécurité et sous contrôle de la vue selon la technique dite "d' open laparoscopy".

### 2. Quels patients proposer à la chirurgie coelioscopique ?

L'indication idéale est certainement le patient mince ou de corpulence moyenne, sans antécédents chirurgicaux, porteur d'une vésicule uni ou multilithiasique de parois souple, de symptomatologie récente et ne présentant aucun signe clinique ni para-clinique en faveur d'un obstacle cholédocien associé dans l'état actuel des choses. Toutefois, le praticien peut-être confronté à de multiples cas de figures qui méritent réponse à ses interrogations.

#### a- Obésité et coelio-chirurgie :

L'Obésité ne constitue pas une contre-indication à la coelio-chirurgie. Cette dernière devient même recommandée car non seulement elle réduit le risque d'infections et d'événements post-opératoires, mais elle offre en plus de meilleures suites sur le plan respiratoire chez les patients ayant un syndrome restrictif. Par ailleurs, et entre des mains entraînées, l'exécution de l'acte opératoire s'avère souvent plus aisée qu'en chirurgie conventionnelle.

#### b - Cholécystite et coelio-chirurgie :

Ce n'est pas tant la cholécystite aiguë qui pose des problèmes mais plutôt la cholécystite chronique qui au terme de multiples poussées entrecoupées de phases de rémission aboutit au fil des mois à une pédiculite de dissection

difficile et parfois même dangereuse. C'est dans de telles situations que l'on doit convertir en laparotomie. Le taux de conversions pour tous motifs confondus reste inférieur à 5 % et il est directement corrélé à l'expérience du chirurgien.

#### c - Lithiase de la VBP et coelio-chirurgie :

Dans l'état actuel des choses, la lithiase associée de la VBP relève de la chirurgie conventionnelle. Une plus grande disponibilité de la sphinctérotomie endoscopique pourrait nous conduire à réviser nos indications dans la mesure où une désobstruction cholédocienne endoscopique peut précéder une cholécystectomie.

#### 3. Durée d'hospitalisation :

Elle est de 24 heures et sauf problème particulier, le malade est mis sortant le lendemain de l'intervention. Pour sa part, l'alimentation orale est reprise 6 heures après le réveil.

## Conclusion

En matière de lithiases vésiculaires, la cholécystectomie sous coelioscopie est devenue la technique de référence validée et éprouvée. D'emblée, on ne peut en priver les patients ayant une contre-indication à la coeliochirurgie et ceux ayant une lithiase associée de la VBP. Pour les patients porteurs d'une cholécystite, il est prudent de les informer que le taux de conversion en laparotomie est plus important dans leur cas.



Dr B. GHARIANI

## LES CANCERS DU CAVUM, Il faut toujours y penser

**L**es cancers du cavum (ou nasopharynx) se distinguent des autres cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

par de nombreux caractères :

~ Leur développement insidieux au départ dans une cavité profondément située dans la face au niveau de la partie haute rétro-nasale du pharynx.

~ Leur symptomatologie d'emprunt fréquemment liée à l'atteinte des structures anatomiques voisines.

~ Leurs caractères histopathologiques : épithéliomas épidermoïdes, peu ou pas différenciés le plus souvent.

~ Leur radio-sensibilité, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce afin d'assurer aux patients toutes les chances de survie.

Le Rappel anatomique est pour cette pathologie qu'on se propose de rappeler aux confrères généralistes surtout, est d'une importance capitale étant donné que la symptomatologie de ces cancers est dans la majorité des cas liée à l'atteinte des structures anatomiques voisines du cavum. Le nasopharynx est donc la partie haute du pharynx, il a approximativement la forme d'un cube qui s'étend de haut en bas de la base du crâne au voile du palais, et d'avant en arrière des choanes au rachis cervical. Il communique avec les fosses vertébrales postérieures et moyennes, d'où la fréquence de l'atteinte des nerfs crâniens par l'envahissement de cette région. Le drainage lymphatique du cavum se fait par un très riche réseau sous muqueux surtout au niveau du toit et de la région péri-tubaire ce qui explique l'envahissement ganglionnaire fréquent par les cancers.

Une autre particularité de ces cancers du cavum qu'on se propose de rappeler quelques détails concerne leurs facteurs étiologiques. En effet le carcinome épidermoïde du cavum est assez fréquent dans notre pays comme chez les sujets nés sur le pourtour méditerranéen, puisque ce cancer constitue 40 % des cancers des VADS chez nous alors qu'il n'est que de 1% des cancers des VADS en FRANCE. Il est encore plus fréquent en CHINE du Sud puisqu'il est le premier cancer de l'homme à HONG KONG.

Il survient à tout âge et n'est pas rare chez l'adolescent et l'enfant. Dans la courbe des âges on note un pic à 15 ans et un second à 45 ans.

La répartition par sexe différencie également ce cancer des autres cancers des VADS. Alors que le sexe est de 10 hommes pour 1 femme pour la cavité buccale, de 20 / 1 pour l'endo-larynx, de 30 / 1 pour l'hypo-pharynx et de 3 / 1 pour le naso-pharynx.

Ce cancer ne représente par ailleurs aucune corrélation avec les 2 facteurs classiques, alcool et tabac incriminés dans les cancers des VADS.

Le plus important enfin sur le plan pratique pour ce rappel concerne les symptômes d'appel qu'il faut avoir constamment présent à l'esprit en pratique quotidienne afin de ne pas passer à côté de cette pathologie grave et dont tout l'intérêt relève de son diagnostic précoce.

Les épithéliomas du naso-pharynx se relèvent souvent par des symptômes tardifs trompeurs difficiles à interpréter. Les symptômes initiaux sont vagues et banals, ce qui fait que les cancers sont très fréquemment diagnostiqués avec un retard de plusieurs mois à un an et plus.

Pendant l'étape silencieuse, il n'existe que des signes d'irritations produits par la croissance de la tumeur entraînant un effort de " raclement de la gorge " pour chasser la cause irritative.



Dr B. GHARIANI

## LES CANCERS DU CAVUM, il faut toujours y penser (suite)



Les signes révélateurs sont :

1) Les signes rhinologiques : épistaxis récidivante, sécrétions nasales sanguinolentes : la tumeur est au stade d'ulcération superficielle. L'épistaxis, ultérieurement se complique d'obstruction nasale signant une tumeur déjà volumineuse. La triade obstruction nasale plus l'écoulement sanguinolent plus la douleur pharyngienne survient plus tardivement encore.

2) Les signes otologiques : un catarrhe tubaire surtout unilatéral d'allure banal devra inquiéter s'il persiste anormalement, s'il est douloureux, de même l'hypoacousie unilatérale de transmission qui reste inexplicée. D'où la nécessité d'examiner systématiquement le cavum.

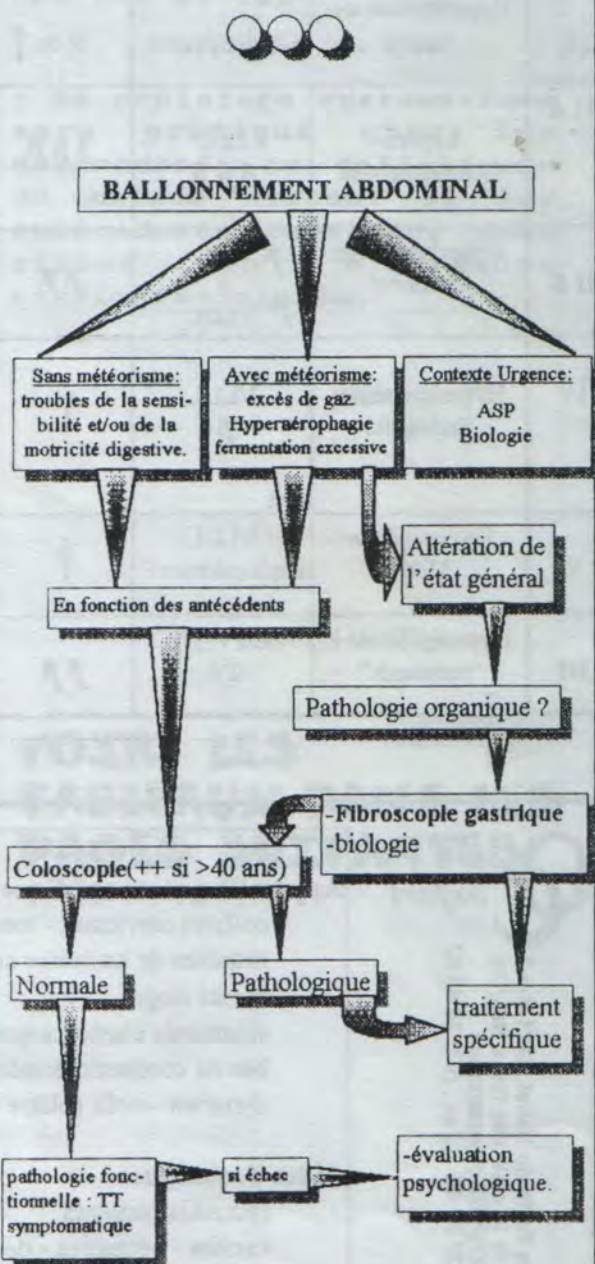
3) Les signes ganglionnaires : la topographie haute, sous digastrique doit faire évoquer systématiquement une origine cavaire. Ces ADP sont dans le tiers des cas environ l'unique cause qui amène le patient à consulter.

4) Les signes nerveux : au début une céphalée, une diplopie, des névralgies du trijumeaux peuvent paraître isolés. Par la suite des signes ophtalmo-neurologiques apparaissent témoignant de l'envahissement de la base du crâne.

Le diagnostic suspecté sera par la suite confirmé par l'examen oto-rhino-laryngologique, la biopsie et la radiotomodensitométrie.

Le traitement est du ressort de la Radiothérapie par le télécobalt essentiellement qui sera précédée ou suivie selon les cas par la chimiothérapie.

Quant aux résultats : malgré l'efficacité de la radiothérapie la survie globale reste autour de 30 % à 5 ans. les chances de survie sont d'autant plus importantes que le diagnostic est fait précocement avant l'atteinte de la base du crâne et de l'envahissement ganglionnaire cervical inférieur, d'où la nécessité d'y penser toujours et de demander l'avis d'un spécialiste O.R.L. à la moindre suspicion.





# Tableau A : classification des HLP

Type OMS	Nom générique	Classe lipoprotéine altérée	Niveau de cholestérol	Niveau de triglycérides	traitement diététique proposé
I	Hyperlipémie exogène	Chylomicrons	N ou ↑	↑↑↑	régime hypolipidémiant
II A	hypercholestérolémie	LDL ↑↑↑	↑↑↑	N	réduction de la ration alimentaire en cholestérol et en graisses saturées : (cervelle - jaune d'oeuf - beurre - fromage - agneau - Abats - crustacés)
II B	Hyperlipédemie Combiné	↑ LDL + ↑ VLDL	↑↑	↑↑	même régime II A et IV
IV	Hyperlipédemie Endogène	VLDL ↑  ↑	↑	↑↑↑	Selon la sensibilité nutritionnelle, il faut supprimer 1°) sucres solubles (sucre, miel, pâtisserie, chocolat, confiture) 2°) Alcool sous toutes les formes
V	Hyperlipémie Mixte	VLDL chylomicrons+	↑	↑↑↑	régime hypolipidémiant et réduction des glucides.
III	Hyperlipidémie à "remuants"	BétaVLDL IDL	↑↑	↑↑	

**Ortho  
Confort**

Rue de la Perle du Sahel GP1 Km 3  
En face de la salle des fêtes Nesrine  
SOUSSE Khézama est  
Tel : (03) 27 07 44 Fax : (03) 24 48 67

### Appareillage orthopédique

colliers cervicaux - lombostats - semelles  
orthèses de membres supérieurs  
corset siege  
vêtements élastocompressifs sur mesure pour brûlés  
bas de contentions médicaux  
dynacast - orfit (plâtre résine - thermoplastique)

### Aides Techniques

fauteuils roulants  
cannes - béquilles - déambulateurs

### Ergothérapeute conseil



Dr Boussaadia

## Les Hyperlipidémies

Elle ne saurait être instaurée sans les précautions suivantes :

~ Connaître les normes des HLP au sein d'une population témoin :

Ainsi de nos jours le cholestérol total doit être inférieur à 2 grammes par litres ; sa fraction HDL supérieure à 0,35 grammes par litre ; alors que sa fraction LDL calculée devrait être inférieure à 1,30 grammes par litre.  
 $LDL \text{ cholestérol} = \text{cholestérol total} - (HDL) - TG/5$   
(formule valide seulement si  $TG < 3,5 \text{ gr / litre}$ )  
Enfin les triglycérides doivent être inférieures à 2 grammes / litres.

~ Réévaluer le taux des HLP par une mesure effectuée une à huit semaines plus tard

~ Eliminer les HLP secondaires qu'il s'agisse d'un syndrome néphrotique ou une insuffisance rénale, une affection biliaire obstructive, une hypothyroïdie, une dysglobulinémie, une anorexie mentale, un diabète, un abus d'alcool, ou enfin une cause iatrogène (diurétiques, bêta-bloquants, oestrogènes, progestérone, androgènes et enfin corticoïdes.


~ La diététique et la pierre angulaire du traitement elle doit être adaptée à chaque type d'HLP pendant au moins 3 mois et sans traitement.

~ Le traitement hypolipémiant (tableau B) sera prescrit et associé au traitement

diététique, lorsque ce dernier n'a pas modifié significativement le profil lipidique du patient.

~ Le traitement diététique et médicamenteux sera continue, sans fenêtre thérapeutique. La tolérance clinique et biologique du médicament sera surveillée, et l'efficacité thérapeutique jugée 3 à 4 fois par ans (dosage cholestérol HDL-LDL et TG)

~ Le dépistage systématique sera pratiqué chez les descendants ou collatéraux du malade surtout si les antécédents familiaux sont riches en événements cardio-vasculaire.

 VOIR LES  
TABLEAUX DANS LES  
PAGES SUIVANTES

# Tableau A : classification des HLP

Type OMS	Nom générique	Classe lipoprotéine altérée	Niveau de cholestérol	Niveau de triglycérides	traitement diététique proposé
I	Hyperlipémie exogène	Chylomicrons	N ou ↑	↑↑↑	régime hypolipidémiant
II A	hypercholestérolémie	LDL ↑↑↑	↑↑↑	N	réduction de la ration alimentaire en cholestérol et en graisses saturées : (cervelle - jaune d'oeuf - beurre - fromage - agneau - Abats - crustacés)
II B	Hyperlipédemie Combiné	↑ LDL + ↑ VLDL	↑↑	↑↑	même régime II A et IV
IV	Hyperlipédemie Endogène	VLDL ↑  ↑	↑	↑↑↑	Selon la sensibilité nutritionnelle, il faut supprimer 1°) sucres solubles (sucre, miel, pâtisserie, chocolat, confiture) 2°) Alcool sous toutes les formes
V	Hyperlipémie Mixte	VLDL chylomicrons+	↑	↑↑↑	régime hypolipidémiant et réduction des glucides.
III	Hyperlipidémie à "remuants"	BétaVLDL IDL	↑↑	↑↑	



# Tableau B :

## Caractéristiques des Agents HYPOLIPEMIANTS

Classe	Agents	Indication	Contre-indications	Présentation et posologie
Séquestrants d'acides biliaires	Cholestyramine (QUESTRAN*)	↑ Cholestérolémie modérée	Si TG > 5 gr/litre	Sachet de 4 gr. posologie 12 à 16gr/jour
Fibrates et dérivés	- clofibrate : LIPAVLON* - Fenofibrate : LIPANTHYL* - Ciprofibrate : LIPANOR* - Gemfibrozil : LIPUR*	- ↑ TG - ↑ cholestérolémie associée à un diabète	- Affection hépatique - Lithiase vésiculaire - Insuffisance rénale - Association aux AVK	
Inhibiteurs de l'HMG-CoA reductase	Fluvastatine Lovastatine Simvastatine	- ↑ cholestérolémie - prévention secondaire après infarctus	- Affection hépatique - Association au Gemfibrozil Niacine Cyclosporine	
Acide nicotinique	NIANCINE	Sous forme d'HLP	Affection hépatique	
Probucal	Lurcelle*	↑ cholestérolémie	Myocardite ESV QT long	

## PEAU ET SOLEIL

**L**e soleil révèle, provoque et aggrave un grand nombre d'affections cutanées.

Les dermatoses provoquées par les expositions solaires (photodermatoses) sont dues :

- soit à une perte de moyens de protection cutanée physiologiques.
- soit à un déclenchement d'un processus pathologique toxique ou allergique.

Le spectre solaire est polychromatique, il comporte les U.V.A., U.V.B. la lumière visible et une partie de l'I.R.

### *A- effets biologiques du soleil sur la peau*

#### **1- Phénomènes précoces.**

- L'action calorifique due aux I.R. se traduit par un érythème immédiat.
- La pigmentation immédiate due aux U.V.A. se produit quelques minutes après l'exposition et dure quelques heures.
- Action antidépressive

#### **2- Phénomènes retardés**

Erythème actinique, c'est le classique "coup de soleil" d'intensité variable selon l'exposition solaire et le type de peau (phototype)

- La pigmentation retardée débute 7 jours après

#### **3- Effets à long terme**

La sénescence cutanée précoce : peau sèche trop ridée parsemée de kystes et de comédons au niveau du visage, du décolleté de la nuque et du dos des mains

- La xérose

- La photocarcinogénèse : apparition d'épithéliomas baso et spinocellulaires, de mélanomes malins sur des lésions précancéreuses (kératoses séniles, leucokératoses, Naevus dysplasiques)

### *B- Les photodermatoses*

#### **1- Les dermatoses liées à un déficit de la protection naturelle.**

- Albinisme
- Xéroderma Pigmentosum

#### **2- Les dermatoses révélées ou aggravées par le soleil.**

- Le lupus érythémateux aigu et chronique
- La dermatomyosite
- L'herpès récurrent
- Certains eczémas atopiques

#### **3- Les dermatoses par photosensibilisation**

⇒ Y penser devant l'atteinte élective des parties découvertes (l'atteinte des zones couvertes peut être secondaire)

⇒ Confirmer le rôle de la lumière dans le déclenchement des lésions par

- Un interrogatoire minutieux
- Un examen clinique
- Des explorations photobiologiques (Dose érythémale minimale, photo-test biopsie)

⇒ éliminer les dermatoses liées à la chaleur, les dermatoses révélées ou aggravées par le soleil, les dermites de contact du visage.

⇒ Principales dermatoses par P.S

- Photosensibilisation exogène : deux aspects peuvent se voir :

~ réaction de phototoxicité comme la dermite des prés (phytophotodermatose), dermite des parfums apparaît chez tout individu sans prédisposition dès les premières expositions touche les régions exposées seulement

~ réaction de photoallergie, apparaît chez des sujets préalablement sensibilisés après un temps réfractaire



## PEAU ET SOLEIL (Suite)

concerne les régions exposées et les régions couvertes

- Photosensibilisation endogène il s'agit de troubles métaboliques avec accumulation de produits photosensibilisants dans la peau : (porphyries et pellagre)

→ Principaux agents photosensibilisants

- La photosensibilisation de contact, les médicaments (cyclines, sulfamides, les phénotiazines, la vitamine A acide, le peroxyde de benzoyle, A.I non stéroïdiens, antiseptiques), les produits cosmétiques (colorants, parfums, filtres solaires), les métaux (chrome, cobalt, nickel), le goudron de houille.

- La photosensibilisation endogène essentiellement médicamenteuse : cyclines, quinolones, griséofulvine, sulfamides, A.I.N.S, amiodarone, antimétabolique, antiarythmiques.

- **4- Quand on ne trouve pas d'agents photosensibilisants :**

Penser aux photodermatoses idiopathiques ou lucites qui se traduisent par une éruption des parties découvertes en rapport avec l'ensoleillement.

Leur diagnostic est difficile du fait de l'existence de signes d'emprunt entre les différentes formes cliniques.

Deux entités sont bien identifiées et de diagnostic assez aisé l'hydroa vacciniforme et la dermatose printanière juvénile observées chez l'enfant et l'adolescent.

### C) Le traitement

La photoprotection représente l'ensemble des moyens physio-

logiques ou thérapeutiques pouvant s'opposer à l'action du soleil sur la peau.

#### 1- La photoprotection naturelle

Le système pigmentaire de la peau joue le rôle de filtre et d'écran vis à vis des rayonnements.

#### 2- La photoprotection externe

- La protection vestimentaire —
- Les écrans : à appliquer une demi heure avant les expositions solaires et à renouveler toutes les 2 heures.
- Les filtres choisir les puissances en fonction du phototype, du territoire cutané, de l'âge et des conditions d'ensoleillement.
- Les activateurs de bronzage, stimulent la mélanogénèse qui peut accroître la photoprotection naturelle.

#### 3- La photoprotection interne

Se fait par les antipaludéens de synthèse, les caroténoïdes et la puvarthérapie.

## CONCLUSION

Quelques règles générales pour limiter les dégâts cutanés induits par le soleil :

- éviter les expositions entre 11 h et 14 h l'été.
- s'exposer progressivement et ce d'autant que la peau est claire.
- ne jamais s'exposer lors de la prise d'une substance photosensibilisante.
- se méfier chez l'enfant du coup de soleil et ce d'autant qu'il est jeune.

Reflexions : Quelle noblesse d'âme et profondément le sentiment que se qualifie, dit-il, les hommes et reproches affectueux, quelle subtile sensibilité, avant de rentrer dans le val du saint. " n'est-il pas plus simple, plus sympathique d'aborder directement le problème. mais... nous ne savons si bien maîtriser le verbe

Le calife Ali dit un jour à un courtisan qui en préambule à sa requête se lance dans d'interminables éloges : " je suis moins que ce que tu dis et plus grand que ce que tu penses ".

Dr. Kamel MII I

## CULTURE ET PETITES ANNONCES

**Histoire du caducée dans la mythologie grecque :**

Apollon en signe de reconnaissance donna à Hermès, son demi-frère, une baguette comme marque de ses pouvoirs.

Un jour qu'Hermès marchait sur une route, il vit deux serpents qui se disputaient une proie, il glissa la baguette

entre les deux reptiles qui s'enroulèrent autour. Le Dieu fixa au sommet de la tige une paire de petites ailes, comme celles qu'il portait aux chevilles

en signe de rapidité. Hermès s'était ainsi confectionné un emblème bien à lui, avec la ruse du serpent et la vitesse des ailes : c'est le caducée, qui deviendra par la suite le symbole de la médecine.



**Avicenne ou la route d'Ispahan :**

*(Gilbert Sinoue (édition Folio))*

" Moi, Abou Obeid el-Jozjani je te livre ces mots. Il m'ont été confiés par celui qui fut mon maître, mon ami, mon regard, vingt-cinq années durant : Avicenne prince des médecins dont la sagesse et le savoir ont éblouis tous les hommes. De Samarkand à Chiraz, des portes de la ville ronde à celles des soixante-douze nations, résonne encore la grandeur de son nom "

Né en 980 à Boukhara, Avicenne ou Ibn Sina est à dix-huit ans le médecin le plus renommé de son temps. Pris dans les remous et les guerres qui agitent les continents de la

Turquie et de la Perse du XI<sup>ème</sup> siècle, il est tour à tour nomade, exilé, vizir, sa dernière étape le conduit à Ispahan, cité sublime, où il meurt à 57 ans après avoir bu, jusqu'à l'ivresse, à la coupe du savoir et de l'amour.



### PETITES ANNONCES

Cherche médecin désirant écrire des articles pour le prochain numéro du bulletin du Syndicat. Prière d'adresser vos articles au siège du syndicat :

42 av. Mohamed Karoui Sousse

→ LA LIGUE TUNISIENNE CONTRE LE DIABÈTE, ORGANISE SES SIXIÈMES JOURNÉES MÉDICALES AVEC LES 15ÈMES JOURNÉES MÉDICALES DU CENTRE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE

VENDREDI APRÈS-MIDI 18 OCTOBRE :  
COEUR ET DIABÈTE.  
SAMEDI 19 OCTOBRE : COMMUNICATIONS LIBRES.

→ PREMIER COLLOQUE NATIONAL DE COMMUNICATIONS MÉDICALES ORALES EN LANGUE ANGLAISE.

SAMEDI 4 JANVIER 1997  
À LA FACULTE DE MEDECINE DE SOUSSE.

HELICOBACTER PYLORI  
ET SON SPECTRE CLINIQUE