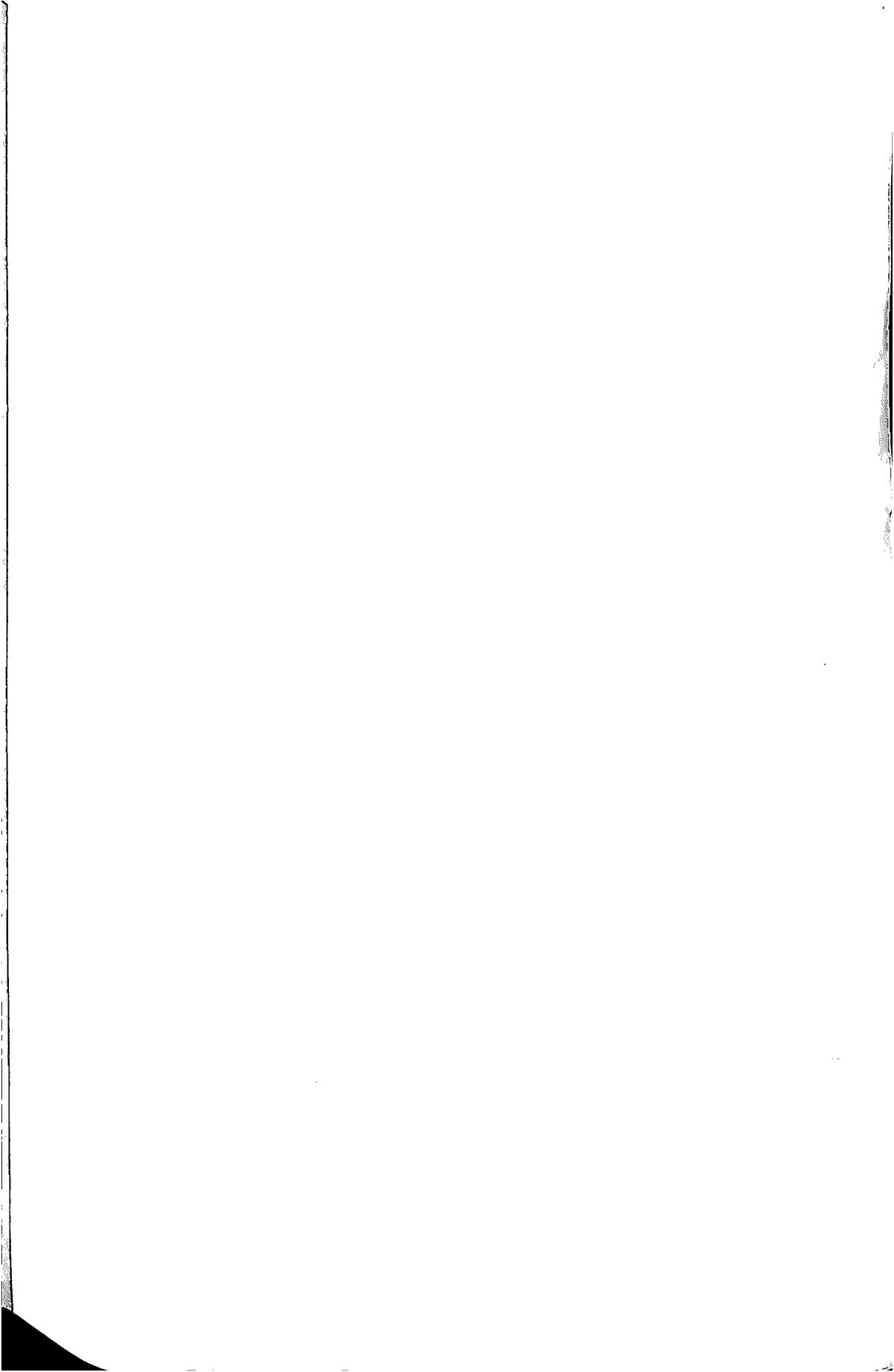


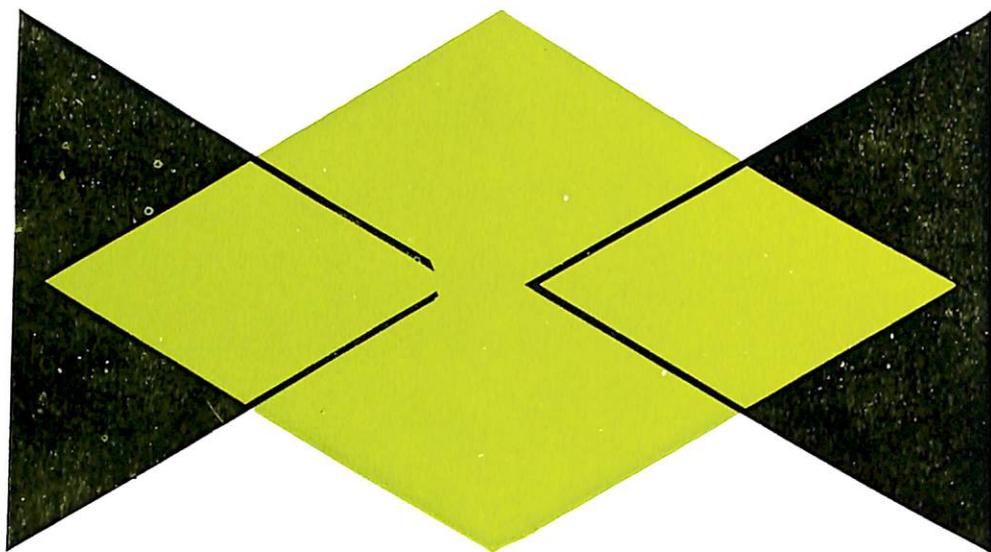
Bulletin

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

2 1967 Novembre 104^{me} année



Mit
Lanacard®
beherrschen Sie
ca. 80%
aller Herzinsuffizienzen



Lanacard - eine nach cardiologischen Gesichtspunkten erfolgte Koordination wasserlöslicher und lipoidlöslicher Lanatolykoside - bietet als hervorstechendes Merkmal eine besonders gute Verträglichkeit - selbstverständlich bei zuverlässiger Sättigung und guter Steuerbarkeit.

Das damit gegebene große Indikationsspektrum umfaßt alle leicht bradykarden bis tachykarden und normofrequenten Formen der Herzinsuffizienz. Dragées, Liquidum, Suppos.



INTEGRAL S.A., 61, rue de Strasbourg, Luxembourg

Bulletin

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

Fondé en 1864

2 1967 Novembre 104^{me} année

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Secrétaire général :

D^r JEAN NEUEN
3, rue Conrad I^{er}, Luxembourg

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

D^r RAYMOND SCHAUS
30, boulevard d'Avranches
Luxembourg

Comité de rédaction :

D^r PIERRE FELTEN
D^r LOUIS KLEES
D^r MARCEL LEMMER
D^r HENRI LOUTSCH

D^r GEORGES MULLER
D^r J. PAUL PUNDEL
D^r FERNAND SCHWACHTIGEN
D^r ANDRÉ THIBEAU

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg paraît deux à trois fois par an et publie des articles en langue française, allemande et anglaise.

MM. les auteurs sont priés de remettre leurs manuscrits, dactylographiés en double ou triple interligne, au rédacteur en chef.

Pour tous les articles, les références bibliographiques doivent comporter, dans l'ordre: a) le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms; b) le titre exact, dans la langue originale, du travail; c) le nom du journal; d) le tome; e) la première page de l'article; f) l'année de parution.

Ces références sont classées par ordre alphabétique.

Toutes les citations de noms d'auteurs doivent être accompagnées du numéro de la référence bibliographique.

Pour les abréviations des noms de journaux, la rédaction se conformera au catalogue publié par l'UNESCO et l'OMS.

Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera, dans l'ordre, outre les noms d'auteurs et le titre du livre: a) la ville; b) l'année de parution; c) le nom de la maison d'édition.

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

Copyright 1967 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*.

SOMMAIRE

D ^r Pierre Felten †	5
Introduction	7

GASTRO-ENTEROLOGIE

Essai sur les modifications radio-cinématographiques antro-duodénales après Pyloropastie-Dragstedt	11
B. BENEROSO et G. GOIDIN	
Technique de dilatation des sténoses cicatricielles de l'oesophage	15
J. DESNOS et G. MORAND	
Aspect endoscopique de la Distomatose hépatique	19
Y. GEFFROY, P. JOUANNEAU, J. FABLET, J. BOUREILLE, R. COLIN et J. LARCHER	
Possibilités actuelles de la photographie endopéritonéale A. FOURES	21
Importance de la position du malade en péritonéoscopie . A. FOURES	25
Le fibroscope oesophagien	29
CH. DEBRAY et P. HOUSSAY	
Étude endoscopique de la mélanose recto-sigmoïdienne	33
CH. DEBRAY, J. A. PAOLAGGI, J. LEYMARIOS, E. MARTIN, Mme CL. MARCHE et J. BOISSON	
Laparoscopie et techniques annexes. Une expérience de vingt-cinq années	37
S. BELBENOIT	

BRONCHO-PNEUMOLOGIE ET CARDIOLOGIE

L'anesthésie générale au Propanidide (Epontol) en bronchoscopie	43
J. M. DUBOIS DE MONTREYNAUD, L. DUFOUR et F. BUVRY	
Différents aspects de l'angiocinématographie pulmonaire des cancers bronchiques	49
P. LAMY, D. ANTHOINE, G. REBEIX, G. VAILLANT, P. CERVONI et J. M. BERTHEAU	
Présentation du bronchoscope à lumière froide du D ^r Leboucher	59
Y. LEBOUCHER	
Nouvelles possibilités en laryngo-bronchoscopie avec la pellicule Ektachrome E.F. 125 ASA 16 mm	63
J. L. CHAMOULARD	

Emploi de l'anesthésie générale au cours des bronchoscopies complexes	67
A. R. REBOUL	
A propos de l'extraction d'un corps étranger bronchique chez un enfant de huit ans	79
S. ZAKARIAN, P. HUMBERT, J. M. PAOLI et J. P. MARTELET	
Bronchites fibrineuses	83
A. HUZLY	
Cinéangiographie des sténoses musculaires du ventricule gauche	85
PH. BRUN et H. GESCHWIND	

GYNECOLOGIE

Classification per-coelioscopique des adhérences	89
M. GORDJI et R. PALMER	
Libération per-coelioscopique des adhérences pelviennes	93
R. PALMER et M. GORDJI	
Die Endocervicoskopie	97
F. V. MENKEN	
Prélèvements gynécologiques endoscopiques par coelioscopie et ponction du Douglas	103
M. MINTZ	
L'endoscopie gynécologique et obstétricale	105
B. KELLER, Y. GILLET et P. MULLER	
Coeliophotographies	112
P. LANGLOIS	

UROLOGIE

La microthermométrie endocavitaire endoscopique dans le diagnostic des différentes affections urinaires	115
A. FABIANO	
Le traitement opératoire des diverticules de la vessie	121
H. J. REUTER	
L'intérêt de la télévision radiologique dans la réalisation des documents radiologiques au cours de l'urétéropyé- lographie rétrograde, dix années de travaux communs	125
M. NOIX et M. JAUPITRE	
La photographie endoscopique en couleurs	129
J. M. DUBOIS de MONTREYNAUD, M. JAUPITRE, S. SEGAL, P. LANGLOIS, M. MINTZ et Mme REY	
Les livres	133



La Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de
Luxembourg

a le triste devoir de faire part du décès de son
Président

le docteur Pierre Felten

survenu à Luxembourg, le 12 septembre 1967

Nos resterons fidèles à sa mémoire en continuant,
inlassablement, l'oeuvre à laquelle il a toujours mani-
festé son attachement agissant et exemplaire.

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES

ayant annoncé dans le présent numéro

Asta Werke
Baudrihayé
Laboratoires R. Bellon
Bournonville & Fils
Brocades-Belga
Ciba
Christiaens S.A.
Coles
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
 TherabruX, Mack
Établissements Delforge & Cie
Farmitalia
Herman-Labor
Integral S.A., Luxembourg
 Madaus, Diva, Blend-a-med, Zwintscher
Kass et Fils, Luxembourg
 Monda
Labaz
Laboratoires Midy
Établissement Thermal Mondorf-les-Bains
Nestlé
Optima
Pfizer
Pharmacobel
Pharma Union
Philips
Promedy
Prophac, Luxembourg
 Lepetit, Dispersa
R.I.T. Genva
Roussel-Labunis
Sandoz
Sabpha
Société Nouvelle Siemens
Laboratoires S.M.B.
Specia
Substancia
Theraplix
Union Chimique Belge
Établissement Thermal Vichy
S.A. Huileries Vandermortele
Zyma Galen

INTRODUCTION

Le présent numéro est consacré en entier aux communications présentées lors des réunions scientifiques de la Société Médicale Internationale d'Endoscopie et de Radiocinématographie.

Ces journées étaient organisées par la Société Luxembourgeoise d'Endoscopie et de Radiocinématographie Médicales, les 28, 29 et 30 avril 1967 à Mondorf-les-Bains (Grand-Duché de Luxembourg).

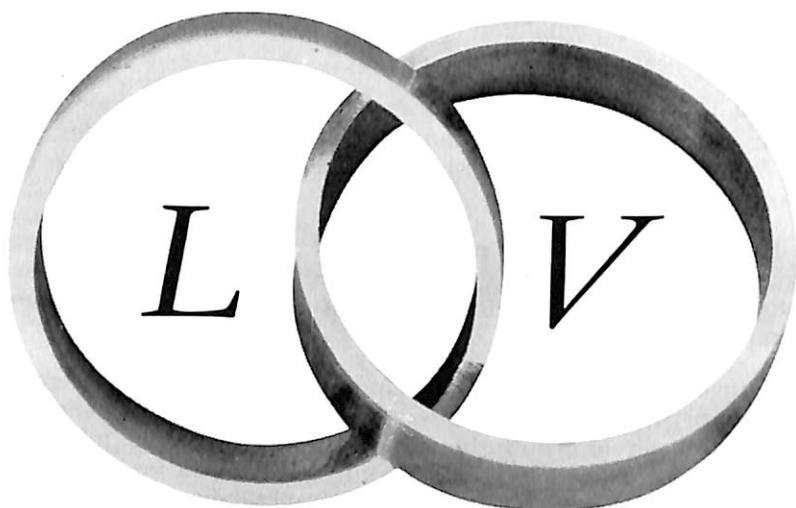
Il est impossible, dans une telle publication, de rendre justice à des travaux où l'image, et souvent la succession d'images cinématographiques, tenaient forcément une place capitale. Quelques exemples ont été retenus.

Pour ceux qui n'ont pas participé aux réunions, ils ajouteront de la consistance aux textes et aideront à mettre en relief la valeur des moyens audio-visuels en usage dans les relations médicales. De cette façon le texte nu ne sera pas un trop pâle reflet de ce que virent et entendirent les participants.

C'est pour la rédaction un agréable devoir que de remercier de toute sa peine le D^r Joseph Mersch, sous la direction duquel ce numéro a été édité.

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

Chaque fois que
la peau est infectée,
enflammée...



Locacortène® - Vioforme®

pyodermies
mycoses cutanées
eczémas surinfectés

Crème : forme tous terrains

C I B A

GASTRO - ENTÉROLOGIE



ESSAI SUR LES MODIFICATIONS RADIO-CINÉMATOGRAPHIQUES ANTRO-DUODÉNALES APRÈS PYLOROPLASTIE-DRAGSTEDT

par B. BENEROSO et GOIDIN (Corbeil)

Notre étude porte sur une dizaine de cas. Nous avons remarqué dans les mois qui suivaient l'intervention quelques modifications radiocinématographiques qui nous semblent communes:

- 1) des modifications antrales terminales baptisées «jabot akinétique»;
- 2) des modifications pyloriques;
- 3) un ruissellement pyloro-duodéal de primo-ingestion ou «signe de la cascade», dépassant le simple aspect du pylore surpris.

La pyloroplastie est une duodénosphinctérotomie antérieure (de type Judd). Le lambeau reséqué a été quadrangulaire ou losangique. La section des deux vagues est réalisée par voie abdominale. Elle est non sélective. Entre cardia et hiatus, les deux vagues ont été disséqués sur 1 cm avant d'être sectionnés puis reséqués sur 1 cm chacun.

L'examen radiocinématographique est conduit de la manière suivante: ingestion de liquivarine par tube de caoutchouc. Début de l'examen en décubitus; passage à la position verticale tandis qu'on filme.

La première séquence rapporte un premier cas où l'on note: pas de hernie hiatale. Peu de dilatation gastrique. Un jabot akinétique antral. Pylore constamment visible. Mouvements duodénaux et jéjunaux conservés.

Cette séquence est suivie d'une comparaison avec le fonctionnement antro-duodéal d'un estomac normal.

Puis viennent une dizaine de cas montrant tantôt un signe de jabot akinétique antral, tantôt un signe de la cascade.

Le film se termine sur les conclusions suivantes:

Après pyloroplastie-Dragstedt pour ulcus duodéal on note:

- 1) un jabot akinétique antral;
- 2) un signe de la cascade ou ruissellement bulbo-duodéal de primo ingestion;
- 3) un comportement pylorique plus difficile à systématiser.

Adresse de l'auteur: rue Widener, Résidence St. Jean, Corbeil, France.

La troisième dimension parle en faveur de l'

Nouveau

Effortil[®]-PL (prolongatum)

1. Qualité de l'action : L'Effortil est un tonique circulatoire harmonieusement régulateur à effet sympathique physiologique sur le cœur et les vaisseaux

2. Quantité de l'action : L'effet cardiovasculaire de l'Effortil-PL (prolongatum) correspond à la dose analogue d'Effortil

3. Durée de l'action : L'Effortil-PL (prolongatum) agit 9 heures et épargne la prise répétée d'Effortil au cours de la journée



Présentation

Effortil[®]-PL (prolongatum) ampoules

Boîte de 6 unités
Boîte clinique de 50 unités

Effortil[®]-PL (prolongatum) dragées

Tube de 20 unités
Flacon de 50 unités
Flacon clinique de 250 unités

Pour la régulation physiologique de la circulation pendant 9 heures par une action directe sur le cœur et les vaisseaux sans contre-régulation indésirable.

C. H. Boehringer Sohn
Ingelheim am Rhein

Concessionnaires:
Etablissements E. Baudrihaye - Verviers



Dilatateur **ARTERIOLAIRE** spécifique

Pas d'hypotension orthostatique
Pas de phénomène de rebond
Aucun effet secondaire*

ARLYTÈNE *fort*

3 comprimés par jour

Vie vivable pour l'artériel

*Ces caractéristiques remarquables sont la conséquence de l'action sélective de ARLYTÈNE fort sur les α -récepteurs

Troubles fonctionnels de l'hypertension artérielle; participation artériolaire des sciaticques et arthroses cervicales; dysfonctionnements neuro-végétatifs; acouphènes.

ARLYTÈNE fort comprimés, MOXISYLYTE pur: 30 mg
boite de 32 comprimés dragéifiés -



LABORATOIRES DEDIEU
80, RUE DELORD - 33 - BORDEAUX - FRANCE

TECHNIQUE DE DILATATION DES STÉNOSES CICATRICIELLES DE L'ŒSOPHAGE

par J. DESNOS et G. MORAND (Angers)

Les sténoses cicatricielles de l'oesophage sont, le plus souvent, susceptibles d'être traitées de manière efficace par les dilatations en série. Il peut s'agir, et c'est encore le cas le plus fréquent malgré les progrès réalisés dans le traitement des brûlures oesophagiennes, d'un rétrécissement secondaire à une oesophagite caustique, ou, plus rarement d'une sténose secondaire à une oesophagite peptique; parfois la dilatation peut être indiquée sur une sténose cardiale (mégaoesophage). Quelle que soit l'indication et quel que soit l'instrument utilisé (bougies, sondes à mercure, etc.) le principe de la méthode reste de dilater progressivement le rétrécissement à chaque séance thérapeutique, puis de laisser en place le dilatateur du plus grand diamètre à la fois utile et tolérable aussi longtemps que possible, c'est-à-dire, le plus souvent, aussi longtemps que le malade peut le tolérer.

La méthode a une valeur qui n'est plus à dire mais elle n'est pas sans inconvénients:

— elle est, au stade de l'introduction des bougies de diamètre croissant, pénible, physiquement et psychologiquement (rappelez-vous que pour une sténose post-caustique qui atteint le plus souvent de jeunes enfants 100 à 200 séances d'abord quotidiennes puis plus espacées seront nécessaires et que la durée totale du traitement sera de deux à plusieurs années).

— elle est également pénible au stade de l'entretien de la dilatation (par le maintien en place de la bougie la plus grosse pendant un temps de 15 minutes à plusieurs heures) — ce qui amène souvent à écourter fâcheusement la durée de ce stade d'entretien.

Nous avons donc tenté, non pas de changer de technique car celle-ci nous semble excellente, mais d'en modifier deux détails:

— le premier est constitué par l'utilisation de l'anesthésie générale — le malade hospitalisé pour la journée arrive à l'hôpital en début de matinée, à jeun bien entendu, et subit, sans prémédication, une anesthésie générale (Penthrane chez l'enfant — Pentothal-Palfium-Succinylcholine chez l'adulte, avec toujours intubation trachéale).

— le second réside dans l'utilisation, après dilatation aux bougies, d'une «sonde-bougie» dont le diamètre est égal à celui de la dernière bougie utilisée. C'est une sonde du type d'une sonde duodénale qui n'est bougie, c'est-à-dire qui n'est renflée, que sur la hauteur de la sténose préalablement repérée et mesurée sur les radiographies — elle est introduite grâce à un mandrin, puis son extrémité supérieure est passée par le cavum et les fosses nasales grâce à un geste bien connu des rhinologistes et utilisé pour le tamponnement postérieur; elle est laissée en place une journée entière pendant laquelle l'alimentation est assurée par le canal central (repas mixés) — la déglutition de la salive est réalisable probablement en raison du fait qu'au niveau de la bouche oesophagienne le diamètre est minime et le confort du malade en est considérablement augmenté.

Nous avons, depuis plus d'un an, utilisé cette technique chez cinq malades dont nous résumons très rapidement les observations:

- 1/ C. Eugène, 37 ans
 - Intervention de Heller en 1938
 - récurrence de dysphagie fin 1965
 - radiologiquement sténose cardiale et distension oesophagienne
 - 6 séances de dilatation (les 3 premières à une semaine d'intervalle - 15 jours entre 3^{me} et 4^{me} - 20 jours entre 4^{me} et 5^{me} - 1 mois entre 5^{me} et 6^{me})
 - disparition de la dysphagie sans récurrence à ce jour, 10 mois après la dernière séance.
- 2/ P. Yvonne, 66 ans
 - oesophagite sténosante du $\frac{1}{4}$ inférieur opérée par résection avec ascension thoracique de l'estomac
 - rétrécissement secondaire au niveau de la bouche d'anastomose
 - échec des dilatations probablement en raison du caractère très inflammatoire de la sténose qui ne permet que l'introduction de bougies de très petit diamètre
- 3/ A. Louis, 54 ans
 - observation identique à la précédente mais avec bon résultat pour 10 dilatations à ce jour



MYCOLOG[®]

onguent

ANTIFONGIQUE
ANTIBACTERIEN
ANTI-INFLAMMATOIRE
ANTIPRURIGINEUX

LABAZ

CORTICOTHERAPIE LOCALE

An anatomical illustration of a human knee joint, showing the femur, tibia, and patella. A surgical instrument, likely a needle or cannula, is shown inserted into the joint space. The illustration is rendered in a detailed, shaded style, highlighting the musculature and ligaments surrounding the joint.

KENACORT-A[®]

INTRA - ARTICULAIRE

**SUSPENSION AQUEUSE POUR INJECTIONS
INTRA-ARTICULAIRES OU INTRADERMIQUES**

- 4/ M Marcel, 28 ans
- sténose par oesophagite peptique
- échec des dilatations probablement pour la même raison que dans l'observation N° 2
- 5/ V Marinette, 4 ans
- sténose cicatricielle après oesophagite caustique
- excellent résultat par 56 séances à ce jour.

En conclusion nous ne proposons pas ici une méthode originale mais une modification d'une méthode classique par:

- l'utilisation de l'anesthésie qui supprime le caractère pénible de la dilatation progressive par bougies de diamètre croissant —
- l'utilisation d'une sonde-bougie permettant de maintenir la dilatation pendant un grand nombre d'heures sans que le malade soit incommodé par l'instrument dilatateur et autorisant l'alimentation pendant la durée de l'application de cet instrument.

*Adresse des auteurs: D^r J. Desnos, 26, rue D^r Guichard,
49 Angers, France.*



Dans toutes les formes
d'insuffisance cardiaque

Talusin[®]

cardioglycoside aux propriétés essentielles
de la strophanthine

activité intégrale per os

PRÉSENTATIONS :

50 dragées à 0,25 mg

50 dragées à 0,50 mg

Produit de **KNOLL A. G. Ludwigshafen/Rh.**
Concessionnaires : **R. COLES S. A. — DIEGEM** (près Bruxelles)
Tél. (02) 20.15.00 (lignes groupées)

ASPECT ENDOSCOPIQUE DE LA DISTOMATOSE HÉPATIQUE

par Y. GEFFROY, P. JOUANNEAU, J. FABLET, J. BOUREILLE,
R. COLIN et J. LARCHER (Rouen)

Les lésions hépatiques de la distomatose ont été identifiées au cours de laparotomies.

Ce n'est que tout récemment que Monsieur Traissac et ses collaborateurs ont décrit sur une observation l'aspect endoscopique de ces lésions hépatiques au moment où nous avons observé trois cas de distomatose.

Ces lésions se présentent sous des aspects divers:

- il peut s'agir d'une ou plusieurs taches blanc-jaune, de diamètre variable, parfois isolées, de la grosseur d'un grain de riz, parfois groupées en amas polycycliques, en relief sur la surface du foie.
- il peut exister un épaissement irrégulier de la capsule de Glisson d'aspect grisâtre.
- On ne peut manquer d'être frappé par la ressemblance grossière entre ces lésions et les localisations hépatiques secondaires des lésions malignes.
- En somme, ces aspects lésionnels peuvent être trompeurs comme dans la première observation que nous allons vous présenter, mais ils peuvent être un argument diagnostique comme dans les deux autres observations.

(FILM 16 mm, muet)

Après ces observations cliniques, nous pensons que devant une éosinophilie anormalement élevée, chez un malade présentant des hépatalgies ou des crises biliaires, parfois accompagnées d'un syndrome infectieux, de telles constatations doivent faire suspecter une distomatose méconnue et demander les examens biologiques spécifiques.

Inversement, devant une biologie affirmant le diagnostic de distomatose, il ne nous paraît pas inutile de pratiquer une laparoscopie pour confirmer ce diagnostic et connaître l'importance des lésions hépatiques.

*Adresse des auteurs: D^r J. Fablet, 49, blvd. des Belges,
75 Rouen, France.*

BASOFER ®

ist ein physiologisches
Basengemisch mit Papayotin
und Extr. Carvi



BASOFER ®

hat sich zur **kausalen** Therapie bei

Hyperazidität
Gastritis
Ulcus ventriculi
et duodeni und
sonstigen Krankheiten
mit azidotischer Tendenz

hervorragend bewährt.

BASOFER ®

Ist auch als Zusatztherapeuticum bei
Altersdiabetes, Rheuma und zur Verbesserung
der Verträglichkeit anderer Arzneimittel angezeigt.

ALFRED ZWINTSCHER GMBH - HEIDELBERG

INTEGRAL S.A., Luxembourg, 61, r. de Strasbourg

POSSIBILITÉS ACTUELLES DE LA PHOTOGRAPHIE ENDOPÉRITONÉALE

par A. FOURÈS (Paris)

Pour bien juger des possibilités actuelles de la photographie endopéritonéale, il faut comparer des documents récents avec d'autres plus anciens. Pour cette raison il va vous être présenté quelques photographies réalisées en 1955, époque où, pour la première fois il a été possible d'utiliser un tube électronique dont les dimensions réduites permettaient le passage au travers d'un trocart standard de péritonéoscope.

Les premières vues projetées ont été réalisées sur Kodachrome 10 A.S.A.; leur diamètre de 5 mm permet de réunir sur un même montage, quatre ou même six vues. Ces photographies réalisées, il y a plus de dix ans, sont remarquables par la netteté et la fidélité de reproduction des couleurs, mais leur taille réduite ne permet une lecture que par projection.

L'apparition du Kodachrome II (25 A.S.A.) ainsi que d'autres films de sensibilité analogue, ont permis de porter le diamètre des images à 7 mm.

Peu importe d'ailleurs les dimensions des images si leur qualité permet un agrandissement suffisant; une petite image facile à agrandir est préférable à un original de grande dimension mais de qualité inférieure.

Pour bien montrer la qualité des originaux, voici des reproductions agrandies à 20 mm; la qualité des agrandissements fait ressortir celle des originaux. Sur quelques diapositives ont été réunies l'original et son agrandissement; leur projection simultanée favorise leur comparaison.

Les films modernes à Haute Sensibilité permettent d'obtenir des originaux de 15 mm et plus. Cette dimension paraît la meilleure; elle permet une lecture directe et l'utilisateur dispose d'un excédent de lumière utile dans certains cas particuliers; en

outre, le groupement des vues par deux ou trois sur la même diapositive est encore possible.

Le groupage de vues sur la même diapositive, comme vous pouvez le constater sur ces projections, facilite la recherche du diagnostic par la comparaison des différents aspects présentés; il est particulièrement spectaculaire en coelioscopie où il est possible de présenter, au centre l'ensemble du bassin, à gauche les annexes gauches, à droite les annexes droites; ces deux dernières vues réalisées en plan rapproché pour mieux voir les détails.

L'augmentation de dimension des images a entraîné des difficultés techniques de différents ordres. Les défauts d'achromatisme, plus visibles sur les vues de grande dimension, ont nécessité l'amélioration des systèmes optiques; l'intensité de l'éclairage ou le temps d'exposition doivent être prévus avec plus de minutie si l'on ne veut pas risquer de fausser les couleurs.

Par contre, certaines anomalies plus visibles sur les vues actuelles que sur les anciennes, ne sont ni des défauts d'appareillage ni de technique; elles sont le résultat des conditions spéciales dans lesquelles sont réalisées les photographies endopéritonéales et si elles sont parfois considérées comme des défauts, c'est uniquement par ignorance de leurs causes. Ce n'est que pour mémoire qu'il faut citer les brillances ou l'augmentation des reliefs.

Plus intéressantes sont les anomalies dues à la réalisation des photographies en vase clos. Les organes sont éclairés, non seulement par la lumière provenant directement de la source lumineuse, mais aussi par les rayonnements réfléchis et, de ce fait, plus ou moins colorés; il y a mélange des couleurs avec prédominance de l'une d'elles.

Un foie de choléstase très vert émet des rayonnements réfléchis colorés qui, non seulement donneront des reflets verts aux organes voisins, mais encore exagéreront la propre teinte du foie. Voici, en exemple, une diapositive parfaitement réussie au point de vue technique, et qui semble avoir été réalisée au travers d'un filtre coloré.

Les dernières diapositives présentées montrent ce qu'il est possible de réaliser actuellement dans le domaine de la photographie endopéritonéale. On ne peut que reconnaître la qualité de ces diapositives; la photographie endoscopique de la cavité péritonéale est, aujourd'hui, possible avec toutes les qualités désirables, elle fournit un document dont la valeur didactique et diagnostique ne peut plus être discutée.

La dernière vue présentée est particulièrement intéressante; la netteté de l'image, la fidélité des couleurs, l'impression de relief sont surprenantes, ces qualités résultent de celles du Laparographe.

La netteté dépend de la valeur optique de l'ensemble: caméra plus laparoscope, et de l'instantanéité de l'éclair électronique.

La fidélité des couleurs est due à la qualité de la lumière émise par le tube électronique et à l'achromatisme du système optique.

L'impression de relief résulte des ombres portées dues au décalage des axes visuels et lumineux.

Cet appareil, entièrement de fabrication française, semble être le seul, actuellement, à pouvoir donner des documents de cette valeur.

Adresse de l'auteur: 11bis, rue Marguerite, Paris XVIII^e, France.

Alerte et plein de confiance avec

MYSOLINE

Marque Déposée

Primidone B. P.

★

Bénéfique pour toutes les formes d'épilepsie

Parmi les anticonvulsifs d'usage courant MYSOLINE se distingue par son excellente tolérance, son action rapide, son activité thérapeutique élevée et ses possibilités d'usage étendues dans les diverses formes d'épilepsie (Viparelli, 1955).

MYSOLINE ne provoque pas d'hypertrophie des gencives. Si dans les cas où cette complication est apparue, on substitue MYSOLINE au traitement courant, il s'ensuit fréquemment un rétablissement sans que l'on ne doive recourir à la chirurgie.

(Staple, 1955; Bradford, 1956; Trott, 1958.)

★

Conditionnement de 50 et 100 comprimés à 250 mg

Pour la clinique: bocaux de 1.000 comprimés

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LIMITED

Pharmaceuticals Division

Alderley Park, Macclesfield, England

Pour la Belgique et le Grand-Duché:

PHARMA-UNION S.A., Destelbergen

PROPHAC - 125, rue Ad. Fischer - Luxembourg

IMPORTANCE DE LA POSITION DU MALADE EN PÉRITONÉOSCOPIE

par A. FOURES (Paris)

La péritonéoscopie voit ses indications et son champ d'exploration augmenter constamment; parmi les moyens utilisés pour reculer les limites de cet examen, les changements de position du malade sont un des plus efficaces.

En général, les seules modifications de position utilisées sont celles permises par les tables d'examen; or, si ces modifications sont suffisantes dans le sens longitudinal, elles sont, par contre, très réduites dans le sens latéral et, de ce fait, de peu d'intérêt.

Grâce à l'utilisation d'une instrumentation simplifiée et de l'anesthésie locale, il est possible de demander au malade de modifier, lui-même, sa position, la table d'examen restant horizontale; il peut ainsi se placer complètement sur l'un ou l'autre côté.

La *position dorsale* est naturellement indiquée pour le début de l'examen; elle permet une étude générale de la cavité péritonéale dont le résultat précise vers quel organe doivent être orientées les recherches.

La *position latérale gauche* facilite la recherche de la vésicule biliaire, souvent déportée vers la droite; elle permet l'examen de la face antérieure du rein droit. Dans cette position du malade, le lobe hépatique droit est vertical, l'examen de sa face inférieure ne nécessite plus le soulèvement du lobe, il suffit de l'écartier, ce qui est plus facile; cette manoeuvre permet également d'atteindre le pôle supérieur du rein. Le côlon droit, un lobe droit atrophique et recouvert d'ascite, tous deux difficilement accessibles en position dorsale, sont d'un examen facile en décubitus latéral gauche.

La *position latérale droite* facilite l'examen de la face inférieure du lobe gauche, de la région du cardia et de l'oesophage abdominal; celui de la grosse tubérosité pourra être plus complet; une rate, non visible en position dorsale, semble tomber

en avant du péritonéoscope au cours du déplacement du malade et il devient même possible d'examiner sa face externe; le côlon gauche est complètement dégagé par le glissement des anses intestinales; par contre, le rein gauche est rarement visible mais la position latérale permet sa palpation avec l'instrument.

La position déclive dite de «Trendelenburg» est indispensable pour l'examen des organes pelviens et constamment utilisée par les gynécologues; en gastroentérologie elle est très utile pour l'examen du coecum, du sigmoïde, du rectum. L'appendice coecal est facile à trouver dans cette position.

La série de diapositives présentées met en évidence l'intérêt des changements de position du malade. Vous y voyez, entre autres, un rein droit, une rate vue par sa face externe, un appendice coecal, la face inférieure d'un lobe gauche avec l'aileron gauche du ligament coronaire, etc.

Ces diapositives ont pu être réalisées grâce à la maniabilité du laparographe utilisé dont le diamètre n'est que de 6,5 mm et à la simplicité de l'ensemble de l'instrumentation.

Malgré tous les progrès réalisés, il est certain que l'endoscopie péritonéale n'a pas atteint ses limites. L'examen d'organes encore inexplorés serait possible si, au lieu de vouloir procéder à un examen complet de l'abdomen avec une seule porte d'entrée, on limitait l'exploration à une région précise, en adoptant pour chaque cas la position du malade et la porte d'entrée les plus propices.

Adresse de l'auteur: 11bis, rue Margueritte, Paris XVIII^e, France.

Pour plus de sécurité
en Corticothérapie

BIOCORT

Metacortandrolone 5 mg }
Methandriol (mad) 12,5 mg } par comprimé

Le BIOCORT évite tous les inconvénients de la corticothérapie prolongée; action catabolisante, pertes en potassium, calcium et phosphore, effets indésirables sur la croissance, sur la glycémie, sur l'estomac, sur le métabolisme du sel et surtout sur le freinage de l'axe hypophyso-surrénalien.

- 1.- Le mad augmente et prolonge l'action de la Métacortandrolone, ce qui permet d'en réduire la dose utile.
- 2.- Le mad, facteur d'épargne des protéines compense les effets catabolisants de la cortisone.
- 3.- L'activation et la prolongation d'action obtenues grâce à l'association au mad permet d'administrer une dose unique par 24 heures. Il en résulte que l'effet frénateur sur l'antéhypophyse et sur les surrénales devient négligeable.

Littérature et échantillons sur demande
THERABRUX s. p. l.
35, rue Souveraine, BRUXELLES 5

Dépositaire pour le Grand Duché de Luxembourg:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE Luxembourgeois
23, rue Mercier, LUXEMBOURG

Un corps pur, original
exclusivement
ANTALGIQUE

GLIFANAN

glaphénine

**puissant
et
bien toléré**

ROUSSEL



Les Laboratoires Belges
PHARMACOBEL

Société Anonyme

52, rue Vanderlinden - Bruxelles, 3 - Tél. 41 40 63, 41 40 64

avec leurs sentiments dévoués et leur gratitude, vous
remercient pour la confiance dont vous honorez

leurs spécialités.:

CARDIOMONE
COLLUTRICINE
CORTINASAL

gouttes
nébuliseur

GELHYDRAL

comprimés
gel

HEPATENE

solution

NEOTRICINE
OTOCALMINE
PANTRICINE

RECTOCURARE
SULFAMIPHEDRINE

gouttes,
nébuliseur

TRICINODOSE
TRICINOPHEDRINE

gouttes,
nébuliseur

TRICINOVULES
UROPYRINE

LE FIBROSCOPE OESOPHAGIEN

par CH. DEBRAY et P. HOUSSET (Paris)

Les auteurs rapportent les résultats obtenus avec l'oesophagoscope à fibres de verre entièrement flexible de LO-PRESTI, sur une série de 110 examens.

Long de 85 cm, l'appareil comporte deux faisceaux de fibres de verre synthétique. L'un de ces faisceaux transmet l'image, l'autre conduit la lumière fournie par une source extérieure. Le diamètre du corps de l'appareil est de 12 mm; le diamètre de l'extrémité distale est de 15 mm. L'axe optique est dévié de 25° par rapport à l'axe principal de l'instrument (vision foroblique). Un canal permet d'insuffler de l'air ou de laver l'objectif; un autre canal permet d'aspirer les sécrétions ou d'introduire une pince à biopsie.

La préparation des malades ne nécessite qu'une simple prémédication et une anesthésie locale de l'arrière-gorge. L'introduction de l'appareil s'effectue en décubitus latéral gauche. Le passage de la bouche de Killian est le temps le plus délicat, mais la progression dans l'oesophage n'offre aucune difficulté. Le cardia est pratiquement toujours franchi sauf lorsqu'il existe en amont une coudure trop accentuée ou une sténose serrée.

L'exploration est facile, mais nécessite un certain nombre de manoeuvres auxquelles il convient de s'habituer: rotation complète de l'appareil, lavage de l'objectif, aspiration des sécrétions, insufflation, mise au point du système focalisateur. Un des avantages essentiels du fibroscope oesophagien est de permettre un bon examen du bas oesophage, du cardia et sous-cardia. Cette exploration peut être faite de haut en bas, mais aussi de bas en haut. Il est très facile d'adapter une caméra de 16 mm et de prendre des vues endoscopiques. L'orientation de la pince à biopsie présente quelques difficultés.

Les auteurs ont effectué 110 examens sans incident. La bouche oesophagienne n'a pas été franchie dans deux cas;

l'exploration n'a pas été satisfaisante dans 4 cas. La plupart des affections oesophagiennes ont été observées. L'examen a toujours été parfaitement toléré, ce qui a permis dans la plupart des cas une exploration prolongée et de longues prises de vues cinématographiques.

Les auteurs estiment que cette nouvelle technique d'œsophagoscopie représente un progrès important dans l'endoscopie oesophagienne, telle que la conçoivent et la pratiquent les gastro-entérologues. Le prix élevé de l'appareillage est cependant un sérieux inconvénient.

*Adresse des auteurs: Pr. Ch. Debray, 27, rue Galilée,
Paris XVI^e, France.*



casinos / théâtres / concerts / tous les sports

VICHY

3 ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

parfaitement équipés

saison : 2 mai - 15 octobre

Affections du foie et des voies biliaires

Séquelles de cholécystectomie

Diabète - Goutte

Hyperuricémie - Hypercholestérolémie

Syndromes allergiques

Troubles dyspeptiques - colites de fermentation

Hépatopathies de l'enfance



Diabinese*

Chlorpropamide

Pfizer

maintient une
glycémie normale

UNE SEULE
PRISE MATINALE

* Marque déposée de Chas. Pfizer & Co., Inc.

PFIZER S.A. — DÉPARTEMENT PHARMACEUTIQUE
102, RUE LÉON THÉODOR — BRUXELLES 9 — TÉL: (02) 26.49.20

ETUDE ENDOSCOPIQUE DE LA MELANOSE RECTO-SIGMOIDIENNE

par Ch. DEBRAY, J. A. PAOLAGGI, J. LEYMARIOS, E. MARTIN,
M^{me} Cl. MARCHE et J. BOISSON (Paris)

On distingue 3 types de mélanoses: 1) la mélanose colique essentielle idiopathique, exceptionnelle, 2) les mélanoses survenant dans des sténoses du côlon (surtout néoplasiques) et peut être en rapport avec la prise de laxatifs, 3) les mélanoses recto-sigmoïdiennes, seules étudiées par les auteurs, apparaissent souvent chez les malades prenant des laxatifs.

Ces mélanoses ne sont pas rares. Elles surviennent très souvent chez des sujets prenant des laxatifs anthraquinoniques (phénolphthaléine, séné, rhubarbe, bourdaine, cascara, aloès), ce qui explique sa plus grande fréquence chez la femme.

La muqueuse rectale est parsemée de petites taches allant du jaune chamois au noir ardoisé, séparées par un réseau de bandes plus claires, dessinant parfois des lignes minces, ondulées, analogues à des empreintes digitales. L'ensemble de la paroi rectale ressemble au dos d'un crapaud ou à la peau d'un tigre. Les formes dégradées, à peine visibles, sont fréquentes. Enfin, assez souvent c'est seulement la biopsie systématique et la coloration des pigments qui permettra de reconnaître l'affection.

La teinte noire peut apparaître en quelques mois après le début de la prise des laxatifs. Elle peut disparaître en quelques mois après leur cessation ou persister très longtemps. Elle ne donne aucun signe clinique. Il est possible que certaines de ces mélanoses recto-sigmoïdiennes apparaissent en dehors de la prise des laxatifs.

Le pigment n'a pas les caractères du pigment ferrique ou ferreux. Les réactions histo-chimiques montrent qu'il ne s'agit pas non plus d'une mélanine (le terme de mélanose peut donc prêter à confusion), mais d'une lipofuchsine, c'est-à-dire d'un

chromolipoïde. Le pigment est voisin de celui que l'on trouve dans la foie au cours de la maladie de Dubin-Johnson. Histologiquement la muqueuse n'est pas altérée. Le pigment se trouve dans la sous-muqueuse, localisé dans certaines cellules de type histiocytaire, et parfois également répandu dans le tissu interstitiel voisin. Sa caractéristique essentielle est son fort pouvoir réducteur.

Une étude expérimentale entreprise par les auteurs pour reproduire la maladie chez le Rat avec de la phénolphtaléine a échoué.

Adresse des Auteurs: Pr. Ch. Debray, 27, rue Galilée, Paris XVI^e, France.

rixapen

Pénicilline orale

1

A doses égales, confère au sérum un pouvoir antibiotique au moins double de celui des autres pénicillines orales.



500 mg.

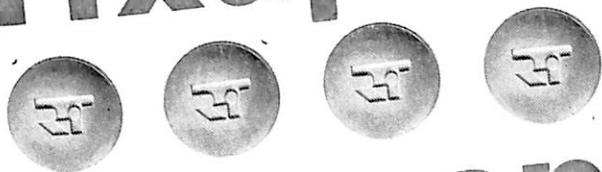
2

Assure une activité antibactérienne de longue durée — de 8 à 10 heures — après une seule prise post-prandiale de 500 mg.

rixapen

rixapen

rixapen



rixapen

rixapen

Recherche et Industrie
Thérapeutiques



PRODUITS MACK

Forapin

l'antirhumatismal à teneur standardisée en
venin d'abeilles Pommade
Liniment
Ampoules

Apifortyl

Produit à base de gelée royale dont les
principes actifs ont été relevés au 10 000ième
de leur valeur normale. A recommander dans
les états de fatigue et d'épuisement de genèses
différentes, la sénescence et les reconvalescences

Boîte de 30 capsules

Miramel

Calmant pour enfants nerveux sous forme de
miel à base d'extraits spéciaux de plantes à
action sédante, renforcé par du méthylparafynol.

Verre à 100 gr.
gts "forte" 10 cc

Colpan

Combinaison optimale pour le traitement du
flueur vaginal bactériel ou essentiel, flueur à
trichomonas, traitement pré- et postopératoire
en cas de flueur.

Ulcumel

Composition médicamenteuse conçue dans le but
d'interrompre le cercle "douleur-tonicité" dans
l'ulcère gastrique et duodénal, les gastrites, les
dyskinésies des voies biliaires. Egalement indiqué
dans la dystonie végétative et l'hyperemesis gra-
vidarum.

5 ampoules 10 cc
50 comprimés

Prontopyrin

analgésique diurne d'une tolérance particulière.
Action rapide, fidèle et persistante. Tubes de
10 et 20 comprimés.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois

S. A.

23, Coin rue Mercier et rue Wedel

LAPAROSCOPIE ET TECHNIQUES ANNEXES UNE EXPÉRIENCE DE VINGT-CINQ ANNÉES

par S. BELBENOIT (Arras)

Projection de diapositives qui comprennent quelques photographies endoscopiques obtenues avec le matériel Storz, des schémas, des dessins endoscopiques correspondant à des observations anciennes et surtout des radiographies et tomographies utilisant le contraste gazeux du pneumopéritoine.

La photographie et la séquence cinématographique sont des acquisitions relativement récentes, d'ailleurs capitales, mais qui ne doivent pas détourner d'autres techniques annexes. Elles ne suppriment pas l'intérêt de toute l'expérience laparoscopique qui leur est antérieure. A ce sujet l'auteur rappelle qu'il a été parmi les tout premiers en France à pratiquer la laparoscopie, à la même époque que Fourestier. Ses deux premières observations ont été publiées dans la Revue de la Tuberculose, numéro de juin, juillet, août 1942. Le but était le diagnostic et le traitement de la tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. Depuis lors il a poursuivi ses recherches sur cette endoscopie appliquée à d'autres domaines de la pathologie et plus encore sur la question d'ensemble du pneumopéritoine considéré dans tous ses aspects: valeur collapsothérapique, mécanisme d'action, déplacement des viscères et du diaphragme en fonction de la position, technique et innocuité des insufflations. Enfin l'utilisation du pneumopéritoine pour le diagnostic radiologique abdominal est une technique annexe qui complète l'endoscopie.

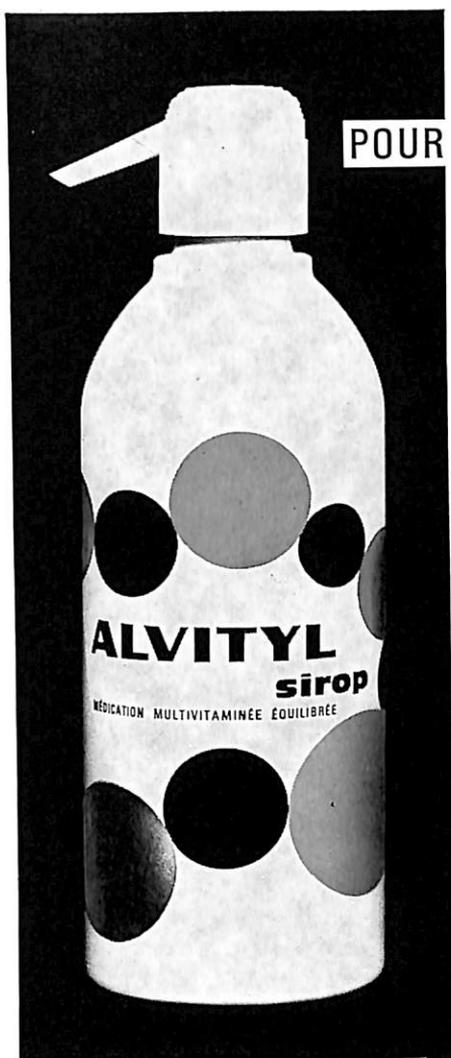
Divers clichés sont présentés à titre d'exemple. Ils montrent notamment une syphilis sclérogommeuse avec foie ficelé, une métastase hépatique et péritonéale d'adénocarcinome bronchique, des aspects caractéristiques de cirrhose et de précirrhose alcoolique. De tels renseignements sont facilement recherchés

dans les jours qui précèdent une laparoscopie en faisant deux ou trois insufflations. Les incidences et positions ont été décrites lors du précédent Congrès de Reims (debout, malade placé horizontalement à plat ventre, ampoule au-dessus plaque en-dessous, etc...). L'objet actuel des investigations est plus spécialement la recherche des lésions hépatiques latentes chez des éthyliques en désintoxication. Les cirrhose évidentes avec leurs images endoscopiques bien connues ne sont pas envisagées. On s'en tient à ce qu'on appelle les précirrhose. On présente tour à tour des aspects photographiques et des images de contraste gazeux correspondant aux cas où la ponction biopsie montrait seulement des signes de souffrance cellulaire sans cirrhose affirmée.

On peut conclure de cette confrontation que toutes les méthodes d'investigations peuvent se montrer défailantes ou décisives dans cette pathologie limite et qu'il faut donc les associer.

Adresse de l'auteur: 57, Avenue Winston-Churchill, Arras, France.

POUR LA PRATIQUE PÉDIATRIQUE



ALVITYL sirop

Polycarences d'origine digestive - Rachitisme
Complément de l'allaitement artificiel
Convalescence - Anorexie - Antibiothérapie
Entérocolites - Rhinopharyngites traînantes
Retard de croissance - Surmenage scolaire

de 1 mois à 6 mois : ½ à 1 cuillerée à café
de 6 mois à 2 ans : 1 à 1½ cuillerée à café
de 2 ans à 10 ans : 1½ à 2 cuillerées à café

par jour

Vit. A 5000 U.I. - Vit. D₃ 1000 U.I. - Vit. E 2,5 mg - Vit. B₁ 2,5 mg
Vit. B₂ 2,5 mg - Vit. B₅ 2,15 mg - Vit. B₆ 0,75 mg - Vit. B₈ 0,025 mg
Vit. B₁₂ 1,5 µg - Vit. PP 12,5 mg - Vit. C 37,5 mg
pour une cuillerée à café de 5 ml

Flacon-bombe de 150 ml de sirop — Goût agréable

LATÉMA

Concessionnaire exclusif :
Ets J. HERMAN-Labor - 17 à 27, Rue des Cultivateurs

11 bis, RUE BALZAC - PARIS 8

BRUXELLES 4

**11 vitamines stabilisées
sous pression d'azote**

Succès d'une thérapeutique biologique dans les affections cutanées



Eczémas
Furonculose
Ulcères torpides
Croûte de lait

Formation de collagène et de fibres
Epithélisation
Effet eutrophique et régénérateur
Non toxique
Tolérance excellente

Onguent: Tube de 55 g
Capsules: Boîte de 20 capsules



Un produit de Divapharma Société Anonyme, Zurich/Suisse

INTEGRAL S. A. Luxembourg 61, rue de Strasbourg

V 56 - 66 - 1

BRONCHO - PNEUMOLOGIE
CARDIOLOGIE



L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU PROPANIDIDE (ÉPONTOL) EN BRONCHOSCOPIE

par J. M. DUBOIS DE MONTREYNAUD, L. DUFOUR
et F. BUVRY (Reims)

Parmi les endoscopistes, nombreux sont, depuis quelques années, les adeptes de l'anesthésie générale. Les travaux conjoints de la Société de Bronchoscopie, d'Oesophagoscopie et de Gastroskopie de Langue Française et ceux de la Société Belge d'Anesthésie-Réanimation à Bruges (Mai 1966) ainsi que les travaux de nombreux pneumologues parmi lesquels nous citons Van de Calseyde, Demedts, Reboul et Zakarian, en sont l'attestation.

Personnellement, pratiquant depuis près de vingt ans l'anesthésie locale à la Pantocaïne ou Tétracaïne, sans préparation autre que l'administration d'un demi-milligramme d'atropine une demi-heure avant l'examen et appréciant la simplicité d'une méthode permettant à la bronchoscopie d'être un examen réellement ambulatoire, nous y étions restés fidèles.

Nous reprochions à priori à l'anesthésie générale l'obligation de recourir à un anesthésiste spécialisé, de nécessiter une assistance respiratoire et par là même l'utilisation d'un bronchoscope d'un type spécial, de garder le malade en observation après l'examen, bref de compliquer beaucoup les choses.

Certes, depuis quelques années, nous avons apprécié l'intérêt de l'anesthésie à l'Halothane, ou Fluothane, administré par inhalation chez l'enfant et permettant d'effectuer des manoeuvres parfois délicates sous bronchoscopie, notamment l'ablation de corps étrangers.

Chez l'adulte, tandis que Zakarian démontrait que le Diazepam ou Valium, administré par voie intraveineuse, permettait de faire une bronchoscopie dans d'excellentes conditions chez un sujet parfaitement décontracté, ne nécessitant pas d'assistance respiratoire, nous avons eu la possibilité d'utiliser paral-

lèlement un produit nouveau: la Propanidide. Celui-ci permet de réaliser une anesthésie générale *sans provoquer de dépression respiratoire, sans supprimer la mobilité bronchique*. L'anesthésie, de courte durée, est suivie d'un réveil rapide avec reprise totale de la conscience.

Notre expérience porte sur une centaine de cas. Nous résumerons nos conclusions. On trouvera dans la thèse de notre élève Lionel Dufour l'analyse détaillée de 30 observations.

LE PROPANIDIDE OU ÉPONTOL

Le Propanidide, spécialisé par Théraplix, sous le nom d'Épontonol, ainsi que le Détrovel — désigné en Allemagne sous le nom d'Estil — est un dérivé de l'Eugénol qui ne présente pas les inconvénients du Détrovel: mauvaise tolérance vasculaire, action hémolytique. Par contre il entraîne comme lui une action faiblement dépressive sur la respiration pendant l'anesthésie et un prompt rétablissement de la conscience au réveil.

La rapidité et la brièveté de son action seraient dues à la présence dans sa formule chimique d'un groupement esterpropylique qui permet une ouverture rapide de la chaîne estérifiée et par conséquent une hydrolyse rapide dans l'organisme sous l'influence d'esthérasés qui se trouvent en grande quantité dans le foie et le sang.

Ce produit est présenté en ampoules de 10 ml. contenant 500 mg de principe actif en solution acqueuse à 5 p. 100. La solution est obtenue par l'addition d'un solvant, le Crémophorel, à raison de 20 p. 100 qui assure sa stabilité. La solution est d'aspect translucide et très visqueux.

Le Propanidide doit être administré par voie veineuse, mais il est irritant pour les veines. Il est donc nécessaire de mettre en place une perfusion de sérum glucosé à 5 p. 100, d'injecter le produit dans la tubulure de la perfusion et d'accélérer le débit de cette dernière pour «rincer» la veine. La perfusion doit rester en place de façon à ce que l'on puisse administrer éventuellement une nouvelle dose de produit.

La dose est en principe de 10 mg. par kilo de poids corporel. Chez certains sujets éthyliques ou comitiaux il est nécessaire d'envisager d'emblée une dose plus importante.

Le sommeil apparaît dès la fin de l'injection et durera 7 à 12 minutes. Si l'on prévoit une prolongation de l'examen, il faudra administrer, au bout de cinq minutes, une nouvelle dose de produit égale au tiers de la dose initiale.

AVANT L'ANESTHÉSIE

L'anesthésie générale au Propanidide doit être précédée d'une prémédication et d'une anesthésie locale.

La prémédication consiste dans l'administration 45 à 60 minutes avant l'examen d'un demi milligramme d'Atropine et de 10 milligrammes de Droperidol (Droleptan), par voie intramusculaire. Ce dernier neuroleptique est un bon anxiolytique qui permet au malade d'attendre l'examen sans appréhension. C'est aussi un puissant anti-émétique, avantage que l'on appréciera au réveil.

L'anesthésie locale est nécessaire pour éviter un spasme du larynx: cette précaution est généralement admise. De plus, nous avons observé que le Propanidide était un *bon anesthésique mais un analgésique insuffisant* qui ne supprimait pas les réactions du malade au cours des manoeuvres endoscopiques lorsque l'anesthésie locale a été insuffisante. Cette dernière est donc pratiquée aussi soigneusement que d'habitude.

En cas de nécessité, comme lors de toute bronchoscopie, elle doit être complétée par une pulvérisation endobronchique.

PENDANT L'ANESTHÉSIE

Au cours de l'anesthésie elle-même, nous avons étudié la qualité du sommeil ainsi que les manifestations respiratoires et cardio-vasculaires.

Dès la fin de l'injection du Propanidide, le sujet perd conscience. Il se produit simultanément une hyperventilation et souvent une discrète contracture des masséters et du larynx. Ces manifestations sont très passagères; quelques secondes d'attente suffisent pour introduire l'endoscope.

Si l'anesthésie locale est insuffisante, le contact du bec bronchoscopique ou des instruments de prélèvements avec les éperons de division bronchique peut entraîner quelques mouvements musculaires des membres.

La durée de l'anesthésie varie de 7 à 8 minutes à 10 à 12. Si une réinjection a été pratiquée entre-temps, le sommeil peut atteindre 15 minutes.

Le réveil est rapide, instantané. Le sujet ne garde aucun souvenir de l'examen. Bien souvent il reprend immédiatement totalement conscience et tente de descendre lui-même de la table d'examen. Il nous est arrivé à deux reprises d'observer au moment du réveil un état de contracture généralisée de quelques dizaines de secondes.

A l'hyperventilation du début qui dure quelques secondes succède une *hypoventilation discrète*, mais jamais d'apnée. Il

ne fut jamais nécessaire d'oxygéner le malade au cours de la bronchoscopie. Néanmoins après l'examen si le sujet est légèrement cyanosé, nous pratiquons l'oxygénothérapie au masque.

Nous avons déjà souligné que pendant l'examen *la mobilité bronchique était parfaitement conservée.*

La prise systématique du pouls et de la pression artérielle depuis la fin de l'injection jusqu'au réveil nous a amenés à constater une *chute de la maximale* de plusieurs centimètres de mercure, d'une façon passagère, de 13 à 11 pendant une minute ou de 14 et 12, puis à 10 pendant quatre minutes, de 21 à 17 pendant une minute, parfois d'une façon plus importante, de 12,5 à 7 pendant trois minutes. Mais dans tous les cas, la pression artérielle était normale lors du réveil. De même nous avons pratiquement toujours constaté une *accélération du pouls* de 70 à 100, de 108 à 140, de 90 à 152, de 84 à 120 pour ne citer que quelques exemples. Exceptionnellement nous avons constaté une brachycardie lors d'une chute de la pression artérielle de 17 à 7.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Nous n'avons pas remarqué d'incident ou accident grave. Nous n'avons noté ni nausées, ni vomissements. Une fois seulement nous avons déploré une réaction inflammatoire érythémateuse locale 24 heures après l'injection. Cette réaction a disparu spontanément en 48 heures. Nous avons également regretté d'être contraints pour certains malades, éthyliques notamment, d'administrer des doses itératives au cours de l'anesthésie de façon à obtenir un sommeil satisfaisant.

CONTRE-INDICATIONS

Notre étude nous a conduits à dégager quelques contre-indications: la nécessité d'administrer rapidement la dose de Propanidide entraîne l'emploi de trocarts relativement gros, 12/10, il est donc impossible d'utiliser cette méthode chez le petit enfant ainsi que chez le sujet présentant des veines trop fines.

La chute de la pression artérielle au cours de l'anesthésie est une contre-indication à l'emploi de cette méthode chez des patients atteints de grande hypotension voire de collapsus.

L'hypoventilation, si discrète soit-elle, doit faire hésiter à utiliser le Propanidide chez les grands insuffisants respiratoires.

INTÉRÊT DE L'ANESTHÉSIE AU PROPANIDIDE

Le malade ne garde aucun souvenir de l'examen proprement dit. Il se rappelle les préparatifs et demande généralement en

se réveillant quand aura lieu la bronchoscopie. Il est alors redevenu parfaitement conscient, respire librement, ne présente ni vomissement, ni nausée. Il repartirait à pied et c'est par mesure de prudence que nous le ramenons à son lit sur un brancard.

Les impressions de l'opérateur sont plus nuancées. Pour un examen rapide, réalisé pour un simple contrôle bronchique avec photo, cinématographie et éventuellement un prélèvement bactériologique, l'anesthésie générale au Propanidide constitue certainement un avantage. Par contre, si l'examen se prolonge, si l'on doit s'attarder à montrer à des étudiants des particularités bronchiques ou faire un prélèvement difficile, l'anesthésie au Propanidide, telle que nous l'utilisons actuellement avec une expérience peut-être encore insuffisante, n'est pas tout à fait satisfaisante. Bien que l'on prenne la précaution de réinjecter une certaine quantité de produit à la fin de la 5^{me} minute, les aléas d'un réveil précoce peuvent-être une gêne pour l'opérateur.

EN CONCLUSION

L'anesthésie au Propanidide (Épontol) constitue certainement un progrès dans la pratique de la bronchoscopie. Bon anesthésique, ce produit n'est pas analgésique. Il nécessite une prémédication particulière et une anesthésie locale excellente. Il entraîne un sommeil satisfaisant mais court. Son emploi n'implique pas d'assistance respiratoire. Il entraîne tout au plus une discrète hypoventilation qui ne nécessite pas l'administration d'oxygène au cours de la bronchoscopie. Après l'examen par contre, l'oxygénation au masque est parfois utile.

Avantage important pour l'endoscopiste, la mobilité bronchique est conservée permettant une bonne observation endobronchique. L'injection du Propanidide entraîne une discrète tachycardie et une baisse momentanée de la tension artérielle; celle-ci constitue une contre-indication chez les hypotendus ou les malades en état de collapsus.

L'anesthésie au Propanidide assure une amnésie totale rendant l'examen parfaitement supportable pour le malade, elle permet un réveil rapide. Pour l'opérateur, elle paraît surtout intéressante pour les bronchoscopies de courte durée.

Nécessitant pour son administration l'emploi de trocars de calibre relativement gros (12/10), l'anesthésie au Propanidide est réservée au grand enfant et à l'adulte.

*Adresse des auteurs: Pr. J. M. Dubois de Montreynaud,
8, rue de Mâcon, Reims, France.*

Avant même l'antibiogramme



AMBRASYNTH® V.

tétracycline + chloramphénicol + vitamines

LEPETIT

association vitaminée d'antibiotiques à large spectre
et d'un vaste emploi clinique

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

Représentant pour le Grand-Duché de Luxembourg:
PROPHAC S. à r. l. - 125, rue Ad. Fischer - Luxembourg



SYNDROME ORTHOSTATIQUE



DIHYDERGOT®

**normalise la fonction circulatoire
dans les diverses formes
du syndrome orthostatique**

Flacon de 50 comprimés = 8 jours de traitement

Le Dihydergot est admis sans limitation
par les caisses-maladie





Tonopan[®] Sandoz

coupe aussi les céphalées vasomotrices
dues au fœhn ou aux changements de temps

- il tonifie les vaisseaux crâniens
- il élève le seuil de sensibilité à la douleur

Remboursé par les caisses-maladie

Posologie : 2 dragées à répéter après 30 minutes si né
Présentation : 20, 100 et 1000



SA

DIFFERENTS ASPECTS DE L'ANGIOCINÉMATOGRAPHIE PULMONAIRE DES CANCERS BRONCHIQUES

(film en 16 mm – durée 15')

par P. LAMY, D. ANTHOINE, G. REBEIX, G. VAILLANT,
P. CERVONI et J. M. BERTHEAU (Nancy)

L'application de la vascularisation pulmonaire occupe une place de plus en plus importante dans le bilan du cancer bronchique.

Elle permet, en effet, d'étudier l'extension néoplasique aux artères, aux veines pulmonaires et à la veine cave supérieure et d'en préciser ainsi les possibilités chirurgicales.

Il faut cependant insister sur le fait que l'extension vasculaire n'est pas obligatoirement proportionnelle au degré d'envahissement ganglionnaire du médiastin qui pourra, lui, être précisé par le pneumomédiastin et la médiastinobiopsie.

Enfin, l'exploration de la circulation artérielle bronchique prend actuellement de plus en plus d'importance dans la détermination des shunts entre les deux circulations systémique et fonctionnelle (Delarue et coll.).

L'étude de la vascularisation pulmonaire au cours des tumeurs bronchiques a déjà été réalisée depuis longtemps et par de nombreux auteurs, en France notamment par Bariéty et coll.; O. Monod; Hertzog et coll.; Santy et coll.; Forster et Hatt.

L'angiopneumographie est habituellement réalisée avec un produit de contraste organo-iodé, grâce à un sélecteur de clichés, permettant de prendre six images à la seconde. On obtient ainsi un angiopneumogramme de face, sur lequel on peut mettre en

évidence des anomalies de deux types: les unes anatomiques, liées au cancer lui-même et à son extension vasculaire (refoulement, étirement, compression, amputation des branches de l'artère pulmonaire); les autres fonctionnelles (raréfaction), en rapport avec des modifications du régime de pression régnant dans les différents territoires vasculaires pulmonaires.

Nous avons utilisé, quant à nous, la *ciné-radio-angiopneumographie*, qui a l'avantage de fournir une étude dynamique, cinétique de l'arbre artériel pulmonaire et du réseau veineux de retour. Cette exploration a été pratiquée systématiquement, à titre préopératoire, chez cinquante cancéreux bronchiques et ce sont les séquences les plus démonstratives qui constituent notre film.

Nous utilisons une caméra «Cinélix» de 35 mm, fonctionnant en corrélation avec un amplificateur de brillance et un écran de télévision de grand diamètre (30 centimètres). Systématiquement, nous faisons effectuer une copie en 16 mm de tous nos films en 35 mm.

La réalisation de l'angiographie se fait selon la méthode classique: malade à jeun et prémédiqué; après anesthésie locale, introduction au préalable d'une sonde de Cournand pour cathétérisme des cavités cardiaques droites et prise des pressions dans l'artère pulmonaire et ses branches; mise en place, ensuite, dans la veine basilique du coude gauche, d'une sonde à angiographie, plus rigide, de 9/10 mm, qui est poussée en général dans le ventricule droit.

Le produit opaque (Radioselectan) est injecté sous six kilos de pression; la quantité utilisée est de 60 à 80 cm³.

La caméra est déclenchée simultanément à l'injection au rythme de prises de vues, très rapide, de trente images par seconde.

Nous testons la sensibilité du sujet à l'iode juste avant l'examen. Nous terminons l'épreuve par l'injection systématique intraveineuse d'une ampoule de 25 milligrammes d'Hemisuccinate d'Hydrocortisone.

Nous n'avons jamais observé d'accidents, tout ou plus, quelques incidents mineurs (urticaire aigu chez un de nos malades, vomissements et nausées pendant l'examen chez deux autres).

Chez quatre malades, présentant un syndrome de compression médiastinale, lié au développement médiastino-pulmonaire d'un cancer anaplasique, nous avons pratiqué une cavographie, en plaçant la sonde dans un tronc brachio-céphalique.

Chez tous les autres malades, nous avons réalisé une ciné-angiographie classique en poussant la sonde dans le ventricule droit.

Nous n'avons jamais pratiqué cet examen chez des sujets ayant une contre-indication d'ordre cardio-vasculaire majeure (sclérose vasculaire marquée, infarctus récent, asystolie, troubles du rythme, hypertension sévère).

I. — NOS RÉSULTATS SONT LES SUIVANTS

Ils recourent dans la majeure partie des cas les données classiques fournies par l'angiopneumographie standard avec clichés statiques.

1. — *Ciné-cavographie*

Dans les cancers anaplasiques avec envahissement médiastinal nous observons deux types d'images, de modifications anatomiques:

— soit le refoulement de la veine cave supérieure, vers l'extérieur, par le processus tumoral, sans lésion propre du vaisseau.

— soit l'arrêt total du produit de contraste avec aspect effilé de la veine cave, en carotte; dilatation en amont et reflux éventuel par une circulation collatérale. Ceci traduit une sténose anatomique par englobement du vaisseau dans un bloc cancéreux massif. (Nous avons vérifié ces aspects à l'autopsie). La



Figure no 1 Sténose totale de la branche droite de l'artère pulmonaire.

sonde à angiographie bute sur l'obstacle et ne peut aller au delà. Ce stade de sténose totale est précédé d'un stade de rétrécissement concentrique où le passage de l'embol opaque, se fait au travers d'un défilé étroit et irrégulier s'étendant sur plusieurs centimètres.

2. — Ciné-angiopneumographie

Les aspects observés sont très divers:

a) *Amputation totale* d'une branche, droite ou gauche, de l'artère pulmonaire, en général au ras du tronc, avec arrêt brutal du produit de contraste et formation d'un petit récessus résiduel (*figure n° 1*).

Cet aspect, souvent observé au cours des atélectasies pulmonaires totales, peut s'accompagner d'un étirement de la branche pulmonaire opposée (*figure n°2*).

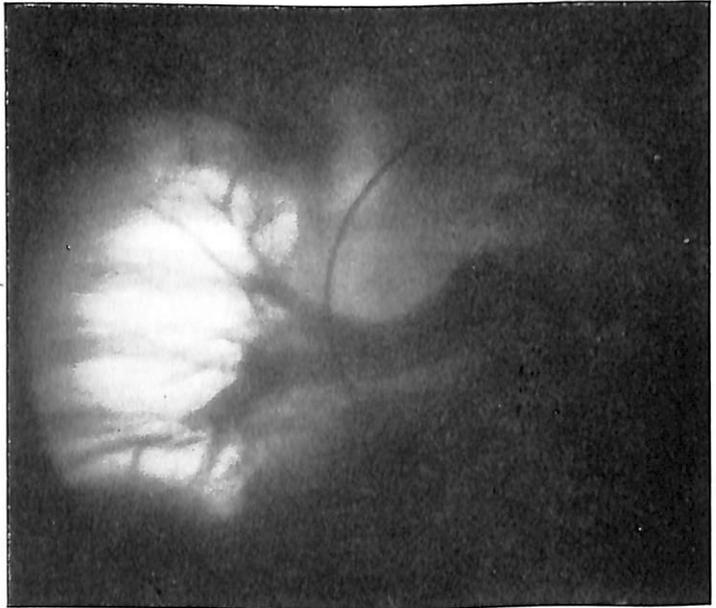


Figure no 2 Sténose totale de la branche gauche avec étirement de la branche droite de l'artère pulmonaire. Atélectasie du poumon gauche.

Il traduit un envahissement vasculaire et médiastinal important et représente à nos yeux une contre indication opératoire formelle. L'absence de retour veineux du même côté est bien entendu la règle.

C'est dans ces cas que la scintigraphie pulmonaire montre une absence de fixation totale au niveau de tout un hémithorax.

b) *Amputation sub-totale d'une branche*: Parfois l'extension néoplasique à l'artère pulmonaire est incomplète. Elle peut soit

dessiner une lacune (figure n° 3) avec reperméabilisation, en aval; soit entraîner un aspect effilé, irrégulier de la branche artérielle correspondante.

Ces aspects anatomiques sont de mauvais pronostic opératoire.

c) *Distorsion, déplacement, refoulement, étirement d'une branche de l'artère pulmonaire ou d'une branche lobaire*: ces modifications des gros troncs ne traduisent pas, le plus souvent, un envahissement vasculaire direct comme précédemment, mais sont la conséquence des processus d'atélectasie et de rétraction parenchymateuse. On peut aussi les rencontrer au voisinage d'une image ronde ou d'adénopathies.

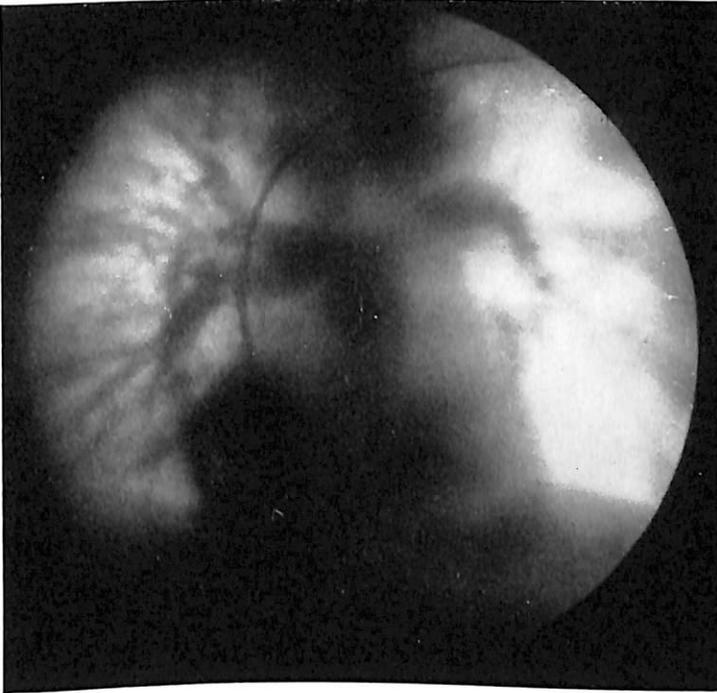


Figure no 3 Lacune sur la branche gauche de l'artère pulmonaire.

d) *Amputation d'un rameau lobaire ou segmentaire*: il s'agit là aussi de la traduction d'un envahissement anatomique direct du cancer, mais cette fois au niveau d'une branche artérielle de deuxième ou de troisième ordre. On a une image en sifflet caractéristique. Le territoire pulmonaire correspondant est souvent hyperclair (figure n° 4). Il est plus difficile d'apprécier les anomalies des branches sous segmentaires.

e) *Aspects de raréfaction vasculaire avec amenuisement progressif des arborisations artérielles* soit de tout un arbre

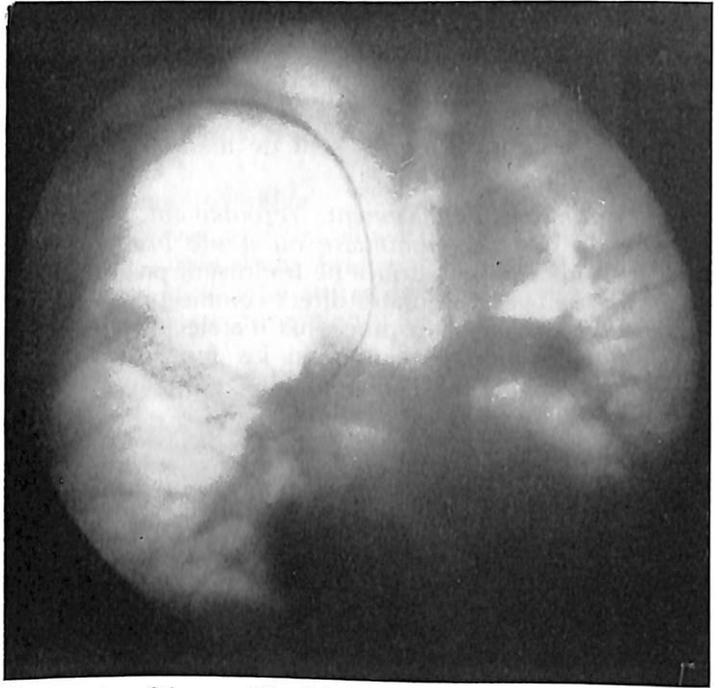


Figure no 4 Sténose en sifflet de la branche artérielle lobaire supérieure droite.

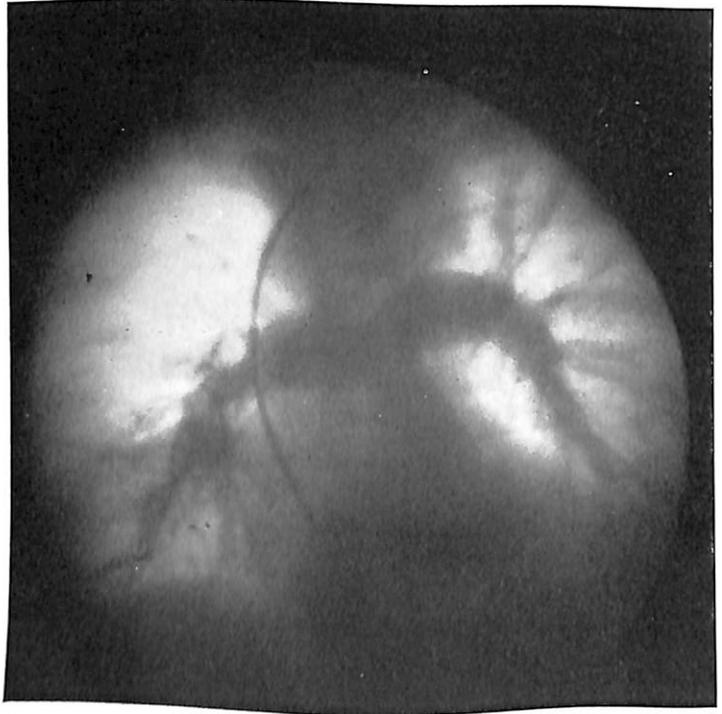


Figure no 5 Raréfaction de la vascularisation lobaire supérieure droite (aspect fonctionnel).

artériel pulmonaire, soit des branches d'un rameau lobaire (*figure n° 5*).

Ces aspects fréquemment rencontrés sont très certainement la traduction de phénomènes fonctionnels plutôt qu'anatomiques (vasoconstriction fonctionnelle réflexe ou hypertension artérielle loco-régionale). Ils ne doivent pas être une contre-indication opératoire.

f) L'angiographie peut mettre en évidence, en dernier lieu *un arbre artériel et veineux tout à fait normal (figure n° 6)*.

Ceci ne doit pas faire conclure trop vite à une opérabilité totale de la tumeur, mais seulement à une liberté apparente des branches vasculaires.

Ce malade, en effet, présentait un envahissement ganglionnaire médiastinal, au delà des ressources chirurgicales.



Figure no 6 Angiopneumographie normale.

II. — AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE ANGIOCINÉMATOGRAPHIQUE

Si nous avons vu qu'il existe dans l'ensemble une bonne corrélation entre les images et les aspects obtenus par les deux techniques, la ciné-radio-angiopneumographie présente cepen-

dant un certain nombre d'inconvénients et d'avantages par rapport à l'angiographie classique.

1. — *Inconvénients*

Du fait qu'il s'agit d'une projection d'images mobiles et fugaces, la netteté des contrastes est certainement moins bonne et les détails deviennent plus difficiles à analyser, bien que les appareils de projection actuels permettent le ralenti, l'arrêt sur l'image et le retour en arrière.

L'angiographie par clichés radiographiques séparés est un document plus facile à compiler et à classer dans un dossier que le film cinéangiographique. Dans ce dernier cas, il faut alors faire des montages photographiques qui diminuent «le rendu» des images.

2. — *Avantages*

C'est celui capital et essentiel de donner une idée cinétique, fonctionnelle, continue de la circulation pulmonaire telle qu'elle s'effectue réellement dans les poumons. On peut de cette façon suivre facilement et successivement le remplissage des différents vaisseaux, d'abord au temps artériel, puis à celui du retour veineux. On met ainsi en évidence des retards et des asynchronismes de remplissage entre les différents territoires vasculaires.

Le radiocinéma permet d'analyser ainsi de façon beaucoup plus précise les phénomènes vasculaires de nature fonctionnelle (raréfaction, vasoconstriction) et de les séparer des aspects anatomiques.

EN CONCLUSION

La cinéangiopneumographie est un excellent moyen d'investigation de la circulation fonctionnelle pulmonaire. Si elle fournit sur le plan iconographique des résultats voisins de ceux de l'angiographie classique, et déjà parfaitement connus, elle a cependant l'avantage, grâce au mouvement, de mettre en évidence, de façon précise, les phénomènes fonctionnels.

Elle représente un des temps nécessaires du bilan préopératoire des cancers bronchiques.

RÉSUMÉ

Dans ce film en 16 mm, les auteurs reprennent l'étude des modifications morphologiques de la vascularisation cave supé-

rieure, artérielle et veineuse pulmonaire, observées au cours du cancer bronchique.

Ils décrivent un certain nombre d'aspects les plus fréquemment rencontrés: sténose, refoulement et compression extrinsèque de la veine cave supérieure; amputation totale ou subtotale d'une branche de l'artère pulmonaire avec arrêt brutal du produit de contraste; déplacement, refoulement, étirement ou aspect lacunaire d'une de ces branches; amputation artérielle d'un rameau lobaire ou segmentaire; amenuisement progressif des arborisations artérielles, traduisant vraisemblablement un processus fonctionnel, avec raréfaction vasculaire le plus souvent lobaire; absence de retour veineux pulmonaire; possibilités enfin d'une vascularisation tout à fait normale.

Les auteurs étudient les avantages et les inconvénients de l'angiocinématographie pulmonaire par rapport à l'angiographie classique et insistent sur l'intérêt de cette étude vasculaire des cancers bronchiques dans le bilan de leur opérabilité.

Adresse des auteurs:

*Pr. P. Lamy, Clinique Pneumophysiologique de Nancy.
Hôpital Villemin, Nancy, France.*

Bei allen allergischen, juckenden Hauterkrankungen
und Verbrennungen,
Sonnenbrand und Insektenstichen

neu **Systrason**[®]
Antihistamin-
Hydrocortison-Creme

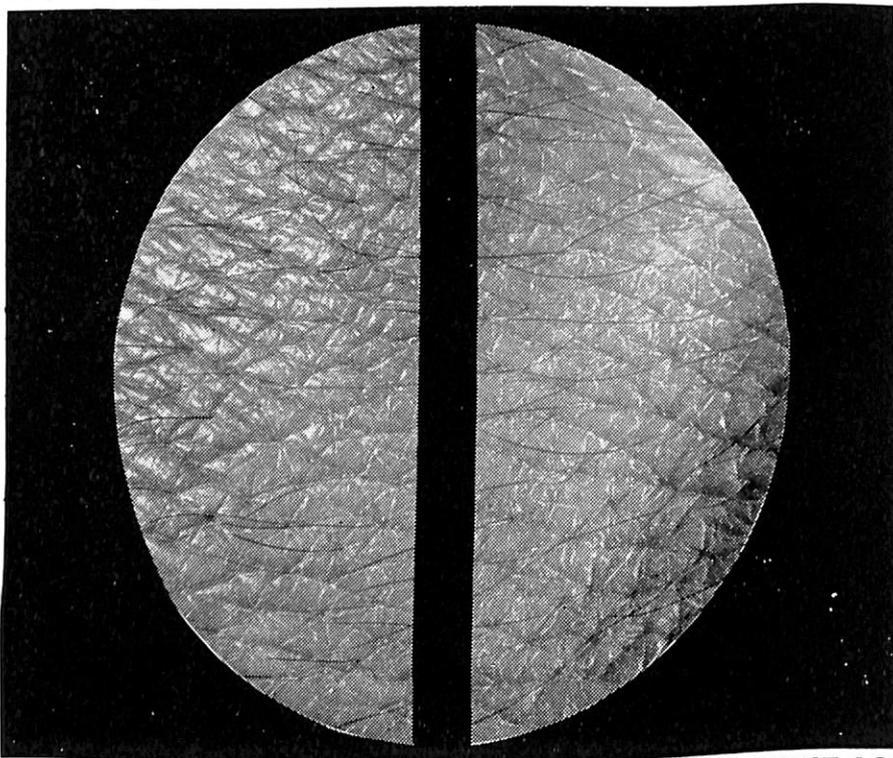
Systral[®]-
Salbe

Volle percutane Wirksamkeit
des Antihistamins
ohne Abschwächung durch
Hydrocortison,
wirksam bei allergischen
Reaktionen vom Soforttyp
und vom Spättyp

Packungen mit einer Tube
zu je ca. 5 g bzw. ca. 20 g

rasch und zuverlässig lindernd
und heilend
bei Allergien des Soforttyps

Packungen mit einer Tube
zu je ca. 20 g



ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede (Westf.)

PRÉSENTATION DU BRONCHOSCOPE A LUMIERE FROIDE DU DR. LÉBOUCHER

par Y. LÉBOUCHER (Paris)

Pourquoi une nouvelle instrumentation bronchoscopique?

1) Pour utiliser une nouvelle technique: les fibres de verre.

2) Pour profiter des possibilités de cette nouvelle technique et pouvoir répondre aux vœux de beaucoup: une instrumentation à très fort coefficient lumineux, mais se manoevrant aussi commodément que l'instrumentation classique.

Les particularités de cette instrumentation sont les suivantes:

- Alimentation par source de lumière loin du malade, et aussi puissante qu'il est utile.
- Conduction de la lumière par fibres de verre, en un fil souple jusqu'au bronchoscope . . . c'est la lumière froide.
- Conduction de cette lumière jusqu'au bout du tube par de semblables fibres de verre incorporées au tube, tout autour.
- Le tube a le même encombrement et le même poids qu'un bronchoscope classique . . . il est cependant plus long de 2 cm, pour permettre de descendre dans les lobaires inférieures des sujets de grande taille.

L'instrumentation comprend: (*avec prise d'oxygène*)

- Le bronchoscope adulte de 11 mm de diamètre extérieur, 42 cm de long, avec 5 optiques: Directe, 45°, 70°, 90°, 120°.
- Le bronchoscope adolescent de 8 mm de diamètre extérieur, 32 cm de long, avec 5 optiques. (Les 5 optiques adolescent et enfant sont les mêmes.)
- Le télescope à 2 visions, permettant à l'élève ou à l'assistant de suivre simultanément avec le bronchoscopiste le

cheminement du tube depuis la bouche jusqu'aux bronches, quelques soit le tube employé.

Il est à noter:

- Que les optiques sont toutes éclairantes, par l'intermédiaire des fibres de verre incorporées, ce qui simplifie les gestes pour bien voir dans les orifices latéraux.
- Que les optiques ayant leur propre éclairage peuvent dépasser le tube pour explorer au-delà d'un rétrécissement, d'un obstacle, – ou plus simplement descendre dans les divisions des lobaires inférieures de 6^{me} ou 7^{me} ordre sans autre artifice.
- Que les optiques ne présentent pas le défaut de «l'oeil de chat».
- Que les problèmes d'optique ont été résolus dans le sens de la priorité médicale.
- Le fabricant est la Société Sass-Wolf à Berlin.

Adresse de l'auteur: 199, blvd. St. Germain, Paris XVII^e, France.

actapulгите le pansement intestinal adsorbant des diarrhées aiguës et des colites

DANS QUELS CAS ET COMMENT PRESCRIRE L'ACTAPULGITE ?

dans les • colites et sigmoïdites avec transit accéléré • diarrhées quelle qu'en soit l'étiologie • colopathies fonctionnelles • troubles digestifs dus aux antibiotiques • météorisme •
à la dose de 2 à 3 sachets par jour, soit en une prise le matin à jeun, soit 20 minutes avant chacun des principaux repas, par cures de 2 à 3 semaines.



Présentation
Sachets
dosés à 3 g
Actapulgitte active
(sulfate d'aluminium
et de magnésium naturel
purifié)
Boîte de 30 sachets
P. Cl. 12
Coffret de 60 sachets
P. Cl. 22
Remboursement S 5

Laboratoires Beaufour 28-Dreux

Ets. A. de BOURNONVILLE & FILS S. A. 30-38, rue aux Fleurs, BRUXELLES 1



Pelargon®



La résistance aux infections est un critère sûr lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur la valeur d'un lait. Ce facteur a été mis en évidence au cours de nombreux essais cliniques réalisés sous tous les climats avec PELARGON®, lait modifié en poudre, se rapprochant physiologiquement du lait maternel (additionné de crème de maïs, de dextrine-maltose et de saccharose).

QUALITÉ
NESTLÉ
SÉCURITÉ

NESTLÉ - Soc. Anonyme - 221, Rue de Birmingham - Bruxelles 7

NOUVELLES POSSIBILITÉS EN LARYNGO - BRONCHOSCOPIE AVEC LA PELLICULE EKTACHROME EF 125 ASA 16 m|m

par J.-L. CHAMOUARD (Paris)

Séquences filmées de la bouche, dent de sagesse, cavum, pharynx, hypopharynx avec le pharyngoscope à double guide de lumière, dérivé de l'endoscope universel F-G-V-brevet du C.N.R.S. — Focale 40-24 images/seconde.

Exploration du larynx avec une optique à 90° — images normales avec focale 32, 32 images/seconde, donnant un ralenti, ce qui permet d'apprécier la mobilité des cordes et des apophyses vocales.

Images pathologiques:

- Angiome de l'épiglotte;
- ulcération du sillon glosso-épiglottique;
- amputation du sinus piriforme avec récurrence d'un cancer de l'hypopharynx.

Avec le bronchoscope:

L'emploi d'une focale 40/24 images/seconde permet dès l'origine de la trachée d'avoir une vue d'ensemble et d'étudier la mobilité, la dyskinésie trachéo-bronchique, la secousse de toux.

Au niveau de l'axe bronchique droit, on peut utiliser une focale f/98, ce qui donne une image très agrandie de la muqueuse et du réseau capillaire.

CONCLUSION

Cette nouvelle pellicule, très sensible et dont la couleur est comparable au Kodachrome II utilisé jusqu'à maintenant présente un double avantage:

1°) La possibilité d'employer des focales F/40, F/50, F/98 pour obtenir une image très agrandie.

2°) La possibilité de filmer à grande vitesse 32 images/seconde, ce qui permet d'obtenir un certain ralenti au moment de la projection d'où l'intérêt dans l'étude des mouvements du larynx et de l'arbre tracheo-bronchique.

Adresse de l'auteur: 7, rue Andrieux, Paris XVIII^e, France.



Préventif de l'insomnie

INDUNOX®

1 comprimé, pris au cours du repas du soir, assure
une soirée détendue
un endormissement aisé
un réveil dispos



DIVISION PHARMACEUTIQUE

68, rue Berkendael • Bruxelles 6

MIGRISTÈNE

ANTISEROTONINE, ANTIHISTAMINIQUE, ANTIANAPHYLACTIQUE

*Transforme l'existence
des migraineux*

POSOLOGIE :

Adultes :

20 à 80 mg pro die (habituellement 40 mg) par voie buccale
ou 1 à 2 suppositoires par jour.

Enfants :

1 mg par kg de poids (par voie buccale).

N.B. Administrer de préférence la majeure partie de la dose quotidienne le soir au
coucher

PRÉSENTATIONS :

- 1) Voie buccale : capsules dosées à 20 mg (flacons de 20)
capsules dosées à 10 mg (flacons de 30)
- 2) Voie rectale : suppositoires dosés à 50 mg (boîtes de 10).

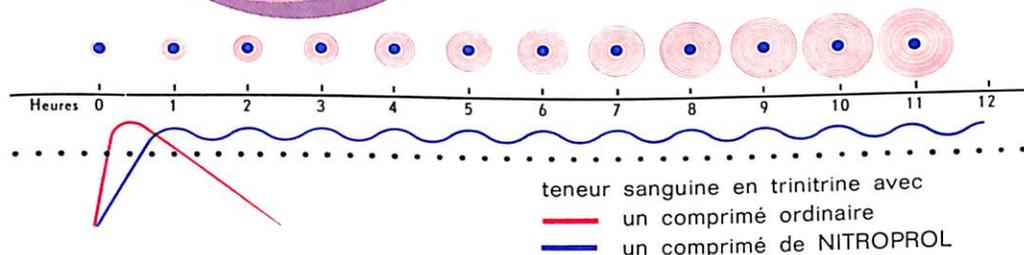
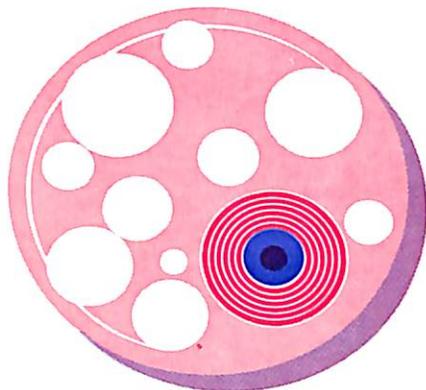
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES RHONE-POULENC.

Succursale de Bruxelles : 38, rue de l'Automne, Bruxelles 5 - Tél. : 48.12.30 - 47.29.31

NITROPROL

Un comprimé comprend plusieurs granules de trinitrine protégée par un vernis isolant spécial. Le nombre des couches de ce vernis conditionne la libération dans le temps du principe actif.

C'est ainsi que chaque comprimé libère sa trinitrine d'heure en heure pendant **12 heures** et permet d'assurer l'imprégnation lente et continue nécessaire à un **effet prophylactique**.



« Le NITROPROL mérite donc bien le titre de « médication retard ». Sa durée d'action s'échelonne sur une dizaine d'heures, sa tolérance est bonne et **son efficacité est certaine dans 75 % des cas**. A l'heure actuelle, nous le préférons d'emblée à la Trinitrine ordinaire et à l'association Trinitrine Pentaérythrite tétranitrée. »

La Trinitrine-Retard, nouvelle forme galénique de la Trinitrine par Jean F. Merlen. Mouvement Thérapeutique, Mars-Avril 1963.

DEUX DOSAGES

"NORMAL"

à 2,6 mg

boîtes de 20 et 100 comprimés

"FORT"

à 6,5 mg

boîtes de 20 et 100 comprimés

permettent une prescription
adaptée à chaque malade



LABORATOIRE

ROGER BELLON

52, rue Philippe de Champagne
BRUXELLES 1

Comparaison entre l'action de :

- la TRINITRINE PERLINGUALE
- la PENTAÉRYTHRITE TETRANITRÉE
- le NITROPROL

« On remarque que l'action de ce dernier se déclenche très vite et qu'il a une durée beaucoup plus longue que celui des deux autres vasodilatateurs ».

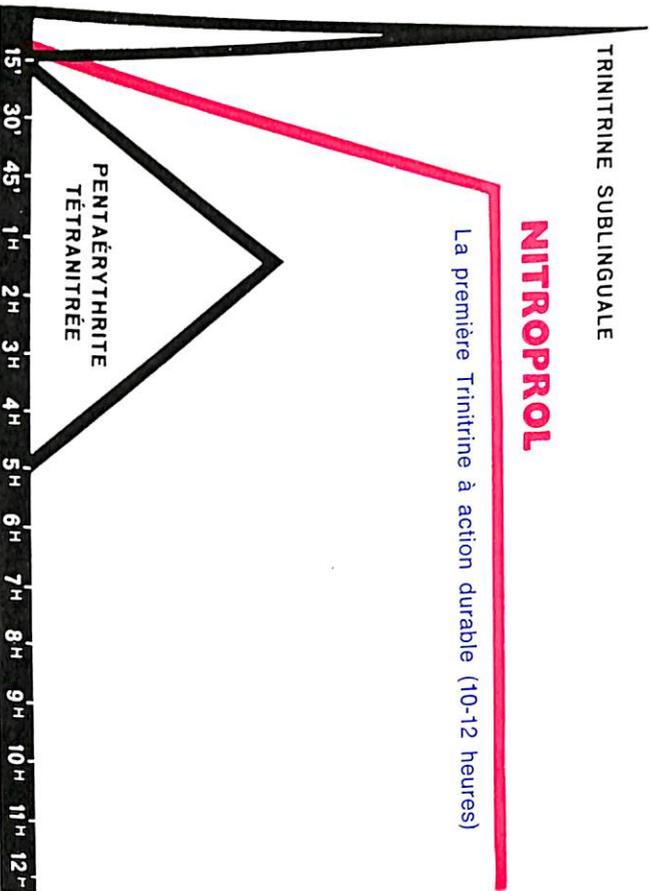
Hueber F. en Wohlrab K.

Clinique Médicale Universitaire - Vienne.

Le NITROPROL est la seule trinitrine à action retard présentée en deux dosages, permettant une posologie adaptée à chaque cas.

POSOLOGIE TYPE :

1 comprimé « NORMAL » (2,6 mg) matin et soir.
Si, après une semaine de traitement, la sédation est insuffisante, remplacer les comprimés « NORMAL » par des comprimés « FORT » (6,5 mg).



BRONTINE

I.N.A.M.I.

bronchodilatateur antisécrétoire

asthme bronchique
bronchite chronique
emphysème pulmonaire

flacons de 24 et 100 tablettes à 1 mg
boîtes de 3 et 12 ampoules de 2 ml (= 2 mg) I.M.

CYCLOSPASMOL

I.N.A.M.I.

vasodilatateur spasmolytique

troubles circulatoires :
périphériques
coronariens
cérébraux

flacons de 50 dragées à 200 mg

DISIPAL

I.N.A.M.I.

anticholinergique à effet central prépondérant

toutes les formes de Parkinsonisme
y compris le syndrome neuroleptique

flacons de 25 et 100 tablettes à 50 mg

SALAZOPYRINE

I.N.A.M.I.

**antiseptique intestinal
à composante anti-inflammatoire**

colite ulcéreuse
iléite régionale
colites et entérites chroniques aspécifiques

flacons de 20 et 100 tablettes à 500 mg

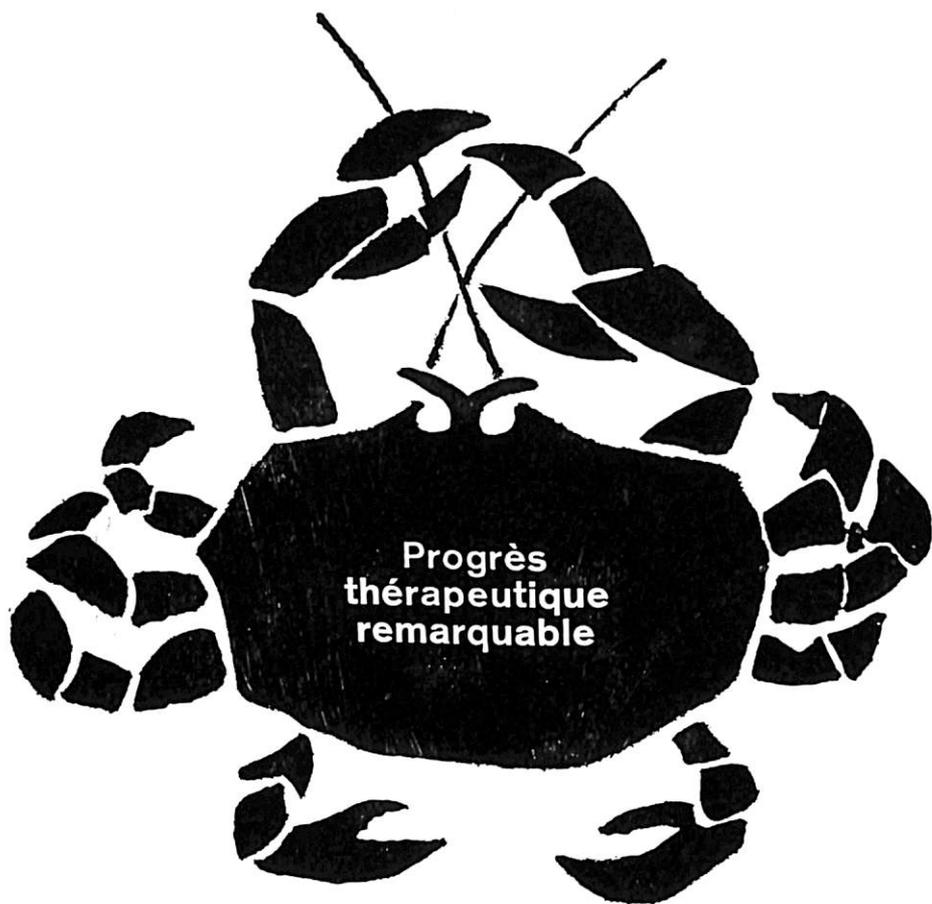


BROCADES-BELGA S.A.

26, bd Général Jacques - Bruxelles 5

Tél. : 48.64.90

I.N. 023/6611/248



Progrès
thérapeutique
remarquable

Endoxan-Asta®

Pour la chimiothérapie du cancer

Indications:

Traitement pré- et postopératoire
Tumeurs à foyers disséminés
Leucémies chroniques, lymphosarcome
Lymphogranulomatose et autres réticuloses

Activité anti-tumorale puissante

Marge de sécurité étendue

Leucotoxicité minimale - Bonne tolérance



ASTA-WERKE AG · Chemische Fabrik · Brackwede · Allemagne

Honvan®

Pour le traitement du cancer de la prostate

Indication:

Carcinome de la prostate avec métastases,
en particulier dans les cas résistants aux
oestrogènes classiques.

Administration de fortes doses.

Atténuation rapide des douleurs et
normalisation de la miction.

Effets secondaires de féminisation très
peu prononcés ou totalement absents.

EMPLOI DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU COURS DES BRONCHOSCOPIES COMPLEXES

par A. R. REBOUL (Nice)

INTRODUCTION

Par opposition à la «bronchoscopie usuelle» dont les limites sont connues, nous avons désigné sous le nom de bronchoscopie complexe une méthode permettant d'associer au cours d'un même examen, avec le maximum de facilité, de rapidité et de sécurité la plupart des techniques bronchologiques visant à obtenir des renseignements:

- d'ordre histo-cytologique
- ou concernant la morphologie des bronches.

Cette méthode cherche de plus à étendre le domaine de la bronchoscopie à la portion de l'arbre bronchique qui échappe à l'endoscopie «usuelle».

Au cours de tels examens, peuvent se succéder: biopsie, curetage bronchique, photos et films endobronchiques, bronchogrammes, séquences de radiocinéma, etc.

Pour réaliser en une seule séance d'aussi nombreuses investigations il faut disposer d'un matériel d'endoscopie et de contrôle radiologique spécialement conçus pour cet usage; il importe d'autre part d'adopter une méthode d'anesthésie générale éprouvée et sûre.

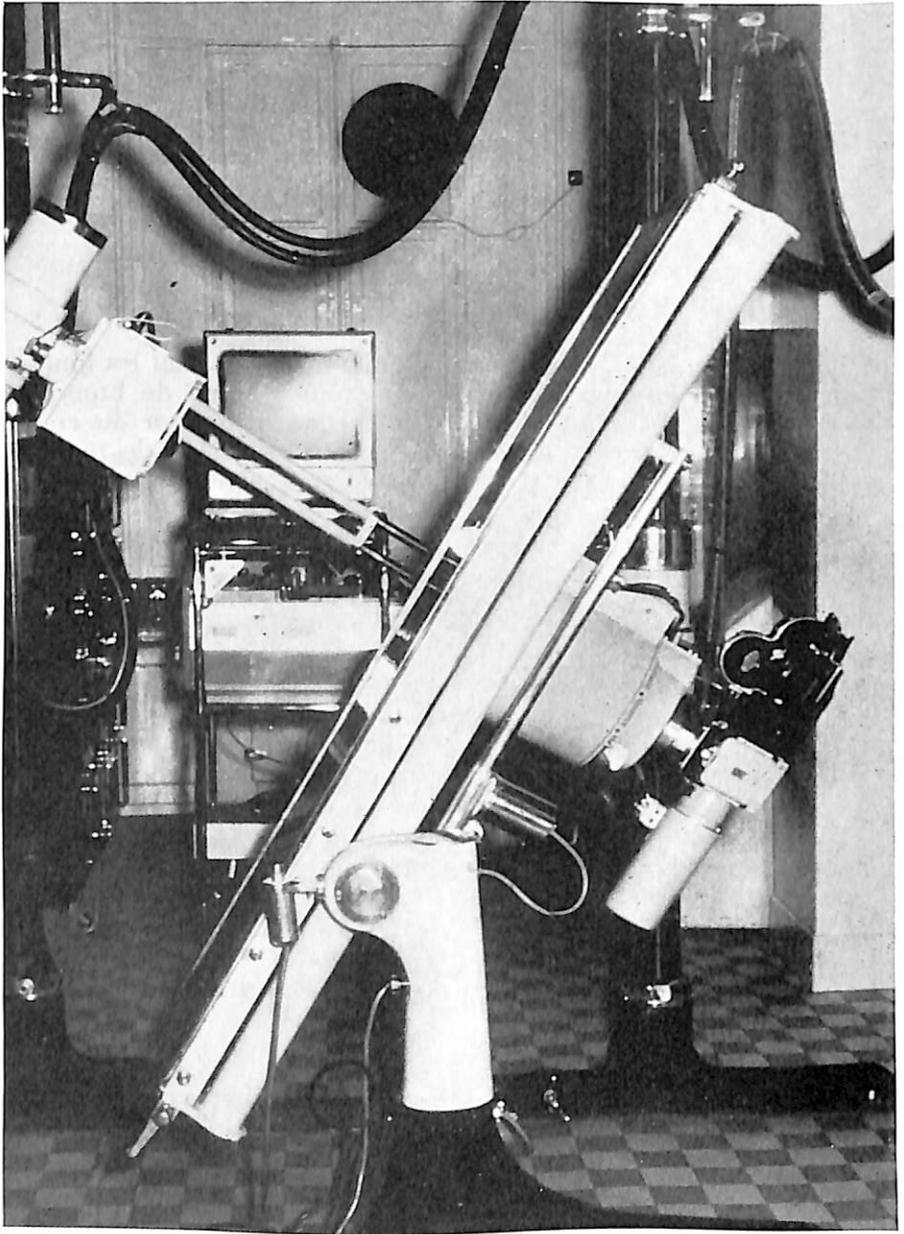
TECHNIQUE DE LA BRONCHOSCOPIE COMPLEXE

Prémédication

1/2 mg d'Atropine est injecté par voie hypodermique une demi-heure avant l'examen.

Table et contrôle radio-télévisé

Le patient est allongé quelques minutes avant l'examen sur une table qui permet la radioscopie télévisée, la prise de clichés, de séquences de radiocinéma ou de magnétoscope, quelle que soit son inclinaison.



La télévision permet de contrôler la respiration diaphragmatique à tous les temps de l'examen - Elle permet aussi de guider la curette de Barth ou la progression du liquide de contraste.

Anesthésie

La narcose est réalisée au moyen de penthiobarbital sodique à 2,5%, injecté dans la tubulure d'une perfusion de soluté glucosé à 5%, mise en place au début de l'anesthésie, chez l'adulte, une seule dose suffit généralement, elle varie de 150 à 500 mg, elle est poussée très lentement.

Myorésolution-apnée

Le sommeil obtenu on injecte une solution à 1% de di-chlorure de succinylcholine à la dose de 1 mg par kilo. On obtient de la sorte la myorésolution puis l'apnée.

En cours d'examen on injecte le tiers de la dose initiale dès la reprise du plus petit mouvement respiratoire.

Principe de la ventilation-oxygénation

L'ensemble ballon-soupape-bronchoscope réalise un circuit semi-ouvert.

— *en pré-inspiration* le ballon est plein, les alvéoles flétris renferment un mélange gazeux riche en CO₂.

— *en fin d'inspiration* l'alvéole est rempli par un mélange très riche en oxygène.

Le risque d'hypercapnie est écarté par la compression rythmée, manuelle du ballon. D'autre part, le surplus d'oxygène chasse le CO₂ vers les «fuites glottiques».

Les fentes latérales du tube équilibrent les pressions dans les bronches lobaires inférieures lorsque le bronchoscope est profondément engagé dans l'une d'elles.

La soupape tarée évite de plus l'hyperpression alvéolaire.

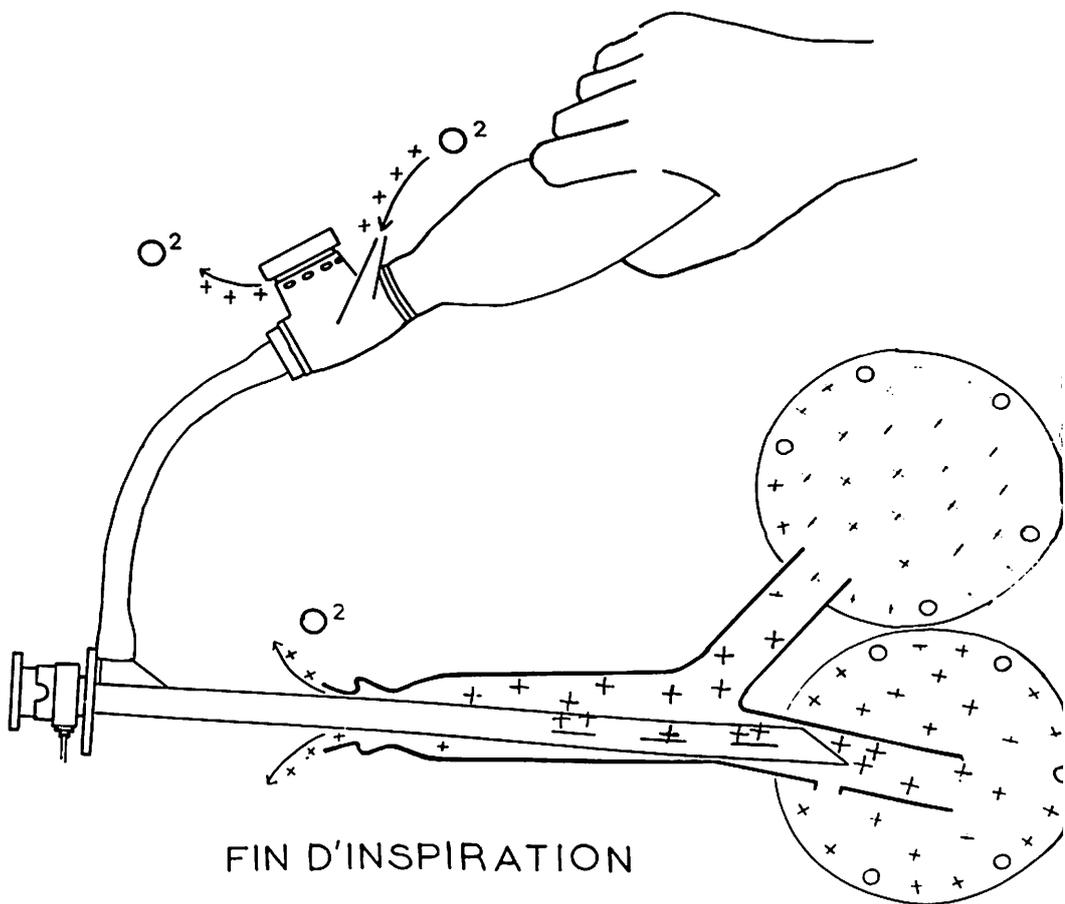
Précautions indispensables

La ventilation et l'oxygénation doivent rester les préoccupations dominantes pendant toute l'anesthésie.

Un certain nombre de précautions sont indispensables:

— en attendant l'installation complète de la myorésolution, l'oxygène étant administré au masque, on évite qu'il ne s'engage dans l'oesophage grâce à une compression digitale exercée sur le cartilage cricoïde. Le chaton du cartilage cricoïde écrase l'oesophage contre le rachis cervical. Cette technique parfois appelée «manoeuvre de Sellick» est pratiquée depuis longtemps par les pompiers réanimateurs de certaines villes d'Allemagne.

— Le bronchoscope et le matériel utilisé sont spécialement conçus pour l'anesthésie générale. Le tube est muni d'un ajustage latéral sur lequel est branchée l'arrivée d'oxygène. Pour éviter la déperdition de gaz, l'extrémité proximale du tube est



FIN D'INSPIRATION

Le débit important d'oxygène et les mouvements rythmés du ballon assurent une oxygénation satisfaisante sans risque d'hypercapnie.

obturé par un bouchon muni d'une loupe. Toutes les optiques, pinces à biopsie, instruments de guidage, porte-cotons, optiques photos, etc., sont munis d'un bouchon étanche; ainsi leur utilisation n'entraîne pas de fuite d'oxygène.

– Au cours de l'anesthésie, on assure la liberté et la propreté de l'arbre bronchique et de la cavité buccopharyngée par de fréquentes aspirations.

– L'écran de télévision permet de contrôler l'amplitude des mouvements diaphragmatiques.

Introduction du bronchoscope

Lorsque la myorésolution est complète, le masque est retiré et le tube est aisément mis en place. Le raccord situé en aval du ballon est alors adapté à la tubulure latérale du bronchoscope. La ventilation manuelle est poursuivie pendant tout l'examen.

Prélèvements histo-cytologiques

La biopsie sous contrôle de la vue est réalisée grâce à un instrument de guidage qui permet de diriger une pince à biopsie flexible vers une lésion éclairée par une optique à 90°. On peut de la sorte pratiquer des prélèvements à l'entrée des lobaires supérieures ou dans une bronche de Nelson. On peut aussi bien entendu «travailler dans l'axe» ou dans une lobaire moyenne en utilisant une optique «foroblique».

Le curetage bronchique est pratiqué avec la curette de Barth. Elle est introduite sous contrôle de l'optique éclairante dans l'orifice segmentaire correspondant au segment suspect à l'examen radiologique (coupes tomographiques de profil). La progression de la curette est suivie sur l'écran de télévision. Au voisinage de la zone intéressante, les mors mousses sont ouverts et la curette est retirée lentement. Elle distend sur son trajet de retour les parois de la bronche sans les déchirer et recueille les débris tumoraux, caséux ou d'autre nature qui peuvent s'y trouver.

La bronchoaspiration est rarement utilisée d'une façon isolée, elle succède généralement à un curetage ou à une biopsie. Le même «instrument de direction» sert à diriger la sonde opaque aux rayons X. Le matériel aspiré tombe dans un «bocal piège».

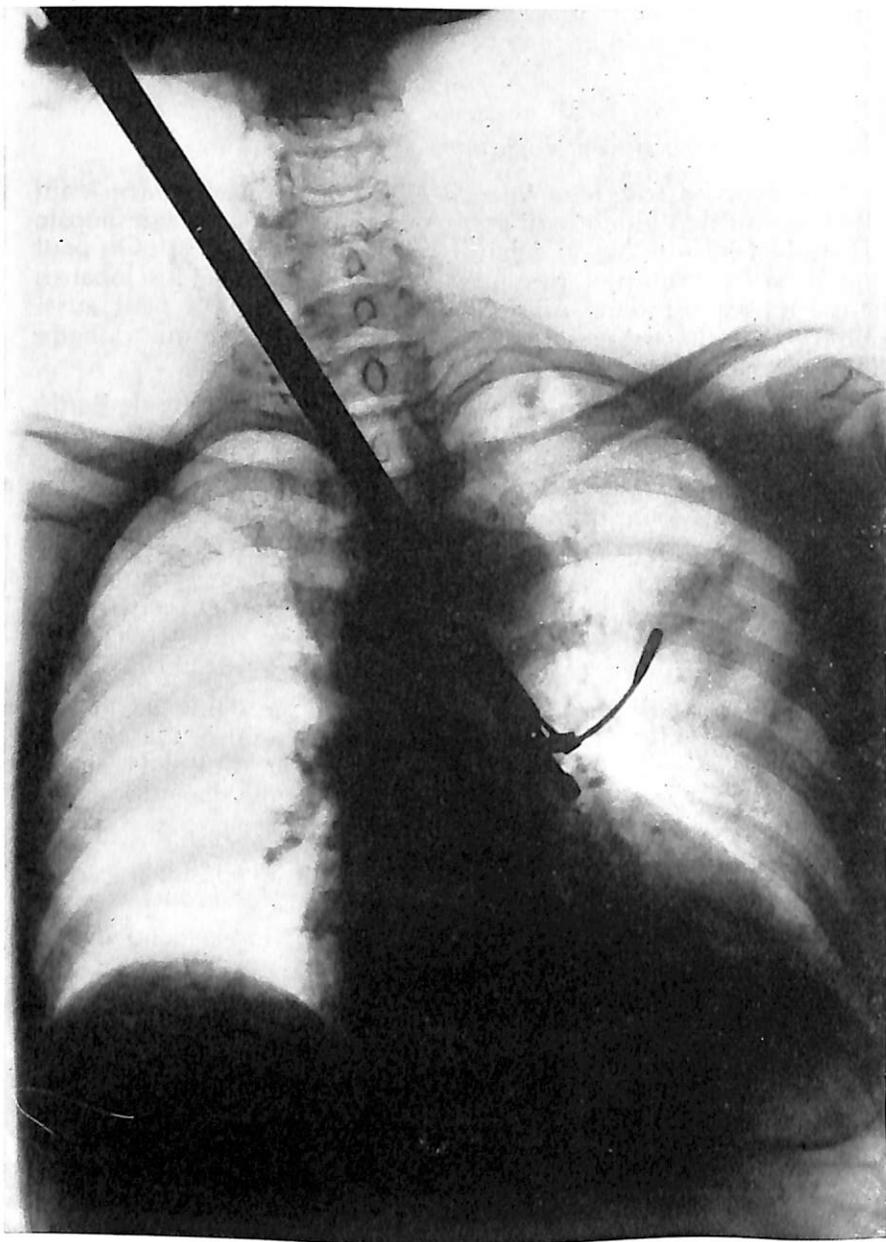
Renseignements concernant la morphologie des bronches

Ces renseignements sont fournis par diverses manoeuvres:

– *L'examen systématique* a qui l'anesthésie générale donne la possibilité d'être particulièrement minutieux.

– Les bronchophotogrammes peuvent être pratiqués à n'importe quel moment de la bronchoscopie, grâce à l'introduction instantanée de l'optique photographique en «canon de fusil» comprenant quartz et optique accolés. La source lumineuse est un flash électronique situé à l'entrée de l'optique et relié à un générateur. L'ensemble fournit des éclairs d'intensité réglable de 100 à 400 joules. Les photos sont prises dans l'axe ou à 90°.

– *Des séquences cinématographiques* sont réalisables chaque fois que l'action du myorésolutif s'estompe. La dynamique bronchique se manifeste alors. On utilise les optiques photographiques dont le quartz est éclairé par un cordon de



Progression de la curette de Barth vers une tumeur secondaire du poumon.

«fibre de verre» de 1m80 transmettant la lumière d'un générateur de 400 watt. La caméra est une Beaulieu-Reflex-16.

— *Le bronchogramme en cours de bronchoscopie* est effectué grâce à la sonde et à l'instrument de guidage utilisés au cours de la bronchoaspiration élective. Le liquide de contraste est poussé très lentement. Sa progression est contrôlée par la télévision. On peut la fixer par des séquences de radio-cinéma.

— *Dans les bronchoscopies-bronchogrammes successifs*, on retire le bronchoscope après nettoyage du pharynx et bronchoaspirations soigneuses. L'intubation, premier temps du bronchogramme, suit immédiatement le retrait du bronchoscope. On choisit une sonde à ballonnet de calibre adéquat que l'on place dans la trachée. L'écran de télévision permet de vérifier sa position et en même temps de contrôler l'amplitude des mouvements du diaphragme.

L'entrée de la sonde à ballonnet est obturée par un bouchon de caoutchouc traversé d'un cathéter permettant le passage de la substance opaque (nous sommes resté fidèle au diiodopyridone acétate de propyle aqueux).

L'intubation peut être évitée en utilisant un bronchoscope engainé d'une sonde de Magill, lorsque la bronchoscopie est terminée, le bronchoscope retiré laisse en place la sonde à ballonnet.

La progression du liquide de contraste est assurée par la pesanteur, l'inclinaison latérale et les mouvements du ballon. L'écran de télévision facilite le contrôle et la correction de cette opacification. En règle générale, sous narcose, les bases ne s'injectent bien qu'en position presque verticale; par contre le sommet s'injecte en décubitus latéral horizontal.

Les prises de clichés, de séquences de radiocinéma ou de magnétoscopes peuvent être réalisées à tous les stades de l'injection quelle que soit l'inclinaison de la table. Selon les cas on opacifie les deux bases ou la totalité d'un poumon.

La réaspiration d'une partie du liquide de contraste est toujours effectuée en fin d'intervention.

Réveil

Le réveil et la disparition de la myorésolution sont annoncés par l'apparition de mouvements spontanés du ballon. L'écran de télévision permet de contrôler la valeur des mouvements du diaphragme. Une canule d'aspiration est placée dans la cavité bucco-pharyngée pendant le retrait de la sonde de Magill.

Examen de la dynamique bronchotrachéale au réveil

Dès que la sonde est retirée on peut vérifier l'efficacité de la toux par quelques séquences de radiocinéma, on filme successivement les cavités qui ont pu être injectées, les grosses bronches et, enfin, la trachée.

Le malade est alors ramené dans son lit et 10 minutes plus tard il n'a conservé aucun souvenir désagréable de l'examen.

INDICATIONS

Le diagnostic précoce du cancer broncho-pulmonaire chez l'adulte et la bronchoscopie-bronchogramme chez l'enfant constituent les deux indications majeures de cette méthode.

Cancer bronchopulmonaire

En raison de leur fréquente localisation hors de l'axe, les cancers bronchopulmonaires échappent souvent à la bronchoscopie classique. Ils constituent une des meilleures indications de la bronchoscopie complexe. Cette méthode permet d'aller chercher la tumeur «hors de la vue». L'anesthésie générale utilisée autorise le contrôle minutieux de la région suspecte grâce à une intervention calme, exempte de l'agitation du patient et de la précipitation du médecin; elle permet aussi l'association de plusieurs méthodes d'investigation dont aucune n'est absolument sûre mais qui concourent toutes à la découverte précoce du cancer.

Depuis que nous utilisons systématiquement cette technique, nous avons vu le pourcentage des prélèvements positifs dans le cancer bronchopulmonaire passer de 48,3% à 78,7%.

La bronchoscopie complexe n'est qu'une étape dans la recherche opiniâtre du cancer comme dans l'étude des autres maladies bronchopulmonaires; en dépistant le cancer elle permet de mieux connaître les maladies des bronches.

Bronchologie chez l'enfant

Parmi les raisons qui nous ont incité à utiliser en bronchologie infantile l'anesthésie générale nous devons mentionner:

- le très jeune âge de nos patients (2 mois à 11 ans)
- et leur bref séjour dans notre service (36 heures en moyenne). Cette courte hospitalisation rend souvent nécessaire d'associer au cours de la même séance la bronchoscopie et le bronchogramme (bronchoscopie complexe).

Ajoutons enfin notre désir de supprimer chez ces très jeunes patients le traumatisme psychique lié à un souvenir terrifiant de l'endoscopie.

Pour assurer la plus grande sécurité possible en cours d'examen, nous avons modifié légèrement la technique d'anesthésie générale déjà décrite chez l'adulte.

La prémédication utilise l'atropine à dose relativement forte: 1/4 à 1/2 mg.

D'autre part, chez l'enfant craintif quelques bouffées de halotane évitent toute agitation indésirable lors de la mise en place de la perfusion de sérum glucosé à 5%.

Les doses de médicaments sont de 5 à 10 mg par kilo pour le penthiobarbital et de 1mg5 par kilo pour le di-chlorure de succinylcholine.

Plus encore que chez l'adulte, il convient d'éviter les fuites d'oxygène, de surveiller les mouvements du diaphragme sur l'écran de télévision et d'assurer la liberté de «l'air-way» par de fréquentes bronchoaspirations.

Grâce à ces précautions nous avons pu réaliser chez des enfants âgés de 2 mois à 11 ans 179 bronchoscopies associées au bronchogramme sans jamais observer le moindre incident.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que cette technique a été rendue possible et même aisée et rapide pour deux raisons principales:

- L'emploi d'un matériel spécial et
- l'utilisation d'une technique particulière d'anesthésie générale.

Il convient d'insister sur quelques aspects importants de celle-ci:

- les produits employés sont rapidement éliminés, ils ont une action très brève.

- Le myorésolutif entraîne un relâchement musculaire complet, rapidement installé, disparaissant également très vite qui va procurer des conditions de travail parfaites. Les réinjections successives de ce produit permettent de prolonger à volonté l'endoscopie.

- Le réveil est immédiat et complet dès la fin de l'examen, permettant le rétablissement rapide d'une toux productive.

- Les contrôles gazométriques ont confirmé l'inocuité totale de la méthode.

Cette méthode diffère donc absolument:

1. *des anesthésies locales auxquelles divers auteurs ont proposé d'adjoindre ces dernières années des prémédications parfois dépressives* telles que: l'alphaprodine (nisentil) sous cutané;

le nargéol; la prométhazine et la mépéridine intra-veineuse (phénergan et dolosal); le tartrate d'alimemazine (théralène) per os; l'association diéthazine (intramusculaire); viadril (en perfusion); la succinylcholine-xylocaïne; la propyromazine (diaspasmyl) per os et intraveineuse; le cyclarbamate (calmalone) per os; et enfin le diazepam (valium).

2° Elle diffère aussi des anesthésies générales sans myorésolutif.

Ces deux méthodes ne réalisent pas les conditions optimales procurées par la myorésolution complète. Elles cherchent à conserver des mouvements respiratoires spontanés mais n'assurent souvent qu'une respiration superficielle, faisant courir un risque notable d'hypercapnie et parfois d'hypoxémie au malade. Elles restreignent singulièrement si l'on veut rester prudent les indications de la méthode que nous venons de présenter.

Rappelons enfin que l'oxygénation au ballon après intubation est la seule thérapeutique pouvant être opposée aux accidents éventuels de l'anesthésie locale classique ou de l'anesthésie locale «améliorée» par l'une des prémédications citées plus haut. Avoir à sa portée le matériel nécessaire pour pratiquer d'urgence une intubation et une oxygénation au ballon est pour Cullen une «life-saving-precaution». Cette dernière considération est une des raisons qui nous ont déterminé à utiliser dans tous les cas une ventilation rythmée, continue, au ballon.

Nous avons insisté sur les détails de la technique de ventilation et d'oxygénation employée. Rappelons pour mémoire que d'autres méthodes ont été proposées: «diffusion», «oxygénation intermittente», «cuirasse», elles sont toutes ou dangereuses, ou vraiment trop difficiles à mettre en oeuvre pour un simple examen de diagnostic.

En suivant scrupuleusement la technique que nous avons exposé nous avons pu pratiquer plus de 5.000 endoscopies per orales chez l'adulte et plus de 280 bronchoscopies chez l'enfant sans jamais observer d'incidents.

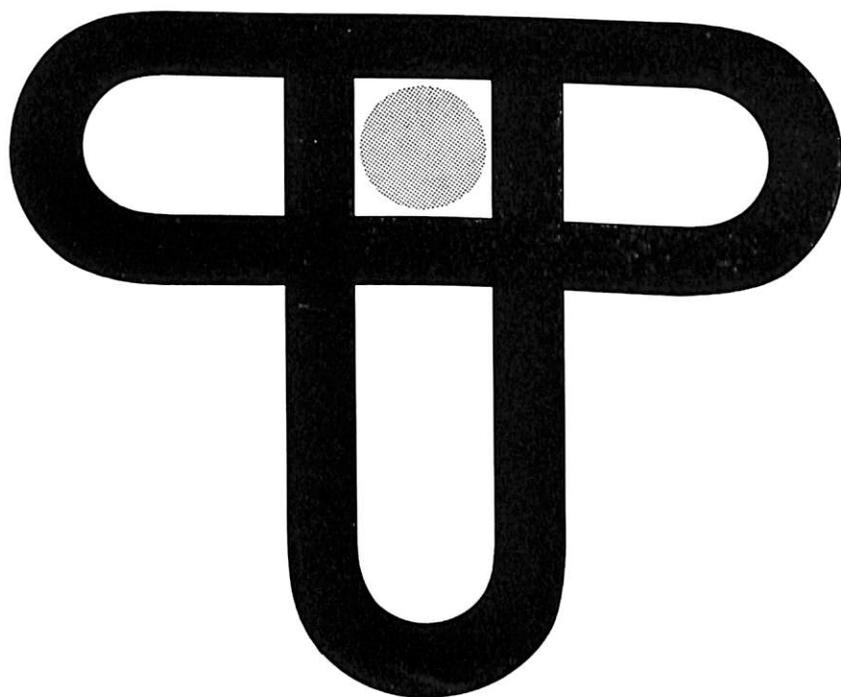
Adresse de l'auteur: 2, rue d'Angleterre, 06 Nice, France.

L'enfant épileptique peut-il acquérir aussi une solide instruction ?
Oui, grâce au

Tégrétol[®]

anti-épileptique psychotrope

qui facilite son intégration dans le milieu scolaire et soutient son pouvoir
d'assimilation et de concentration



Produits pharmaceutiques A. Christiaens s.a., 60, rue de l'Etuve, Bruxelles 1
Concessionnaires pour la Belgique, le Luxembourg, le Congo, le Rwanda et
le Burundi des produits pharmaceutiques de J.R. Geigy S.A., Bâle (Suisse)



A PROPOS DE L'EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER BRONCHIQUE CHEZ UN ENFANT DE HUIT ANS

par S. ZAKARIAN, P. HUMBERT, J. M. PAOLI
et J. P. MARTELET (Marseille)

Les problèmes posés par l'inhalation d'un C.E. sont très divers

— il peut s'agir d'un problème d'extrême urgence nécessitant une trachéotomie d'indication vitale devant une détresse respiratoire gravissime;

— ou d'un problème plus éloigné devant les conséquences irréversibles parenchymateuses et bronchiques d'un C.E. plus ou moins longtemps méconnu.

A ce stade là, la chirurgie ne se discute pas.

— il n'est pas de notre propos de revenir sur ces deux éventualités car dans la grande majorité des cas, et notre observation en fait partie, le problème à résoudre est celui de l'extraction d'un C.E. adressé entre 2^{me} et le 6^{me} jour dans un service spécialisé — la solution indiscutablement revient à l'endoscopiste —

Ce n'est qu'exceptionnellement que celui-ci aura besoin du chirurgien.

Voici notre observation:

le 25 janvier 1967, sur les bancs d'une école communale de Corse, le jeune Jean-Pierre, 8 ans, écoute les explications de l'institutrice, en rêvassant et en suçant son stylo à bille.

Il est rapidement rappelé à l'ordre, le réveil brutal qui s'ensuit entraîne la disparition de l'extrémité de son stylo. On ne peut savoir si cet objet a été avalé ou inhalé. Devant cette incertitude l'institutrice le place pendant quelques minutes, sans résultat, non pas au piquet mais la tête en bas, les pieds en l'air — L'enfant tousse, c'est pourquoi on pratique un cliché pulmonaire — celui-ci est normal tant et si bien que ne sachant

pas si le C.E. n'a pas été tout simplement avalé avec toute chance d'expulsion spontanée, la famille est rassurée.

Le lendemain, Jean-Pierre va très bien — c'est le surlendemain que devant une réapparition de la toux, une température à 40, le médecin trouve à l'auscultation, une submatité de la base droite, avec diminution du m.v.

La radiographie montre des troubles de la ventilation de la base droite.

Le 3^{me} jour: même tableau avec épisodes dyspnéiques surajoutés et l'enfant nous est adressé.

A l'entrée dans le service (*radiographie n° 1*) atelectasie du lobe inférieur droit — l'état n'est pas dramatique et le lendemain une bronchoscopie est pratiquée, sous anesthésie générale — on découvre à droite (*photo 2*) le pôle supérieur du corps étranger au niveau du tronc intermédiaire, qui oblitère presque totalement la lumière bronchique à ce niveau.

Noter au passage, le bourrelet d'oedème autour de ce C.E.

L'extraction fut faite sans difficulté dès la première tentative avec les pinces «à mors» (*Photo 3 - Photo 4*).

Cet enfant au bout de 48 heures après des suites simples peut regagner sa Corse natale.

Cette observation appelle quelques commentaires

1° — la première remarque, tient à la nature du C.E. Il s'agissait d'un C.E. en matière plastique invisible sur la radio, bien toléré pendant 48 heures donc *méconnu* — au 4^{me} jour devant une atelectasie fébrile le diagnostic se confirme.

2° — bien que le problème de l'extraction se pose dans notre observation au 5^{me} jour l'adage «*un corps étranger bronchique doit sortir par où il est entré*», reste valable.

Si notre première tentative avait échoué nous n'aurions pas hésité, à recommencer après un traitement *corticoïde* de 24 à 48 heures —

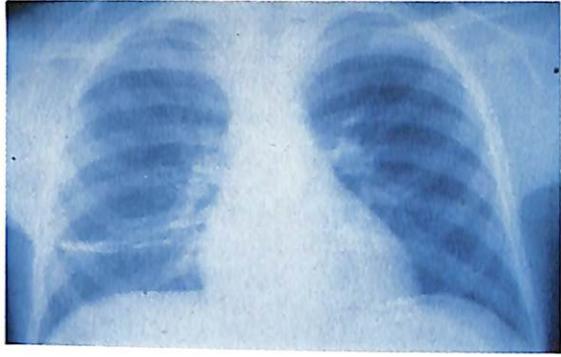
3° — pour l'extraction du C.E. il faut recourir à l'anesthésie générale —

L'exèrèse chirurgicale par bronchotomie s'avère exceptionnellement nécessaire. — D'ailleurs un chirurgien américain, à qui, on demandait «que feriez-vous si votre bronchoscopiste ne parvenait pas à extraire un C.E. bronchique?» Répondait: «Je confierais le malade à un autre endoscopiste.»

Cette boutade un peu humoristique, ne doit pas faire oublier que, si elle est vraie en théorie, il faut en pratique rester éclectique. — Il est des C.E. que l'endoscopiste le plus che-

1

*Radiographie pulmonaire :
atélectasie du lobe
inférieur droit*



2

*Le corps étranger
bronchique devant l'orifice
de la bronche lobaire
inférieure*



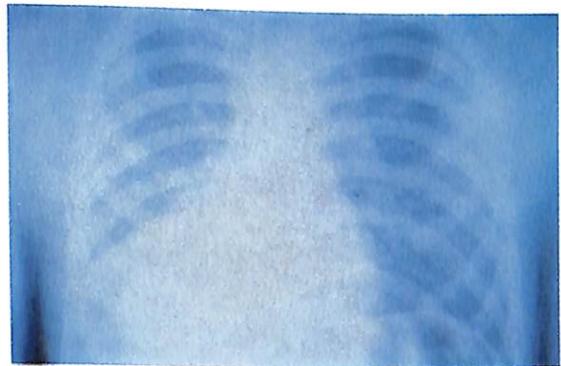
3

*Le corps étranger :
bouchon de culot en
matière plastique
d'un stylo à bille*



4

*Radiographie
pulmonaire après extraction
du corps étranger*





vronné ne pourra jamais extraire et qui reviennent à la chirurgie — l'extraction chirurgicale de tels C.E. n'est pas toujours une manoeuvre aisée —.

Nous avons voulu surtout rappeler que la bronchoscopie constitue le 1^{er} geste à exécuter devant un C.E. bronchique — une extraction endoscopique assure une restitution anatomique «ad integrum» — c'est le but à rechercher lors d'un accident apparemment aussi banal, que l'inhalation d'un bouchon en matière plastique par un enfant —.

Travail de la Clinique de Chirurgie Thoracique, Hôpital Salvator, Marseille.

Adresse des Auteurs: Dr S. Zakarian, 61, rue de Marengo, Marseille, France.



**Im Brennpunkt
des Interesses...**

...der Fettstoffwechsel

Die Prophylaxe degenerativer Gefäßerkrankungen sollte schon in der Jugend beginnen!

Der Fettgehalt der Nahrung ist dabei ein entscheidender Faktor. Eine ausreichende Linolsäureaufnahme mit dem täglichen Nahrungsfett beugt dem unerwünschten Anstieg der Blutilipoide vor.

Das ist die neueste Empfehlung des »Council on Foods and Nutrition« – auf Grund langfristiger Untersuchungen in breiten Bevölkerungskreisen.

Deshalb: schon von Jugend an täglich Mazola-Keimöl!

Reines, unter schonenden Bedingungen gepreßtes Maiskeimöl mit besonders hohem Linolsäuregehalt, milder angenehmer Geschmack, ausgezeichnete Verträglichkeit.

Handelsformen: Flaschen mit 473 und 750 ccm Inhalt, Großpackung für Anstaltsbedarf 2,5 l und 5 l Inhalt. Literatur, Diätprospekte und Muster auf Wunsch.

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH, 2000 HAMBURG 1. MAIZENAH AUS

BRONCHITES FIBRINEUSES

A. HUZLY (Stuttgart)

Il y a quelques années j'ai parlé des bronchites «membraneuses spécifiques, non spécifiques et tumorales». Il n'est pas nécessaire que ce soient des membranes étendues, la plupart ne dépassent pas l'étendue d'un grain de riz ou d'un petit pois. Ces présumées taches de mucus se révèlent sous le microscope comme bandes fibrineuses contenant en dedans des cristaux de Charcot-Leyden et des éosinophiles. Elles sont couvertes de globules rouges et de germes divers. Les causes multiples et les raisons diverses sont avancées pour argumenter de leur origine allergique ou irritative.

Aussi la laryngo-trachéite sur-aiguë de l'enfant n'a rien de particulier, excepté les dimensions laryngo-trachéo-bronchiques, dont l'étroitesse devrait devenir plus menaçante. Si les bouchons ou plaques de mucus ne reposent que lâchement sur la muqueuse, les amas fibrineux (quelle que soit leur taille) sont collés et ne peuvent être prélevés qu'avec une pince. Le lieu d'adhérence montre souvent une hémorragie pointillée.

Exceptés les cas de laryngo-trachéite des enfants, nous avons eu pour 1959 20 cas de trachéo-bronchite fibrineuse (membraneuse) sur 8 000 bronchoscopies — pourtant en 1966 80 cas sur 17 000 bronchoscopies. Cela veut dire, que le nombre des cas s'est quadruplé en même temps que le nombre des bronchoscopies s'est doublé.

Quant à la thérapeutique, la médication anti-allergique par stéroïdes n'est pas suffisante. Il faut faire des bronchoscopies répétées chaque semaine et prélever les membranes par pince, puis badigeonner avec un porte-coton mouillé à l'adrénaline, puis à la cortisone, puis à l'alphachymotrypsine. Quelquefois l'utilisation locale et générale de l'héparine nous semblait être favorable, malgré qu'elle fasse saigner la muqueuse à toute intervention.

40 clichés ont été présentés. De préférence des images concernant la tuberculose de la trachée et des grosses bronches avec épisode aigu fibrineux ont été montrés.

*Adresse de l'auteur: Sanatorium Schillerhöhe,
7016 Gerlingen/Stuttgart, Allemagne.*

amoquine houdé



levet kraemer 65

sédatif général

**modérateur
de l'excitabilité
myocardique**

hypnotique léger

- états anxieux, angoisse
 - dystonies neuro-végétatives
 - insomnies
 - éréthisme cardiaque
 - palpitations, précordialgies
 - extrasystoles
-

comprimés dosés à 80 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine

tube de 30 - emballages cliniques de 100 et de 500

posologie habituelle : 2 à 6 par jour

suppositoires dosés à 155 mg d'amobarbitalate de dihydroquinidine

boîte de 6 - emballage clinique de 120

posologie habituelle : 1 à 3 par jour

LABORATOIRES HOUDE 1001, Chaussée d'Alseberg Bruxelles 18

CINÉANGIOGRAPHIE DES STÉNOSES MUSCULAIRES DU VENTRICULE GAUCHE

par PH. BRUN et H. GESCHWIND (Paris)

- La Sténose Musculaire du Ventricule Gauche représente une affection relativement rare mais de pronostic sévère – justifiable d'un traitement médical ou chirurgical spécifique.
- Elle fait partie du groupe des myocardiopathies autrefois appelées myocardites.
- La difficulté du diagnostic anatomique de cette affection provient du caractère non permanent de la sténose, qui seulement ébauchée en début de contraction ventriculaire ne se complète qu'en deuxième partie de contraction.
- La Cinéangiographie biplane synchrone à grande vitesse avec ECG incorporé précise ces modalités fonctionnelles et donc une description anatomique très fidèle.
- La Cinéangiographie permet de rapprocher de la sténose musculaire certaines formes voisines d'hypertrophie concentrique du Ventricule Gauche sans caractère sténosant.

Travail du Laboratoire de Cinéangiographie, Clinique Cardiologique de la Faculté de Médecine, Hôpital Broussais, Paris.

Adresse de l'auteur: 9, rue des Chaillots, Meudon, France.

**Collyres
Augentropfen**

Dispersa - Baeschlin Dexamethason comp.

(21-phosphate de dexaméthasone c. chlor-
amphénicol)

Le phosphate de dexaméthasone présente, comparé aux autres corticostéroïdes, le grand avantage de donner une solution aqueuse limpide. D'autre part, son action antiphlogistique est 5-14 fois plus forte que celle de la prednisolone. Grâce à une solution tampon soigneusement étudiée, la tolérance est remarquable et l'adjonction de méthocel en prolonge l'action.

INDICATIONS: Inflammations de l'uvée antérieure (iritis, iridocyclite), conjonctivites aiguës.

Laboratoires Dr. E. BAESCHLIN S. A., Winterthur (Suisse)
Représentant général pour le Grand-Duché de Luxembourg
PROPHAC, 125, rue Adolphe Fischer, Luxembourg, Tél. 230-73

S. A. SIEMENS

Dép. : Médical

17, rue Glesener - Luxembourg

Téléphone: 468-21-59

**Documentation, Projection
Installation et Service après vente**

**Rayons X, Nucléaire, Chirurgical, Dentaire, Physiothérapie,
Acoustique, Télé-mesures, surveillances, Monitoring, Mobi-
lier, Accessoires**

GYNECOLOGIE



CLASSIFICATION PER - COELIOSCOPIQUE DES ADHÉRENCES

par M. GORDJI et R. PALMER (Paris)

Dans le domaine du gynécologue les adhérences pelviennes sont responsables de *douleurs* ou de *stérilité*.

Deux facteurs principaux jouent dans les chances de grossesse après une inflammation ou une opération:

D'une part l'*état des trompes*; leur perméabilité, leur contractilité, et l'état de la muqueuse qu'étudie au mieux l'hystérosalpingographie cinématographique;

D'autre part la qualité, la nature, l'abondance et l'emplacement des *adhérences* susceptibles d'entraver le passage et la capture de l'ovule par le pavillon tubaire.

Pour une juste appréciation des adhérences la *laparoscopie* est supérieure à la culdoscopie. Il y a souvent intérêt à introduire un palpateur pour juger la qualité des adhérences.

Pour classer les adhérences on doit considérer la *qualité* et la *nature*. Nous proposons la classification suivante pour la qualité des adhérences.

A) *Adhérences épiploïques*: On les reconnaît à leur aspect grumeleux, à leur coloration jaune et à leur continuité en haut avec l'épiploon. Il peut s'agir de lames ou de brides. Quand elles gênent la vision on peut généralement les contourner ou passer à travers une zone transparente.

Si elles sont fixées sur l'utérus, l'ovaire, la trompe ou le pavillon on tentera de les décoller à l'aide du palpateur si ce décollement est facile et ne fait pas saigner.

Au maximum le grand épiploon forme un magma épiploïque couvrant tout et interdisant l'entrée du petit bassin.

Des brides épiploïques se forment parfois aux dépens des franges graisseuses du colon sigmoïde.

B) *Adhérences vélamenteuses*: Ce sont des voiles néoformés, translucides avasculaires à travers lesquels on voit ou devine les organes sous-jacents, mobiles ou non.

Elles constituent des *brides*, des *bandelettes* ou des *capsules complètes* enveloppant l'organe. Ainsi voit-on parfois une capsule complète transparente englobant la totalité d'un ovaire ou masquant entièrement un pavillon par ailleurs ouvert et perméable.

C) *Adhérences en surface*: C'est la soudure plus ou moins dense d'un organe pelvien aux formations adjacentes. Ainsi l'ovaire peut-être noyé dans des adhérences denses à tel point qu'il peut paraître inclus dans le ligament large sur lequel il ne fait pratiquement plus saillie.

Cette pseudo-inclusion de l'ovaire est une des formes les plus graves des adhérences péri-ovariennes.

La trompe peut être soudée à l'ovaire sur tout son trajet péri et sous-ovarien. Le pavillon se trouve alors fixé en-dessous de l'ovaire soit dans la loge ovarienne, soit dans la Douglas.

Devant des adhérences serrées, denses et étendues on se trouvera en présence d'un pelvis gelé avec ou sans comblement de Douglas.

Il est important au point de vue du pronostic et de la conduite thérapeutique de considérer la *nature* des adhérences.

Or celles-ci sont cicatricielles ou inflammatoires. Les adhérences *cicatricielles*, reliquats d'un processus éteint, sont blanches, avasculaires ou peu vasculaires. On peut les aborder, les décoller, les traverser et les sectionner sans mal.

Les adhérences *inflammatoires* aiguës ou subaiguës sont hyperémiques hypervasculaires, rouges, succulentes, humides et sont le siège d'oedème. Une sérosité du Douglas les accompagne presque régulièrement. Les adhérences inflammatoires chroniques et traînantes délimitent des poches de péritonite séreuse.

Une variété *spécifique* est fournie par la tuberculose génitale dont les granulations caractéristiques ou des grains caséeux sont la signature.

Bien entendu on se gardera bien de toucher aux adhérences inflammatoires.

Quelques projections vont illustrer les variétés d'adhérences.

Pour finir nous résumons le rôle des adhérences.

- Elles sont facteurs de stérilité;
- Elles peuvent être responsables des douleurs pelviennes;
- Elles pourraient favoriser la grossesse extra-utérine.

Le coelioscopiste rencontre fréquemment des adhérences pelviennes. A l'occasion de ce travail nous avons revu les dossiers de coelioscopie à l'Hôpital Broca entre 1962 et 1967. Sur 1532 coelioscopies 561 cas soit plus de tiers des cas présentaient des adhérences.

Sur 250 dossiers d'adhérences dont nous avons fait étude détaillée nous avons trouvé, sans tenir compte des associations des différents types d'adhérences:

- Brides épiploïques: 33 fois;
- Adhérences vélamenteuses: 110 fois;
- Adhérences serrées en surface: 120 fois;
- Blocage de pelvis: 35 fois.

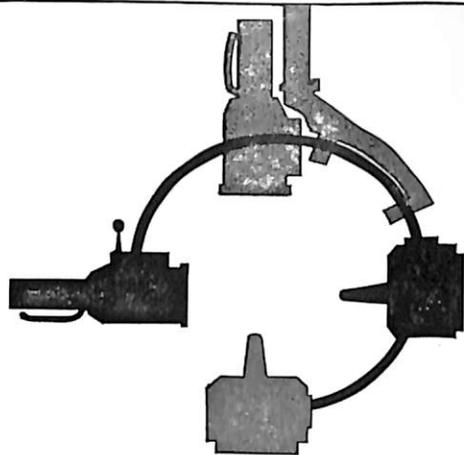
Nos résultats seront détaillés dans un rapport ultérieur.

*Travail du Service du Professeur J. Huguier, Chaire de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique, Hôpital Broca, Paris.
Adresse des auteurs: D^r M. Gordji 12b, rue de la Bastille,
Paris XII^e, France.*

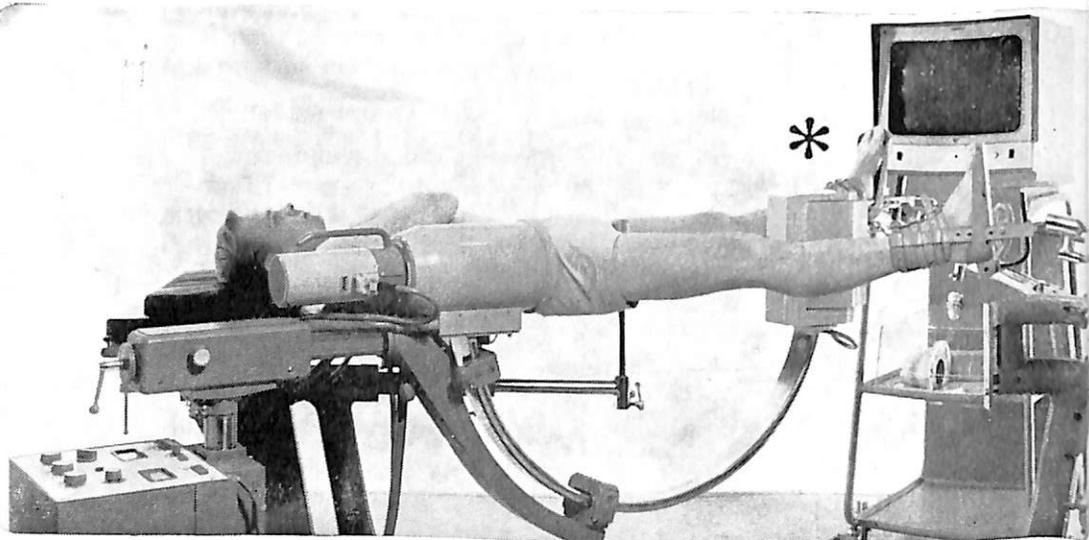
PHILIPS BV 20S

Appareil de radioscopie
per-opérateur avec TV

**PHILIPS
MULLER
TECHNIQUE**



SUSPENDU



TRANSPORTABLE

*
Faible encombrement du générateur.

Innovations!

Puissance élevée : 100 KV. - 20 mA. Légè-
reté : 150 kg complet. Intensificateur d'image :
6" ϕ - gain : 3000 minimum. Tube à 2 foyers :

0,6 x 0,6 et 1,8 x 1,8 mm². Diaphragme au-
tomatique et la chaîne de Radio-Télévisi-
Médicale Philips-Müller entièrement trans-
torisée. "Stabilisation automatique du no-
cissement" "Organes de commande et de co-
trôle incorporés dans le pupitre de commande

Documentez-vous auprès de :
PHILIPS S.A. - METALIX
Division Médicale
2, avenue Léon Grosjean
EVERE-BRUXELLES 14
Tél. 13.44.44.



PHILIPS

LIBÉRATION PER-COELIOSCOPIQUE DES ADHÉRENCES PELVIENNES

par R. PALMER et M. GORDJI (Paris)

En présence des adhérences pelviennes que nous rencontrons dans plus d'un tiers des cas quelle attitude faut-il adopter?

Nous les avons quelquefois libérées ayant en vue trois buts bien déterminés:

A. *But d'exploration*

Quand il existe d'un ou des deux côtés une lésion tubaire ou ovarienne qui ne peut être traitée que par une opération chirurgicale à ventre ouvert, la libération per-coelioscopique des adhérences n'a d'intérêt que de permettre parfois une exploration, sans cela incomplète, pour mieux poser l'indication opératoire. Cette libération sera simple et anodine, sinon on y renoncera.

B. *But thérapeutique*

Quand d'un côté au moins l'ovaire est sain et la trompe perméable sous les adhérences, il est tentant et *parfois suffisant* de libérer ces adhérences. Nous avons l'habitude dans ces cas, de remettre de six mois l'opération envisagée, pour laisser à la femme ses chances de grossesse sans opération. Il en va de même des adhérences péri-ovariennes ou péri-pavillonnaires.

Nous pensons qu'il faut *limiter les décollements au strict indispensable*. Tout excès risque d'être sanctionné par une réaction inflammatoire et de nouvelles adhérences parfois encore plus importantes.

C. *But de prévention*

Nous reséquons les brides qui coudent le grêle ou qui font courir à la malade le risque d'occlusion intestinale en vue de mettre la malade à l'abri.

Pour procéder à la libération des adhérences quatre conditions sont indispensables:

1) Il faut être équipé pour pincer et électro-coaguler, en cas de besoin, un vaisseau qui saigne à l'endroit critique, sans danger pour les organes voisins. Ces électrocoagulations per-coelioscopiques nécessitent une bonne connaissance de l'appareil de diathermo-coagulation. En pratique nous avons toujours utilisé l'appareil de Guérin sur position coagulation, puissance 4,5 comme pour les électro-coagulations du col.

Il est essentiel que ce soit le laparoscopiste qui ait la commande de la pédale, car il est le seul à voir si l'extrémité coagulante ne risque pas de toucher l'intestin, la vessie ou quelque vaisseau. Dès que le blanchiment tissulaire est net, il faut lâcher aussitôt la pédale.

2) Un pneumo-péritoine suffisant est une condition sine qua non de toute intervention per-coelioscopique.

3) Enfin la position de Trendelenburg suffisante est nécessaire pour se débarrasser des anses grêles au voisinage des appareils.

4) Une bonne anesthésie est indispensable.

Au point de vue technique nous pensons qu'on peut décrire trois groupes de manoeuvres per-coelioscopiques pour le traitement des adhérences.

a) *Décollements*: Souvent au début de la laparoscopie, si un voile épiploïque gêne pour voir, on essaie d'abord de le décoller, soit du *bout du coelioscope*, soit à l'aide du *palpateur* introduit par un petit trou latéral. Ce décollement est souvent facile au niveau de l'utérus, plus difficile au niveau des annexes, où il faut souvent lui substituer l'arrachement à la pince ou la section.

Autre modalité de décollement est la séparation mousse, avec palpateur, entre l'annexe et l'utérus, en arrêtant au moindre début de saignement.

b) *Sections*: Elles peuvent porter sur des brides ou des lames. Pour toute section il faut que la bride ou la lame soit *mise sous tension*. On y parvient selon les cas par mobilisation de l'utérus à l'aide de la canule intra-utérine, ou à l'aide du palpateur, maintenu en bonne position par un aide durant la section.

Nous avons utilisé suivant les cas et les périodes pour la section:

- 1) une pince à biopsie bien aiguisée, de Guérin;
- 2) les fins ciseaux coelioscopiques de Guérin;
- 3) l'anse diathermique.

Ces instruments ont généralement été introduits par une deuxième porte d'entrée latérale, à travers une *canule isolante en ébonite*.

Toutefois depuis un an, nous avons utilisé le coelioscope opérateur de Wolf, avec la pince à biopsie incluse et isolée; ce qui permet, dans certains cas, de tout réaliser par la seule porte d'entrée ombilicale sans cicatrice visible ultérieure.

Dans les sections épiploïques à l'anse diathermique il faut parfois laisser s'échapper le gaz, en cas de fumée gênante et regonfler le pneumo-péritoine.

c) *Résections*: c.-à-d. l'extirpation de la bride ou de la lame dans toute son étendue, au moins en intention. Elles ont été réalisées dans le cas de brides par la section d'un bout puis de l'autre.

Dans le cas de capsules on déchire puis on arrache celles-ci à la pince à biopsie jusqu'à dégagement jugé suffisant de l'ovaire ou du pavillon.

En terminant nous introduisons par l'intermédiaire du coelioscope 125 mg d'acétate d'hydrocortisone qui asperge les régions décollées.

* * *

Nous avons eu recours à la libération des adhérences dans un nombre limité de cas.

Sur 1532 coelioscopies à l'Hôpital Broca nous avons 562 cas d'adhérences. La libération fut tentée dans 60 cas donc 1 cas sur 10 devant les adhérences; 1 fois sur 25 coelioscopies.

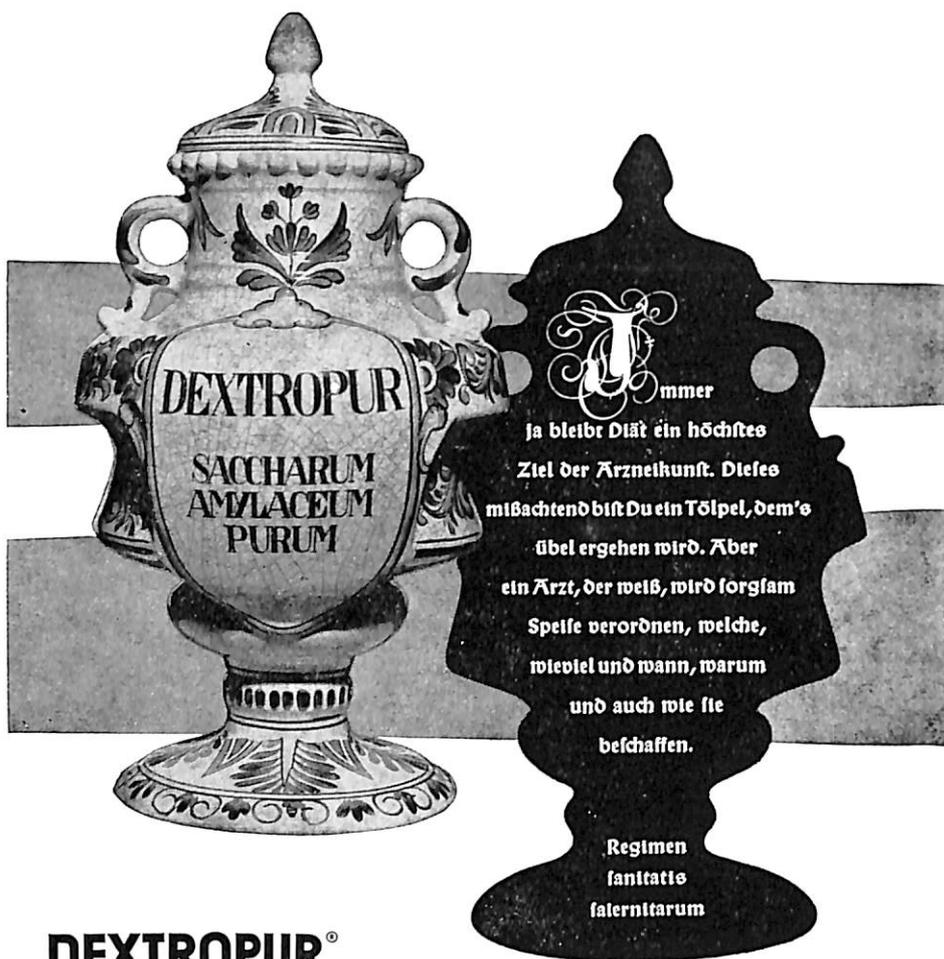
A ces 60 cas s'ajoutent 13 cas de la clientèle privée. Les manoeuvres ont été réparties de la façon suivante:

- 37 décollements;
- 36 sections ou résections: à l'aide de la pince fine de Guérin 26 fois; à l'anse diathermique 5 fois; à la pince à biopsie de Wolf 5 fois.

Un seul cas de décollement fut réalisé par culdoscopie. Nous n'avons eu aucun accident notable après ces 73 libérations d'adhérences.

Quant aux résultats tardifs nous ne les connaissons pas tous. Néanmoins nous pouvons affirmer deux cas de grossesses menées à terme après simple libération. Deux cas de grossesses extrautérines sur la trompe antérieurement bouchée et libérée au cours de la coelioscopie. Enfin dans 4 cas la perméabilité tubaire persiste à distance et prouvée par la coelioscopie ou l'insufflation utéro-tubaire.

*Travail du Service du Professeur J. Huguier, chaire de la Clinique Chirurgicale et Gynécologique, Hôpital Broca, Paris.
Adresse des auteurs: Dr R. Palmer, 3, rue Octave Feuillet,
Paris XVI^e, France.*



DEXTROPUR®

Zur unterstützenden diätetischen Behandlung von
 Leber-, Galle-, Magen- und Darmerkrankungen,
 in der Altersdiät und Herzdiät,
 für natrium- und chloridarme Schonkostformen,
 in der postoperativen Ernährung,
 bei Appetitlosigkeit,
 zur allgemeinen Kräftigung für Kinder, Kranke
 und Rekonvaleszenten,
 für Schwangere und Wöchnerinnen.



DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH, HAMBURG · PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG

afin que cela se réalise



Bull. Soc. Sci.

pour la protection de la maternité

FARLUTAL®

(acétate de 6 alpha-méthyl-17 alpha-hydroxy-progesténone)

progestatif de synthèse par voie buccale
à activité physiologique

*le FARLUTAL et ses métabolites
sont dépourvus d'activité androgène*

« ... Sur 898 cas étudiés aux Etats Unis d'Amérique, aucun des nouveaux-nés de sexe féminin, qui représentaient le 52 % du total, a montré des signes de virilisation. De même, selon les résultats obtenus en Italie, sur 207 cas, dont le 49 % était constitué par des nouveaux-nés de sexe féminin, on n'a pas observé d'altérations dans le développement des organes sexuels ».

G.K. Suchowsky « Pharmacologie des progestatifs synthétiques » - Actes du Symposium sur « Les progestatifs de Synthèse », Milan, 16-5-1964, Ed. Minerva Medica.

Farmitalia - BENELUX

4, AV. DE TERVUEREN - BRUXELLES 4 - TÉL. 35.81.13

DIE ENDOCERVICOSKOPIE

von F. C. MENKEN (München)

Es ist bekannt, daß sich 80% aller gynäkologischen Genitalkarzinome am Collum uteri oder im Cervikalkanal (C. K.) entwickeln und 90% dieser Karzinome Plattenepithelkarzinome sind. Sie bilden sich vorzugsweise im Bereich der Platten-Zylinderepithelgrenze und entziehen sich zu 30% ganz oder teilweise der kolposkopischen Sicht, da die Grenze innerhalb des C. K. lokalisiert ist. Ein noch größerer Prozentsatz von atypischen Epithel ist bei kolposkopisch unverdächtiger Portio innerhalb des C. K. zu finden. Auch hat es sich seit Anwendung der Cytologie entschieden, daß die Cytodiagnostik keine Anwendung als alleiniger Suchtest finden darf. Alle Verbesserungen der Carcinomfahndung können daher nur darauf hinausgehen, auch den C. K. der Sicht des Untersuchers zugänglich zu machen.

Zur Früherkennung und Behandlung fetaler Schädigung durch Rh-Incompatibilität haben unabhängig voneinander Saling, Hoffbauer und Carsten sowie Hoffbauer und Lübke abweichende Instrumente zur Amnioskopie verwendet. Während Saling ein modifiziertes Rectoskop einführt, verwenden die anderen Autoren Hysteroskope mit Optiken oder setzen dem Amnioskoprohr ein Kolposkop auf. Das Amnioskop nach Saling ermöglicht nur eine Betrachtung mit bloßem Auge, während die anderen Apparaturen für die Amnioskopie zu sperrig sind, so daß der Untersucher nicht nahe genug an den unteren Eipol herankommt, wobei auch noch das dem Rohr aufgesetzte Kolposkop stört. Intraperitoneale Blutinfusionen können mit beiden Verfahren nicht vorgenommen werden. Um die angeführten Indikationen durchzuführen, ist daher schon oft versucht worden, sich Einblick und Zugang in den C. K. zu verschaffen. Klaften, Hinselmann, Martin und Menken haben verschiedene Cervixspecula entwickelt und Sheriff bedient sich eines modifizierten Kolposkops, dessen etwa 1 cm starker Tubus in den Cervikalkanal eingeführt wird. Mit diesem Gerät untersuchte er die sekundäre Fluoreszenz des C. K. Die Cervixspecula der drei erstgenannten Autoren erweitern den C. K. bei Spreizung zylinder- oder sogar trapezförmig und verdecken durch die

Branchen die Sicht, so daß es unmöglich ist, die Wandung zu kolposkopieren. Sheriff verwendet einen zu großen Tubus in Verbindung mit einem zu schwerfälligen Gerät. Für die Amnioskopie ist sein Verfahren schon wegen des zu kleinen Aktionsradius ungeeignet. Das Cervixspekulum des Verfassers vermeidet alle diese Nachteile dadurch, daß seine Spreizbranchen an ihren Enden durch ein Gelenk verbunden sind, so daß sich beim Schließen der Zange ausschließlich der dem Untersucher zugekehrte Teil des Spekulum öffnet. Der C. K. wird dadurch trichterförmig erweitert, so daß alle Punkte des C. K. kolposkopiert werden können. Brauchbare endocervikale Farbfotos und Farbfilme mit diesem Verfahren hat Verfasser seit über 1½ Jahrzehnten publiziert. Aber auch dieses Verfahren hat den einen Nachteil, daß der Strahlengang des Kolposkops nicht senkrecht auf die Wandung des Cervikalkanals auftrifft.

APPARATE UND INSTRUMENTE

Um die Nachteile aller geschilderten Verfahren zur Endocervikoskopie und zur Amnioskopie zu vermeiden, hat die Firma Storz das Endocervikoskop und Amnioskop nach meinen Angaben gebaut. Es muß aber betont werden, daß sich seine Optik nicht nur für die Endocervikoskopie und Amnioskopie, sondern auch für die Hysteroskopie und Culdoskopie hervorragend eignet. Der Durchmesser von 4 mm erübrigt jede Dilatation des C. K. und ist daher für den Gebrauch in der Praxis bestens geeignet, da das Gerät ohne Schmerzen eingeführt werden kann. Die Blickrichtung von 30° und der Blickwinkel von 90° macht ohne weiteres jeden beliebigen Punkt des C. K. bei zunehmender Vergrößerung bis ca. 10fach je nach Abstand dem Betrachter zugänglich. Dies wurde erst durch eine völlig neuartige Konstruktion der Optik möglich, die um 40% lichtstärker als alle bisher bekannten Bauarten ist.

Es handelt sich um die erste Weitwinkeloptik dieser Art ohne sphärische Aberration. Um das besonders große Gesichtsfeld optimal auszuleuchten, wurde das lichtleitende Glasfaserbündel innerhalb des Schaftes derartig geteilt, daß am distalen Ende ein dreifacher Lichtaustritt erzielt wird.

Für die Untersuchung des Cervikalkanals mit dem Endocervikoskop braucht man:

1. Die Endocervikoskopik (nach Hopkins).
2. Einen Schaft mit Absaugvorrichtung.
3. Eine Kaltlichtfontäne mit Fiberglas-Lichtkabel.

Für die Amnioskopie braucht man zusätzlich einen Amniokopschaft mit Instrumentenkanal. Für die Hysteroskopie und die Culdoskopie mit der Endocervikoskopik sind Spezialschäfte erforderlich.

DIE TECHNIK DER ENDOCERVICOSKOPIE

Die wichtigsten Voraussetzungen sind:

1. Keimfreie Scheide.
2. Keimfreies Instrumentarium.

Die Portio wird vaginal steril eingestellt, das Endocervikoskop wie bei einer Sondierung vorsichtig unter Leitung des Auges von Hand in den C. K. eingeführt und bis zum os internum vorgeschoben. Das Endocervikoskop gleitet in der Regel widerstandslos unter Sicht bis zum os internum vor. Es darf jedoch nicht gegen einen eventuell auftretenden Widerstand oder gegen das os internum weitergeschoben werden. Der cervikale Schleim wird dabei gleichzeitig durch den Schaft mit Absaugvorrichtung beseitigt. Es kann ohne weiteres der gesamte Inhalt des C. K. abgesaugt und cytologisch untersucht werden. Das Instrument selbst ist frei beweglich und wie bei jeder Endoskopie leicht dreh- und wendbar und erfordert keine besondere Einstellung. Da alle pathologischen und physiologischen Zustandsbilder des gesamten C. K. ohne besondere Vorbereitung im Sprechzimmer eines jeden Arztes erkannt werden können und das Verfahren praktisch gefahrlos ist, stellt die Endocervicoskopie einen Wendepunkt in der endocervikalen Diagnostik dar. Insbesondere kommt die Platten-Cylinderepithelgrenze zur Darstellung. Bei Virgines kann auf die Speculumeinstellung ganz verzichtet werden. Die Auflichtoptik ermöglicht ohne weiteres die Untersuchung der Vagina, Portio und des Cervikalkanals ohne Verletzung des Hymens.

Aber auch bei ungünstigen anatomischen Verhältnissen und engstem C. K. läßt sich die Endocervicoskopie durchführen, wenn man eine halbe Stunde vor der Untersuchung ein Escorpal-Suppositorium (Bayer) rectal appliziert. Eine einmalige Anwendung genügt, um den Öffnungsquerschnitt des C. K. so zu vergrößern, daß die Optik mühelos eingeführt werden kann.

DIE TECHNIK DER AMNIOSKOPIE

Für die Amnioskopie wird dieselbe Optik mit dem Amnioskopschaft verwendet, der am distalen Ende ein halbkugeliges Endstück besitzt.

Durch seinen Instrumentenkanal sind intrauterine Infusionen unter Sicht an günstiger Infusionsstelle am fetalen Abdomen bei erythroblastisch erkrankten Feten sowie Punktionen besonders leicht durchzuführen. Das farbbrichtige Gesichtsfeld und die große Beweglichkeit erleichtern die Beurteilung des Fruchtwassers und die erforderlichen Eingriffe, da die Optik dem unteren Eipol unmittelbar angelegt werden kann.

Darüber hinaus bieten sich vollkommen neue diagnostische Möglichkeiten und Forschungsaufgaben. Als Beispiel sei hier

die Fluoreszenz-Angiographie genannt, bei der die Passage von intravenös injiziertem Fluorescein durch die Gefäßsysteme der Portio und des C. K. auf Serienaufnahmen aufgezeichnet und zeitlich abgestoppt wird. Die Kaltlichtoptik des Endocervikoskopschaftes gestattet nämlich die Anwendung monochromatischer Lichtquellen und in diesem Falle des U-V-Lichtes. Die Fluoreszenzemission eines langwelligen Lichtes nach Bestrahlung mit einem kurzwelligen erlaubt sogar die selektive Darstellung des mit dem Blutstrom zur Cervix transportierten Fluoresceins, wobei die übrigen Strukturelemente nahezu unsichtbar bleiben. 10 cm³ einer 10%igen Fluorescein-Natriumlösung werden dabei in die Cubitalvene injiziert. 10 bis 15 Sekunden später erscheint es im C. K. (Arm-Cervixzeit). Die Füllung der Nebenarterien, sichtbar am diffusen Aufleuchten des Untergrundes, geht einen Moment voraus. Innerhalb von weiteren 1,5 bis 3 Sekunden passiert der Farbstoff das Kapillarnetz und gelangt in die Vene (Cervix-Zirkulationszeit). Aus kleinen Seitenästen auch in der Peripherie kann man jetzt den Eintritt in die Hauptstämme beobachten. Das leuchtende Kapillarnetz des C. K. bildet den erhellten Untergrund (Menken-Test). Die Bewegung des Fluoresceins mit dem Blutstrom vermittelt:

1. Ein strukturelles Bild von Form, Lage und Anordnung der Gefäße des C. K. und der Portio. Durch diese Technik werden alle Gefäße erfaßt und intensiv dargestellt. Als überraschende Lösung ergibt sich hier ein diagnostischer Wegweiser zur Krebsfrüherkennung.
2. Ergibt sie ein Funktionsdiagramm der haemodynamischen Vorgänge.
3. Ergibt sie Aussagen über Permeabilitätszustände.
4. Gefäßveränderungen (+- und - Variationen).
 - a) Ateriovenöser Kurzschluß.
 - b) Astarterienverschluß.
 - c) Wirre Gefäßzeichnung mit Kollateralen und Anastomosen.
 - d) Aneurysmen.

Aus diesen Gefäßveränderungen können entzündliche und degenerative Veränderungen sofort erkannt werden. Geschwülste und Metastasen ergeben eine verlängerte Durchlaufzeit. Es kann noch nicht sicher gesagt werden, ob scharf umschriebene Bezirke vermehrter Fluoreszenz oder ein verzögerter Fluoresceinstrom das Karzinom kennzeichnen. Auf jeden Fall kann schon jetzt gesagt werden, daß diese neuen diagnostischen Möglichkeiten einen weiteren Schritt in der Reihe der bisherigen Suchteste darstellt.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Verfahren ist dadurch gekennzeichnet, daß im Gegensatz zu bisher bekannten Vorrichtungen und ihrer Anwendung zur Endocervikoskopie ein sondenförmiges kleinkalibriges Auflichtendoskop bis zum os internum eingeführt wird, wobei gleichzeitig der Inhalt des Cervikalkanals ganz oder teilweise abgesaugt und cytodiagnostisch verwendet wird. Dabei können alle Veränderungen des gesamten Cervikalkanals beobachtet, fotografiert, stereofotografiert, gefilmt oder ferngesehen werden. Die Lichtleitung erfolgt über feinste Glasfasern, so daß auch einfarbige Lichtquellen, z. B. das für die Krebsfrühdagnostik erforderliche Ultraviolettlicht ohne jegliche Erwärmung unmittelbar auf jedes beliebige Gesichtsfeld innerhalb des Cervikalkanals geleitet werden können. Dieses Verfahren und die neue Vorrichtung (Fa. Storz, Tuttlingen) ermöglichen auch unter Sprechstundenverhältnissen zugleich als Teil einer Gesamtkonzeption zur Krebsfährtsuche eine lücken- und gefahrlose Endicervikoskopie.

Der gegenwärtige Stand des Wissens über die Endocervikoskopie und der mit ihr aufgeworfenen Probleme wird beschrieben. Darüber hinaus werden die sich noch bietenden vollkommen neuen diagnostischen Möglichkeiten und Forschungsaufgaben definiert. Endocervikofotografien mit den dazugehörigen cytologischen Befunden werden erstmalig gegenübergestellt. Der Verfasser weist darauf hin, daß die endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals einen Wendepunkt auf diesem diagnostischen Gebiet darstellt.

Anschrift des Verfassers: Dr. F. C. Menken, Stachus-Karlsplatz, 8, München, Deutschland.

3 dragées par jour
boîte de 20 dragées

dragées dosées à 0,100 g
d'anthocyanosides de vaccinium myrtillus
+ 0,005 g de bêta carotène.

difrarel[®] 100



- manifestations périphériques de l'hypertension
- artério et athérosclérose
- insuffisances et maladies veineuses
- sénescence

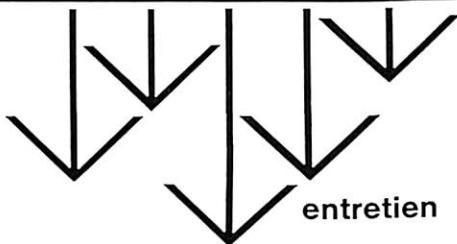


UNION PHARMACEUTIQUE BELGE S.A.
BRUXELLES 1

difrarel[®] 20

dragées dosées à 0,020 g
d'anthocyanosides de vaccinium myrtillus

3 à 6 dragées par jour
boîte de 50 dragées

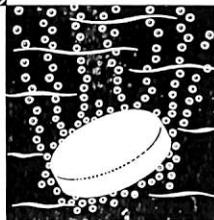


SEDERGINE *

Comprimés effervescents

Analgésique
bien toléré

- **SOULAGEMENT RAPIDE :**
Salicylémie optimale
- **EXCELLENTE TOLÉRANCE GASTRIQUE :**
Comprimé entièrement soluble
pH tamponné à 5,8
- **COMPOSANTS :**
Acide acetylsalicylique 330 mg.
Vitamine C 200 mg.



* Réservé à la prescription médicale.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES PROMEDY, 75-77, rue Cdt Ponthier. Tél. 02/330115 Bruxelles 4

PRÉLÈVEMENTS GYNÉCOLOGIQUES ENDOSCOPIQUES PAR COELIOSCOPIE ET PONCTION DU DOUGLAS

par M. MINTZ (Paris)

23 Diapositives de 5 cm/5 cm: Photographies d'instruments et montages de photos associant: coeliophotos (De Langlois) et préparations microscopiques (Pr. J. De Brux et M^{me} Dupré-Froment).

I -- BIOPSIES OVARIENNE ET TUBAIRE

- Photographies des instruments utilisés et dimensions des fragments prélevés.
- 2 montages indiquant les deux principales indications de la biopsie d'ovaire: l'aménorrhée et le Stein et syndromes apparentés.
- 2 autres montages ont trait à la biopsie tubaire et à son rôle dans le dépistage de la tuberculose, grande pourvoyeuse de la stérilité primaire.

II -- PONCTION DE KYSTES

- Tableau résumant les indications de la ponction de kyste sous coelioscopie: suspicion de grossesse extra-utérine, infirmé par la coelioscopie, coelioscopie exploratrice pour masse pelvienne et découverte de kyste insoupçonné.
- Photographie de l'aiguille utilisée.
- 4 montages résumant l'intérêt diagnostique et thérapeutique de la méthode: amélioration clinique dans les indications médicales. Interventions chirurgicales minimisées ou évitées chez les femmes jeunes, nulipares ou stériles. Dépistage d'un petit kyste organique insoupçonné.

III – CYTOLOGIE PÉRITONÉALE

- Tableau et 3 montages avec photographies des instruments exposant la technique des prélèvements: percoelioscopiques, transvaginaux par ponction du Douglas (sous anesthésie et sans anesthésie).
- Tableau des principaux facteurs et circonstances influant sur la formule cytologique péritonéale.
- 4 montages montrant des coeliophotos et des formules cytologiques jumelées:
 - a) post-ovulatoires dans un cas de stérilité;
 - b) reflux utéro-tubaire dans un cas de ménométrorragies douloureuses;
 - c) inflammation pelvienne bâtarde (salpingite ou appendicite);
 - d) récurrence de cancer intra-pelvien.

Adresse de l'auteur: 211, rue de l'Université, Paris XVII^e, France.

L'ENDOSCOPIE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

par B. KELLER, Y. GILLET et P. MULLER (Strasbourg)

A la Maternité de Strasbourg, sous la direction du Professeur P. Muller, nous pratiquons différents types d'endoscopie gynécologique. En effet, nous faisons sur une grande échelle des coelioscopies, des hystérocopies et des amnioscopies, et enfin la colposcopie qui est aussi une forme d'endoscopie.

Nous aimerions vous apporter quelques points relevant de la technique elle-même et des indications de la coelioscopie et de l'hystérocopie. Quant à l'amnioscopie, nous n'avons commencé à l'exprimer que depuis quelques temps, ce qui n'est pas le cas de la colposcopie, que nous pratiquons depuis 1951, soit 16 ans environ.

Actuellement, nous ne concevons plus l'existence d'un service de gynécologie sans l'aide précieuse et la coelioscopie, tant sur le plan du diagnostic de la pathologie gynécologique organique qu'endocrinologique.

Nous aimerions préciser quelques points techniques.

Nous pratiquons la création d'un pneumopéritoire avec l'aiguille automatique de Palmer, qui paraît la moins offensive de toutes grâce à son trocart multiperforé monté sur ressort. C'est en effet rarement qu'il nous soit arrivé de léser un vaisseau sanguin (3 fois sur plus de 900 coelioscopies: il s'agissait une fois d'un vaisseau mésentérique qui a nécessité une laparotomie, car la malade présentait les symptômes d'épanchement sanguin dans le cul-de-sac de Douglas 6 heures après la coelioscopie; l'autre fois le contrôle coelioscopique nous a permis de constater l'écoulement sanguin, lequel n'avait fait qu'un petit hématome du mésentère, qui ne s'est traduit par la suite par aucun signe pathologique). Par contre, assez fréquemment il se produit une injection de gaz dans le grand épiploon, que l'on constate à la coelioscopie. Ce pneumo-épiploon se résorbe rapidement sans complications. L'incision cutanée pour l'introduction du trocart optique a toujours été pratiquée sur la marge inférieure de l'ombilic, sur la ligne médiane. Ceci, d'abord dans un but esthétique; que ce soit une femme maigre ou obèse, il ne persiste pas de cicatrice visible, à moins de regarder de très près. Il nous est même arrivé de faire une seconde coe-

lioscopie sans retrouver la première cicatrice. Une autre raison pour faire l'incision à cet endroit est la possibilité de refaire une coelioscopie de contrôle ou de diagnostic, pour une nouvelle suspicion de grossesse extra-utérine par exemple. En effet, nous avons été amenés à répéter des coelioscopies chez la même malade et nous n'avons pas rencontré de difficultés, au même endroit. L'incision cutanée a pu se faire au même endroit sans difficultés. Tout au plus avons-nous été obligés d'exercer une pression plus forte que normalement sur le trocart. Ceci était dû à la présence de tissu fibreux cicatriciel, lequel a toujours pu être traversé. De plus, nous n'avons pas été gênés par la présence d'adhérences consécutives à une première coelioscopie. Par la suite, la cicatrization de la coelioscopie s'est formée sans aucun incident par première intention, après avoir fait l'incision ombilicale.

Avant d'introduire le trocart, nous avons pris l'habitude de contrôler la bonne formation du pneumo-péritoine et de n'avoir pas fait une insufflation sous-cutanée ou dans un organe creux. Pour ce faire, nous introduisons par l'incision cutanée une aiguille adaptée à une seringue. La seule pression du gaz intrapéritonéal doit faire ascensionner le piston de la seringue. Par contre, si l'insufflation est extra-péritonéale, le piston de la seringue ne bouge pas. C'est là un moyen simple et efficace de contrôle de la présence d'un pneumo-péritoine. C'est seulement après cette vérification que nous introduisons le trocart pour la coelioscopie de l'abdomen.

INDICATIONS

A côté du point technique que nous venons de traiter, nous aimerions exposer des indications particulières à la coelioscopie.

Nous pratiquons systématiquement une coelioscopie, quand la malade se plaint de douleurs qui n'ont pas fait leurs preuves. Nous avons souvent découvert une endométriose qui ne se manifestait par aucun symptôme en dehors d'une douleur sans caractéristique aucune. C'est ce qui nous a amené à faire de nombreuses coelioscopies dans la recherche de l'endométriose. C'est sans aucun doute le seul moyen de faire le diagnostic certain de l'endométriose pelvienne, péritonéale et ovarienne.

Nous avons aussi été amenés à faire cette coelioscopie au début des règles, car on peut alors voir sourdre des gouttelles de sang des foyers d'endométriose. Ce sang va s'accumuler dans le cul-de-sac de Douglais, ce qui expliquera la douleur violente par irritation du péritoine pelvien.

Nous traitons l'endométriose par les bloqueurs d'ovulation, comme il est classique de le faire actuellement. Mais quand arrêter le traitement? C'est encore la coelioscopie qui va nous permettre de juger. En effet, après un délai variant entre 3 à 12 mois, une nouvelle coelioscopie est faite et elle permet de con-

trôler la persistance ou la disparition des lésions, elle indiquera donc l'opportunité de continuer ou de cesser le traitement.

De plus, la coelioscopie confirmera ou infirmera le diagnostic de déchirure du feuillet postérieur du ligament large, entraînant une rétroversion ou syndrome de Allen et Masters. Ici encore la coelioscopie a un grand intérêt, car combien de rétroversions sont injustement opérées et les douleurs dont la malade se plaint persistent après l'intervention. En effet, seule la rétroversion avec lésions organiques, et en particulier celle associée à un syndrome d'Allen et Masters sont justiciables d'une intervention chirurgicale correctrice. Tandis que celles sans lésions organiques ne sont pas à opérer. Il faut rechercher les causes des douleurs ailleurs et en particulier au niveau de la charnière lombo-sacrée.

Enfin une autre indication de la coelioscopie est le diagnostic de cancer de l'ovaire. La coelioscopie permettra de juger de l'opérabilité du cancer. Elle évitera une laparotomie exploratrice chez une femme parfois déjà en mauvais état général. Comme dans l'endométriase une coelioscopie de contrôle peut être faite après un traitement radiothérapique ou chimiothérapique. Ce contrôle nous donnera de précieux renseignements sur l'évolution et les résultats du traitement, d'une manière plus sûre encore que l'examen clinique et moins pénible pour la malade qu'une nouvelle laparotomie.

PHOTOGRAPHIE COELIOSCOPIQUE

C'est en particulier dans le cas de contrôle du traitement de l'endométriase et des néos ovariens qu'il est intéressant de faire une photographie coelioscopique. Ce sera un document irréfutable. Il est nécessaire d'avoir photographié les lésions avant et après le traitement. C'est la seule méthode qui permette de juger exactement des résultats thérapeutiques, car une photographie est supérieure à n'importe quelle description orale ou écrite. Malheureusement nous n'avons pas encore en main ces documents précieux, car nous n'avons pas pu jusqu'à présent réaliser de photographies coelioscopiques assez satisfaisantes, mais nous espérons, dans un proche avenir, pouvoir vous présenter des documents, et ceci grâce à l'aide précieuse et aux conseils judicieux du Docteur Jaupitre.

CONTRE-INDICATIONS RÉDUITES DE LA COELIOSCOPIE

Nous voudrions encore spécifier que nous avons réduit les contre-indications de la coelioscopie. En effet, il nous est apparu possible de faire des coelioscopies sur des sujets qui avaient

déjà subi une laparatomie, ou, comme nous l'avons déjà dit, une première coelioscopie. Il est nécessaire, dans ce cas, de créer un pneumopéritoine correct et de bien le vérifier avec l'aiguille adaptée à la seringue, que l'on est bien dans la cavité péritonéale et non dans un organe creux.

Ce qui précède démontre bien que la coelioscopie permet d'élargir ses indications de jour en jour.

HYSTÉROSCOPIE

En dehors de la coelioscopie, nous avons mis au point une autre technique d'endoscopie avec notre maître, le Professeur P. Muller: il s'agit de l'hystérocopie, c'est-à-dire de l'examen visuel in situ de l'intérieur de la cavité utérine.

Pour réaliser une hystérocopie, nous utilisons l'urétroroscope du Docteur Jaupitre, que nous introduisons dans la cavité utérine après avoir dilaté le col utérin jusqu'à Hégar 10. Cette méthode présente quelques difficultés. En effet, l'introduction de l'hystérocopie n'est pas atraumatique. Elle provoque des saignements au niveau de l'endomètre. Ce saignement est gênant, car le sang se dépose sur l'optique et obstrue la vue. C'est pourquoi il est nécessaire de faire un lavage continu de la cavité utérine avec du sérum physiologique associé à des antibiotiques. Le sérum propre est injecté dans la cavité utérine par un tube fixé à la gaine de l'hystérocopie, tandis que le liquide de lavage est aspiré par un aspirateur chirurgical puissant; c'est à cette condition qu'il est possible de voir la cavité utérine.

Bien des lésions utérines seront ainsi mises en évidence: petits fibromes sous-muqueux, polypes, irrégularités de l'endomètre, ne seront pas visibles par d'autres méthodes.

Mais il faut se méfier de l'interprétation, car ces lésions paraissent nettement plus grandes qu'en réalité du fait de l'optique grossissante et de la vue de contact. C'est pourquoi il faut avoir une grande habitude de l'hystérocopie.

CINÉMA

Nous avons pu réaliser des films cinématographiques très précis. Par contre, la photographie hystérocopique est plus difficilement réalisable du fait des optiques photographiques qui réduisent le champ. Les photographies seront beaucoup moins nettes que le cinéma.

AMNIOSCOPIE

Enfin nous avons entamé l'étude d'une autre endoscopie: l'amnioscopie. Nous utilisons l'appareil de Saling. Cette tech-

nique consiste à mettre un tube métallique dans le col utérin dilaté à un doigt, en fin de grossesse. Ce tube est conique et existe sous différents diamètres: 12, 16 et 20 mm. La vision est meilleure avec le tube le plus large. Une source lumineuse est fixée sur la paroi du tube.

La technique en est simple: après la mise en place d'un spéculum, on saisit la lèvre inférieure du col utérin avec une pince, puis on désinfecte le col, le tube est introduit dans le canal cervical sous le contrôle de la vue.

Le pôle inférieur de l'oeuf est visible et le liquide amniotique apparaît à travers les membranes. De petits mouvements imprimés à l'appareil peuvent rendre l'interprétation plus facile, car ils entraînent des mouvements du liquide.

Normalement, le liquide amniotique est clair avec des flocons de vernix caseosa qui se projettent devant le cuir chevelu de l'enfant ou sur son siège.

Devant un cas pathologique, on note des modifications du liquide:

- jaunâtre quand il est teinté de bilirubine en cas d'incompatibilité rhésus;
- verdâtre quand il y a émission de méconium, c'est-à-dire lorsqu'il y a souffrance foetale;
- rougeâtre en cas de rétention du fœtus mort.

Cette nouvelle endoscopie permet donc d'apprécier une souffrance foetale en fin de grossesse (toxémie gravidique, état pathologique maternel: diabète, incompatibilité rhésus, dépassement du terme).

C'est encore une méthode grossière, différemment interprétée par les auteurs.

On pourrait de même faire le diagnostic de rupture des membranes (Aguero) et la recherche de l'étiologie d'hémorragie en fin de grossesse.

On peut pratiquer cette méthode à partir de la 36^{me} semaine chez la primipare, à partir de la 34^{me} chez la multipare.

Les dangers en sont rares (Saling: 3.000 cas): rupture accidentelle des membranes, risques infectieux minimes. Par contre, elle peut être impossible quand le col est insuffisamment dilaté. Elle peut être faussée par une malformation foetale impossibilité d'émission de méconium par inperforation anale.

PHOTOGRAPHIE AMNIOSCOPIQUE

La photographie lors de l'amnioscopie est rendue difficile par l'absence d'optique puisque c'est en vue directe, mais elle

sera réalisable par l'adaptation d'un objectif photographique permettant la photo à petite distance (10 à 20 cm).

COLPOSCOPIE

Quant à la colposcopie, nous ne ferons que l'effleurer c'est en effet une méthode ancienne déjà, qui permet de voir les lésions du col utérin plus ou moins agrandies selon l'appareil utilisé.

La photographie colposcopique ne présente guère de difficultés, car actuellement un colposcope correct possède un appareil de photographie incorporé, utilisant soit l'optique du colposcope (Leisegang), soit une optique photographique propre, munie d'un flash.

On peut ainsi obtenir des documents précieux qui permettent non seulement d'avoir une iconographie, mais aussi de suivre un traitement en gardant la preuve photographique de l'évolution.

CONCLUSION

On peut dire que la gynécologie s'est enrichie ces dernières années de la possibilité d'utiliser plusieurs examens endoscopiques facilitant le diagnostic, mais permettant aussi de suivre, grâce à la photographie endoscopique, l'évolution pathologique et l'influence du traitement.

Adresse des auteurs: D^r B. Keller, 13, avenue de la Paix, Strasbourg.

37°!

...dès les premiers symptômes

Trimedil®

une formule nouvelle
contre les refroidissements

Lab. Zyma-Galen S.A.
Bruxelles 2

Etui de 20 dragées Fr. 39



COELIOPHOTOGRAPHIES

par P. LANGLOIS (Paris)

Le «Coeliophot» que je vous présentait l'an dernier à Reims a de nombreux avantages:

léger,

peu encombrant,

maniable,

d'utilisation très facile,

peu onéreux — relativement à toutes les autres instrumentations actuellement dans le commerce,

encore moins onéreux pour les coelioscopistes qui possèdent déjà l'instrumentation classique de Palmer.

Sa lumière «chaude» (inconvenient qu'il suffit de contrôler en ne survoltant pas la lampe trop longtemps) a l'avantage de: faire des photos aux tons naturels, grâce à son haut degré Kelvin.

Son seul désavantage réside dans la dimension des photos:

8 mm de diamètre avec un objectif de 35 mm,

11 mm de diamètre avec un objectif de 50 mm,

12 mm de diamètre avec un objectif de 55 mm.

Mais ces photos peuvent être agrandies facilement et c'est la raison de ma communication aujourd'hui.

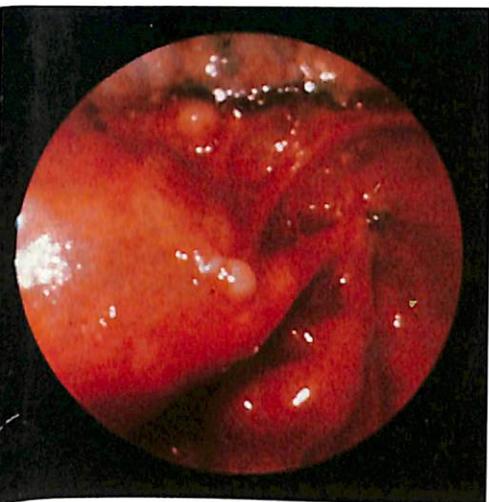
L'agrandissement d'une diapositive n'a rien d'original; les photographes spécialisés dans cette technique ne manquent pas; mais les prix en sont trop élevés pour nous permettre une iconographie abondante.

J'ai eu la chance de trouver un appareil de fabrication japonaise, le «PANAGOR», qui peut être monté sur de nombreux boîtiers-photos à l'aide d'une bague. La maison AELSEM, 137, Bd. St. Michel, Paris 5^{me}, peut vous le procurer.

A l'aide de deux réglages faciles on peut soi-même faire des agrandissements de 1 fois et demi — 2 fois et demi la dispositive originale. La source de lumière peut être une lampe Flood, un projecteur ou un flash. Il suffit d'étalonner grâce à une première pellicule.

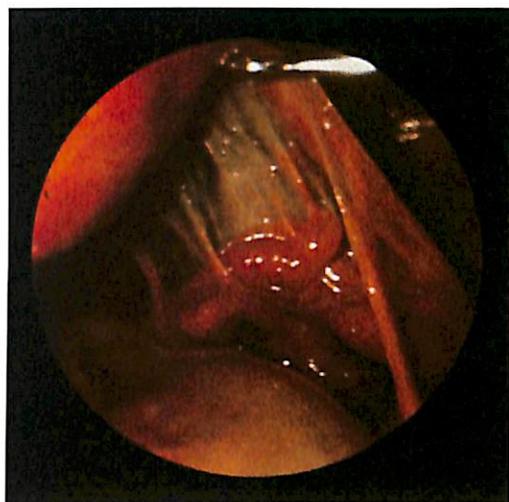
On peut aussi éclaircir des originaux trop sombres et assombrir des originaux trop clairs à l'aide d'un jeu de filtres Wratten de gélatine N. D. de Kodak.

Adresse de l'auteur: 51, rue de Miromesnil, Paris VIII^e. France.

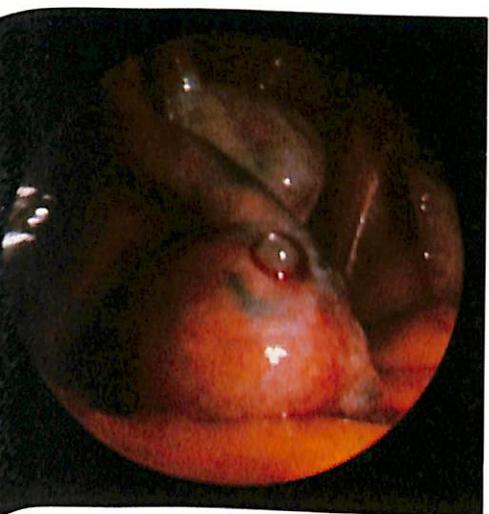


Endométriose

1 2



Adhérences annexielles



Hématosalpinx gauche

3 4



Annexe gauche



UROLOGIE



LA MICROTHERMOMÉTRIE ENDOCAVITAIRE ENDOSCOPIQUE DANS LE DIAGNOSTIC SÉLECTIF DES DIFFÉRENTES AFFECTIONS URINAIRES

(Note préliminaire)

par A. FABIANO (Bari)

Je voudrais rapporter dans une brève note préliminaire les résultats que j'ai obtenus dès les premiers essais pour faciliter le diagnostic différentiel des affections de l'appareil urinaire, par une nouvelle méthode que nous venons de perfectionner, c'est-à-dire: la microthermométrie endocavitaire.

Avec l'aide d'Aldo Fabiano, des maisons Philips de Bari, et Porgés de Paris nous avons réalisé des sondes urétérales particulières ayant à leur partie distale un microthermomètre, par lequel il est possible de mesurer, avec une haute précision, la température centrale et pariétale des cavités et des conduits que l'on veut explorer.

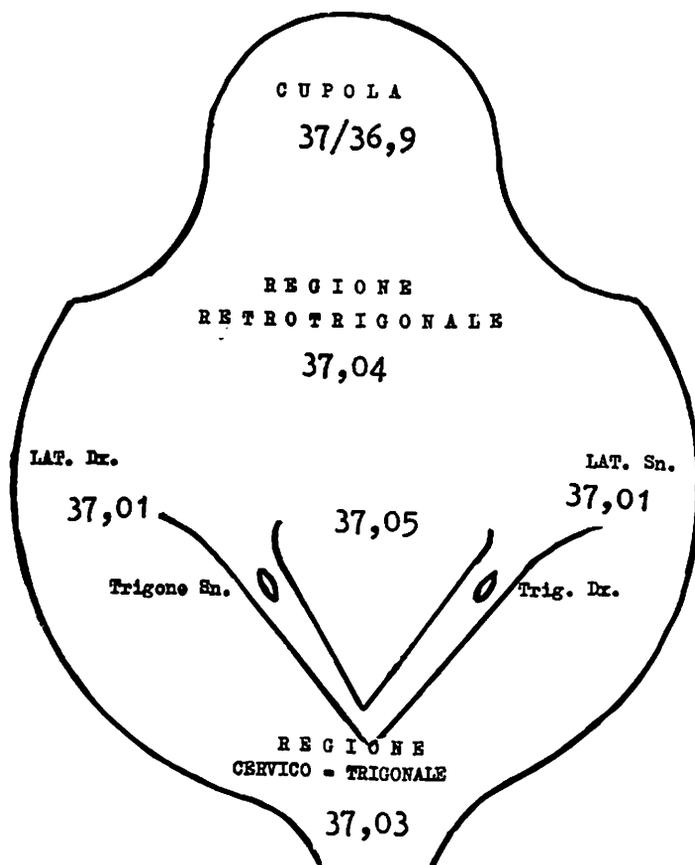
L'originalité de cette méthode consiste dans le fait qu'on peut réaliser le relief thermométrique «points par points», c'est-à-dire: tandis qu'avec les thermomètres conventionnels le relief est fait par zones, avec nos sondes thermométriques flexibles il est possible d'explorer de point en point une lésion quelconque et d'obtenir un tracé particulier thermotopographique des zones, dont l'interprétation peut nous fournir des données diagnostiques d'un haut intérêt scientifique.

Nous avons examiné 80 malades atteints des affections inflammatoires les plus diverses de la vessie et surtout de tumeurs. Mais le but principal de notre recherche est d'étudier la possibilité d'employer les reliefs thermométriques pour le diagnostic différentiel des affections rénales uni- ou bilatérales (pyélites, pyélonéphrites, néphrites, etc.) des lésions inflammatoires invétérées et des tumeurs au début.

Si nos données actuelles sont confirmées par les recherches ultérieures, l'exploration thermométrique pourra, peut-être, nous être d'une aide précieuse pour résoudre ces questions diagnostiques ardues.

CASA DI CURA UROLOGICA
Raggi X - Fisioterapia
Analisi Cliniche
Dott. ANDREA FABIANO
Specialista Urologo
BARI
Corso Italia, 19 - Tel. 210.031

TEMP. MEDIA 37,04



TERMOTOPOGRAFIA DI VESCICA SANA

THERMOTOPOGRAPHIE DE VESSIE SAINE

Fig. 1 Thermotopographie de Vessie Saine

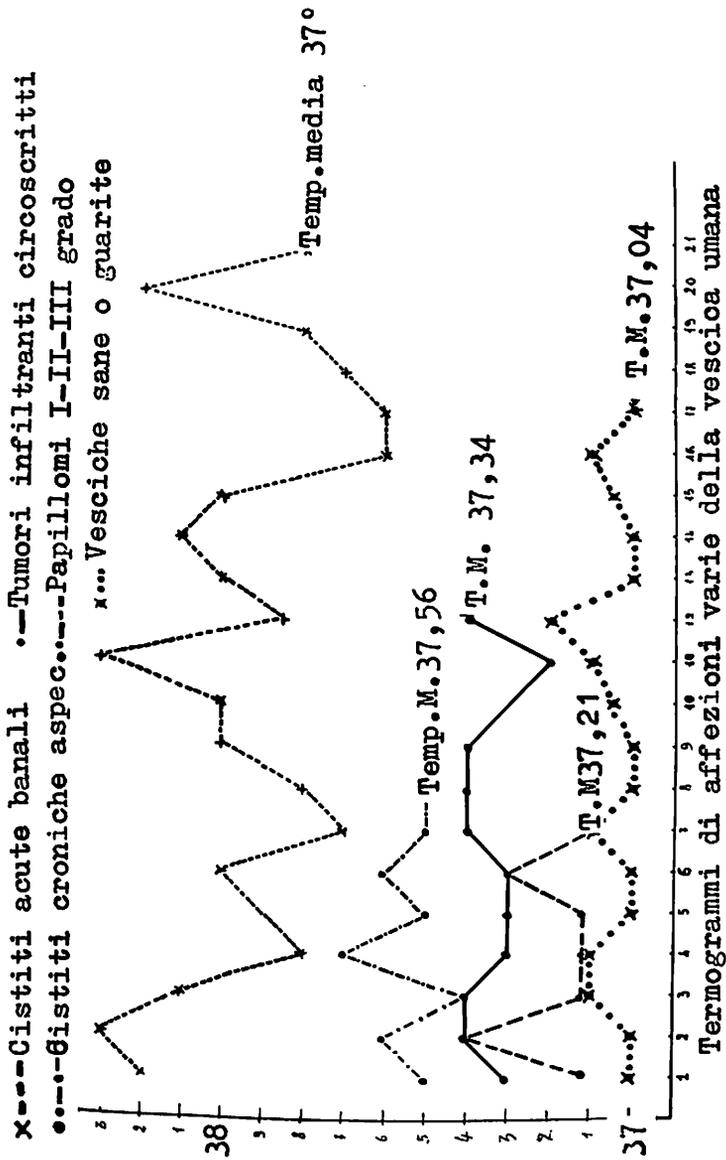


Fig. 2 Thermogrammes de différentes affections vesicales.

Voici quelques notes techniques: on fait tous les reliefs le matin sur les malades, à jeun, non fébriles — la fièvre altère les données du relief microthermométrique endocavitaire, — sur les femmes ménopausées, du moins pendant la première phase du cycle menstruel. L'examen est pratiqué sous contrôle cystoscopique, la vessie toujours distendue par l'urine même, non trouble, du malade.

C'est en employant cette précaution qu'on évite l'interférence du liquide d'irrigation, dont la température altère la situation thermique locale.

On a dû limiter à peu de cas les études sur les affections pyélocalicielles et urétérales parce qu'il est difficile actuellement de réaliser des sondes thermométriques flexibles ayant les mêmes caractéristiques électriques.

En analysant des données rapportées dans les figures 1 et 2 on remarque:

a) la vessie saine a une température qui varie dans les différents quadrants: elle est très élevée dans la région trigonale et basse dans la dôme vésical: c'est-à-dire qu'elle décroît de la profondeur vers la zone la plus superficielle;

b) les lésions inflammatoires, soit aiguës soit chroniques, ont une température qui n'est pas uniforme et qui a un maximum sur les bords des dites zones;

c) les tumeurs infiltrantes circonscrites (métastases des tumeurs de l'utérus) qui ne son pas ulcérées ont une température plutôt uniforme;

d) les papillomes de I^{er}, II^{me}, III^{me} degré qui ne sont pas ulcérés ont une température plus élevée au niveau du pédicule et plus basse à la partie distale des branches.

EXPOSÉ DES CAS ET RÉSULTATS

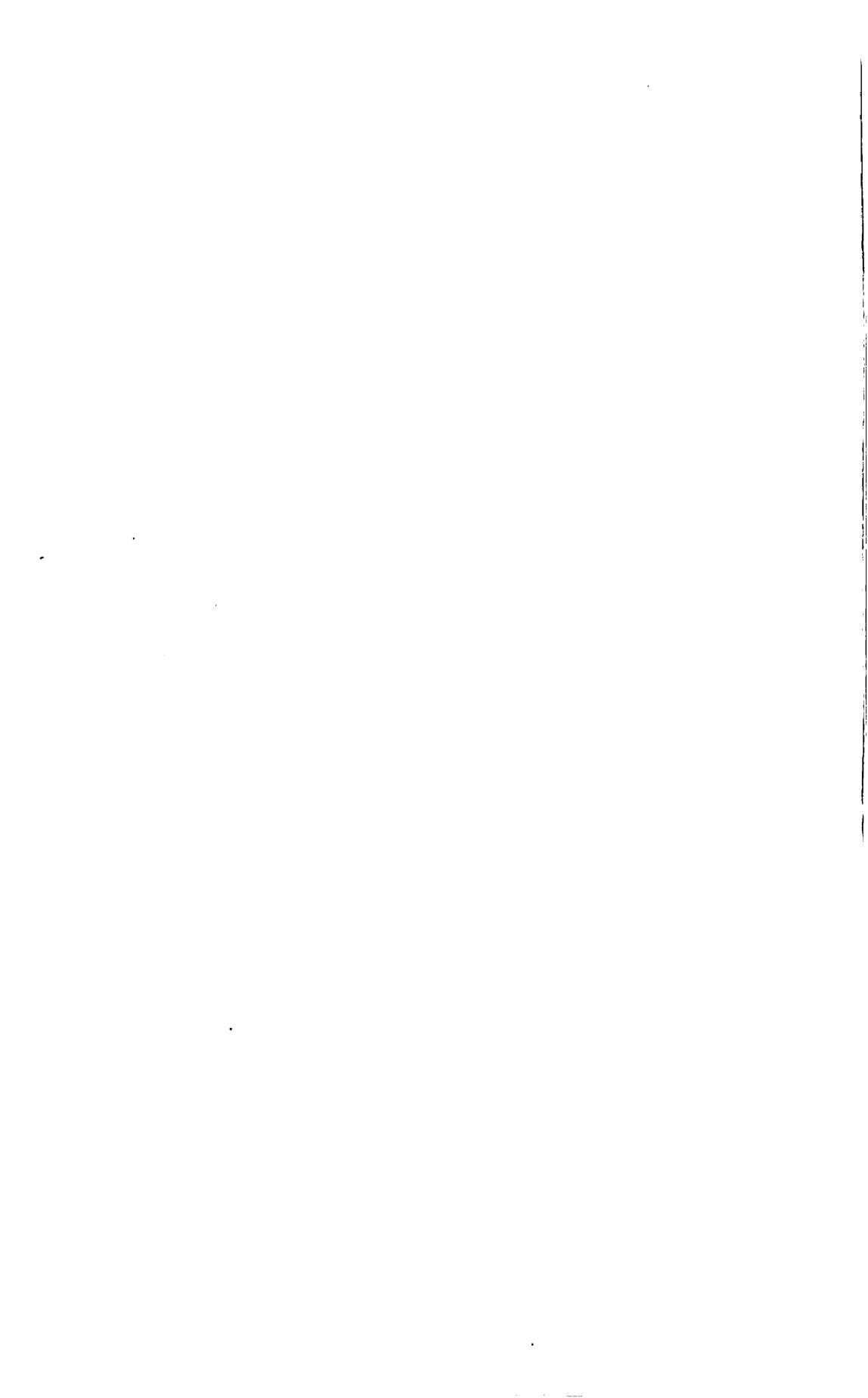
CYSTITES AIGÜES BANALES		Cas 21
Température centrale moyenne	= 37,8	
Température pariétale moyenne	= 37,84	
CYSTITES TUBERCULEUSES ÉVOLUTIVES		Cas 4
Température centrale moyenne	= 37,6	
Température pariétale moyenne	= 37,63	
CYSTITES CHRONIQUES NON SPÉCIFIQUES		Cas 8
Température centrale moyenne	= 37,5	
Température pariétale moyenne	= 37,56	
CYSTITES TUBERCULEUSES EN RÉGRESSION		Cas 5
Température centrale moyenne	= 37,3	
Température pariétale moyenne	= 37,45	
TUMEURS INFILTRANTES CIRCONSCRITES		Cas 12
Température centrale moyenne	= 37,3	
Température pariétale moyenne	= 37,34	

PAPILLOMES DE I II III DEGRÉ		Cas 7
Température centrale moyenne	= 37,1	
Température pariétale moyenne	= 37,21	
VESSIES SAINES OU GUÉRIES		Cas 17
Température centrale moyenne	= 37	
Température pariétale moyenne	= 37,04	
PYONÉPHROSES APYRÉTIQUES		Cas 4
1 = 37,8° / 2 = 37,9° / 3 = 37,9° / 4 = 37,6° /		
Température moyenne	= 37,8	
PYÉLITES BACILLAIRES		Cas 2
1 = 37,5° / 2 = 37,3 /		
Température moyenne	= 37,4	
		<hr/> Total: Cas 80

D'après ce que nous avons exposé brièvement, on comprend que les données thermométriques, même si peu différenciées, sont assez constantes, par conséquent, significatives et très intéressantes.

Sans doute le nombre du cas limité ne nous permet pas de tirer des conclusions, toutefois, il est permis d'espérer que la microthermométrie endocavitaire soit un nouveau moyen de diagnostic méritant d'être expérimenté plus largement et éventuellement appliqué dans d'autres branches de la médecine.

Adresse de l'auteur: 19, Corso Italia, Bari, Italie.



LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES DIVERTICULES DE LA VESSIE

par H. J. REUTER (Stuttgart)

La formation des diverticules de la vessie a deux étiologies principales:

- a) les diverticules congénitaux qui sont rares,
- b) les diverticules acquis qui sont les plus fréquents.

Le traitement du diverticule congénital se confond d'ailleurs avec celui du diverticule acquis.

Le mécanisme physiopathologique relève essentiellement de la difficulté d'évacuer la vessie en totalité comme c'est le cas par exemple:

- dans l'hypertrophie prostatique,
- dans la maladie du col,
- dans le rétrécissement de l'urètre.

Il arrive par la suite que des complications apparaissent:

- lithiase du diverticule,
- tumeur du diverticule.

Les conséquences habituelles tardives sont:

- l'infection urinaire secondaire,
- la stase urétéro-calicielle (voire l'hydronéphrose).

Deux méthodes de traitement sont à notre disposition:

- a) l'accès par cystostomie suspubienne,
- b) par voie endoscopique.

Le choix de la méthode opératoire et de la voie d'accès est dominée par la physiologie du diverticule.

Il faut savoir que le diverticule se remplit pendant la miction, une partie seulement de l'urine est évacuée de la vessie à travers l'urètre. Comme la paroi diverticulaire ne possède aucune musculature, une vidange active n'est pas possible. Par contre, le col diverticulaire faisant partie intégrante de la paroi vésicale, est susceptible de se contracter: le spasme retient l'urine dans le diverticule et réalise un réservoir secondaire. C'est le résidu diverticulaire qui dicte le choix de la méthode opératoire.

1) La méthode chirurgicale sus-pubienne doit être préférée chaque fois que l'état du malade le permet et que le contenu diverticulaire dépasse 100 cm³. Son ablation se fait alors parallèlement à l'ablation classique de la prostate.

2) Lorsque l'état du malade est déficient on préfère la résection endoscopique de la prostate suivie dans le même temps d'une résection de la bouche diverticulaire. Si le résultat n'est pas complet d'emblée, une excision au cours d'une cystostomie ultérieure permet l'ablation du diverticule. L'intervention en deux temps est d'ailleurs mieux supportée, car moins traumatisante chez le sujet fatigué.

De toute façon la cystostomie secondaire reste obligatoire:

1) si une suppuration apparaît après la résection endoscopique.

2) si le résidu diverticulaire reste important.

3) enfin les diverticules d'un contenu inférieur à 50 cm³ sont toujours opérés par voie endoscopique: il en est de même pour les tumeurs bénignes et les lithiases diverticulaires. Comme la plupart des diverticules ne dépassent pas 50 cm³, il résulte que la diverticulotomie par voie haute est exceptionnelle.

Toutefois, en cas de recours à la voie haute, le choix de l'incision est dicté par le siège du diverticule. Ce siège est très souvent latéral, et l'incision vésicale est facile. L'orifice diverticulaire est repéré au doigt, et on peut en faire la résection extra-vésicale sans ouvrir le péritoine. La dissection est en général facile et la section du col diverticulaire ne présente aucune difficulté. La fermeture de la vessie se fait par suture longitudinale ou en bourse.

Au cas où la dissection s'avère laborieuse et afin de ne pas blesser le péritoine, on laisse le diverticule en place.

La mise en place d'un drain de gros calibre permet l'aspiration. Lavage et drainage amènent la guérison en quelques semaines.

Le traitement endoscopique du diverticule nécessite une large communication avec la vessie. Pour inhiber le mécanisme spastique orificiel pendant la miction, il y a deux moyens:

1) Incision par sonde électrique de la bouche diverticulaire — soit verticale pour les petits diverticules — soit radiale pour les volumineux.

En fait le nombre d'incisions dépend surtout des possibilités d'orientation technique de l'instrument qui ne peut pas toujours être conduit de même façon dans les différents plans.

2) La résection électrique est une méthode de choix pour les volumineux diverticules, et ceux développés au dépens de la paroi latérale. La bouche diverticulaire est réséquée de façon continue, si bien qu'en fin d'intervention l'orifice reste béant.

communiquant largement avec la vessie. Toute possibilité de spasme est écartée: c'est la condition formelle du succès opératoire.

Les complications sont exceptionnelles. Seules les diverticules de la paroi postérieure font redouter la perforation péritoniale. La perforation dans la loge vésicale, bien que redoutée, reste anodine si l'on prend la précaution de ne pas dépasser une pression de lavage supérieure à 30 cm d'eau. Elle commande l'arrêt de l'intervention, la mise en place d'une sonde à demeure pendant une semaine avant un ultime temps opératoire.

La présence de calculs intra-diverticulaires ne complique guère l'intervention: ils sont facilement extraits au lithotriteur ou à l'anse. Tombés dans la vessie, ils sont traités de façon classique.

L'existence d'une tumeur bénigne intra-diverticulaire nécessite une résection à l'intérieur même du diverticule: traitement identique pour les petites tumeurs malignes pédiculées. Les néoplasmes plus volumineux sont traités par voie haute.

Adresse de l'auteur: Humboldtstraße, 16, 7000 Stuttgart-S, Allemagne.

Laboratoires Midy

POLYSILON

Gel de silicone

- Protecteur de la paroi
gastrique et oesophagienne

NIRVANIL

Dragées de Valnoctamide

- Traitement spécifique de l'**ANXIETE**
- Pas d'effets secondaires

COTRANE

Sirop au diméthoxanate

- **Antitussif** particulièrement efficace
- Pas d'effets secondaires

46-50, avenue Jean Jaurès, Bruxelles 3 - Tél. (02) 15.89.35



L'INTÉRÊT DE LA TÉLÉVISION RADIOLOGIQUE DANS LA RÉALISATION DES DOCUMENTS RADIOLOGIQUES AU COURS DE L'URÉTÉROPYÉLOGRAPHIE RÉTROGRADE DIX ANNÉES DE TRAVAUX COMMUNS

par M. NOIX et M. JAUPITRE (Paris)

Les possibilités qu'a données la réalisation par l'un de nous dès 1955, d'un ensemble radiologique comportant un amplificateur de brillance tout en permettant les examens endoscopiques vésicaux et éventuellement la prise d'un film, nous ont permis, au cours d'une dizaine d'années de travail en commun de nous rendre compte de l'intérêt que pouvait présenter la surveillance télévisée de l'examen du malade pendant l'urétéro-pyélographie rétrograde et éventuellement la pyélographie.

Bien que nous ayons fait nos premiers essais de Télévision radiologique au début de 1955, c'est vers 1958 seulement que la sensibilité accrue des caméras vidicon a permis une application valable de cette technique aux examens urinaires. Elle est actuellement étendue à toute la radiologie et se trouve à l'origine de la télécommande.

Cette collaboration uro-radiologique a simplifié considérablement le travail de l'urologue qui peut, dès la mise en place de la sonde, suivre sur l'écran de télévision l'ascension du liquide opaque dans l'uretère. Elle permet alors de prendre, au cours de l'examen, les documents radiographiques aux moments les plus démonstratifs et, éventuellement le film radiocinématographique dont la projection ultérieure permettra de reproduire

les principales phases du transit de la physiologie motrice des parois des cavités pyélo-calicielles et de l'uretère.

Notre système d'application est très simple, une table radiologique munie à son extrémité libre d'une paire d'étriers pour la mise en place du patient en position de cathétérisme et d'exploration. Il est alors facile à l'urologue de réaliser sa manoeuvre endoscopique, d'explorer la vessie et de mettre en place la sonde à U.P.R. (de Chevassus).

L'amplificateur de brillance est placé sur une colonne mobile indépendante pouvant se déplacer sur toute la longueur de la table, il en est de même pour le tube X placé sous la table à la distance normale du malade.

Ces deux systèmes sont solidement jumelés de telle façon que l'amplificateur puisse effectuer les mêmes déplacements que le tube après un réglage précis des axes de ces deux appareils: le rayon normal du tube X doit coïncider avec l'axe de l'amplificateur afin que, lors de sa fermeture, le diaphragme dessine sur l'écran de l'amplificateur un carré parfaitement centré. Il devient possible, par ce déplacement facile de l'ensemble, d'effectuer les repérages les plus précis possibles de la lésion et, ce qui est très important, grâce à la finesse du faisceau X, de supprimer à peu près complètement le rayonnement secondaire cause habituelle des mauvaises images de l'amplificateur qui amplifie considérablement le voilage partiel des ombres d'organes.

Au début de nos essais, nous ne disposions que d'une caméra à visée réflexe et c'est dans cette visée que nous pouvions surveiller la progression du liquide opaque. L'urologue ne pouvait donc pas profiter des avantages de l'amplificateur, si ce n'est la projection ultérieure du film pris dans ces conditions. Il n'en fut plus de même dès 1958, l'adjonction d'une caméra vidicon à sensibilité suffisante nous permit la surveillance télévisée de l'examen.

Ce montage fut complété par la mise en place d'un petit sélecteur en avant de l'écran primaire de l'amplificateur permettant le passage rapide des cassettes au cours de l'examen. La mobilité de l'ensemble, dans le sens vertical, permet de rapprocher la cassette de la peau du patient et de prendre des clichés d'une excellente définition comme nous vous le montrerons.

Avec ces montages précis et la réduction maxima du champ d'observation sur la lésion, il est possible d'éviter la grille anti-diffusante et de diminuer de plus de 50% les constantes radiologiques et l'irradiation du patient.

Les mains des opérateurs, radiologue et urologue, sont constamment en dehors du champ d'irradiation et du faisceau X

ce qui simplifie ou évite les moyens de protection indispensables avec les grands champs.

Notre examen peut porter:

– Soit sur le rein pour l'étude de la motricité rénale et de ses anomalies dans le cadre de la lithiase, des et de certaines inflammations chroniques qui se traduisent par une hypotonie et même une atonie.

– Soit sur l'uretère dont on suivra le trajet en totalité et dont on étudiera le péristalisme évacuateur. Les sténoses ne pourront passer inaperçues ni au cours du remplissage ni au cours de l'évacuation et des clichés peuvent être pris dans ces deux temps.

L'urologue sera un guide avisé du radiologue pour désigner les documents à prendre. Il ne courra aucun risque de surpression au niveau des cavités rénales.

Notre système permet de prendre deux clichés consécutifs à cadence rapide sur une 18×24, l'automatisme est possible. L'exiguïté du matériel ne gêne aucunement l'urologue dans une manoeuvre endoscopique ou même endo-chirurgicale comme l'extraction des calculs de l'uretère pelvien. Nous l'avons expérimenté avec succès dans le service du Docteur Dufour il y a quelques années.

La mobilisation manuelle du bloc tube-amplificateur est nettement plus rapide que par la télécommande et permet de suivre complètement le transit urétéral d'une rame urinaire.

La réalisation du film radiologique est possible par la substitution rapide de la caméra cinématographique à la caméra de télévision, mais il est aussi possible d'avoir la transmission simultanée en utilisant un miroir semi-réfléchissant dont l'inconvénient est une absorption assez importante de la lumière destinée à l'émulsion cinématographique.

Une caméra est actuellement en construction pour pallier cet inconvénient, elle permettra la reprise télévisée directe de l'image sur le miroir de la visée réflexe assurant ainsi la totalité des photons lumineux sur la pellicule et la continuité de la surveillance télévisée pendant la prise de vue.

Ce montage n'exclut pas la possibilité de brancher sur la télévision un magnétoscope dont on connaît les grands avantages, mais le film pris directement sur l'amplificateur reste le document inégalable de la motricité viscérale.

Nous allons vous montrer les diapositives de quelques clichés pris sur le rein et sur l'uretère nous les ferons suivre de la projection d'un film radiocinématographique rappelant quelques-uns des examens que nous avons faits ensemble depuis une dizaine d'années.

La Radiologie Télévisée, telle que nous l'appliquons à nos malades semble être actuellement le procédé idéal dans la

pratique de l'urétéro-pyélographie rétrograde et de la pyélographie.

RÉSUMÉ

L'urétéro-pyélographie rétrograde, complément indispensable de l'urographie dans l'exploration radiologique de l'appareil urinaire supérieur, se faisait dans l'obscurité; de la salle de radiologie; la prise des documents était, de ce fait, difficile à diriger.

Actuellement, grâce à la Télévision radiologique combinée à la prise des clichés et à la Radiocinématographie, l'examen a gagné une précision inestimable et se fait en salle éclairée.

Les documents obtenus par cette technique sont beaucoup plus démonstratifs. L'urologue peut facilement diriger la montée du liquide opaque jusqu'au rein et n'occasionner à aucun moment de surpression.

La dose de Rayon X reçue par le malade est minimum.

Les dossiers et films qui vous seront projetés concernent des tumeurs rénales, des anomalies urétérales dont une tumeur et des rectifications de diagnostic.

Adresse des auteurs: D^r M. Noix, 13, rue Cassette, Paris XVI^e, France.

roda

- la seule margarine de maïs -
est bien meilleure
pour la santé de tous



Au verso : quelques données d'actualité concernant
les acides gras poly-insaturés dans l'alimentation.

...Et quelles graisses me conseillez-vous, docteur ?

Sans doute cette question vous est-elle posée à maintes reprises par vos patients et même par vos amis, soucieux de leur santé. Vous avez certainement attiré l'attention de ces amis ou patients sur le fait que l'alimentation à elle seule ne saurait résoudre tous les problèmes, que le corps humain a besoin d'un minimum d'exercice physique et supporte mal une tension nerveuse continuelle et prolongée. Vous avez ainsi posé le problème dans son vrai cadre.

Mais, il vous a fallu néanmoins répondre aussi à la question directe.

Vous n'ignorez pas que l'athérosclérose est fréquente chez les individus sujets à hypercholestérolémie et qu'il est possible de modifier le taux du cholestérol sanguin par un régime alimentaire approprié. Vous savez aussi que les matières grasses jouent un rôle important dans le taux du cholestérol sanguin, et plus spécialement, que les acides gras saturés augmentent considérablement ce taux, alors que les acides gras poly-insaturés tendent à le diminuer.

Utiliser des matières grasses - ayant un rapport poly-insaturés/saturés favorable - est-ce une complication pour nos habitudes culinaires ?

Pour les salades, pour les plats froids, mayonnaises, il n'y avait pas de problème puisque vous pouviez conseiller l'emploi de l'huile de maïs ou de soya. Mais pour la tartine et tous les autres usages culinaires, c'est la margarine de maïs Roda qui a apporté la solution. Roda offre en effet un rapport poly-insaturés/saturés 4 à 5 fois plus favorable que les margarines végétales traditionnelles. Les analyses de Roda donnent en effet les résultats ci-après :

acides gras saturés 16 %
acides gras insaturés 84 %

dont 56 % mono-insaturés
28 % poly-insaturés

Cela nous donne un rapport de : $\frac{\text{acides gras poly-insaturés}}{\text{acides gras saturés}} = \frac{1,7 \text{ à } 1,8}{1}$

En plus, Roda est un produit qui s'intègre aisément dans les habitudes culinaires. Sur le pain, son goût est délicieux... et il n'y a rien à changer dans la manière de cuisiner. En fait, docteur, il vous est maintenant moins difficile de répondre à la question qui vous est posée fréquemment, depuis que Roda vous permet de conseiller une matière grasse de haute qualité ayant un rapport acides gras poly-insaturés/saturés particulièrement favorable.



LA PHOTOGRAPHIE ENDOSCOPIQUE EN COULEURS

Table ronde présidée par
J. M. DUBOIS DE MONTREYNAUD
avec la participation de
M. JAUPITRE, S. SEGAL, P. LANGLOIS, M. MINTZ et M^{me} REY

Le débat a porté essentiellement sur les questions suivantes:

I – SOURCE LUMINEUSE

A la question posée par le D^r Mintz:

– Différence qualitative de la lumière d'une source chaude (appareil de Foures, coeliophot de Langlois), ou d'une source froide dont la lumière est transmise par le Quartz (appareil de Vulmière) ou par fibre de verre (appareil de Storz et Wolf). C'est en somme le problème du choix de l'appareil endoscopique.

Une réponse écrite de M^r Vulmière à cette question délicate est lue et abondamment commentée et discutée.

II – PRISE DE VUE

Importance de la nature et de la qualité de l'objectif. Intérêt de l'objectif type Clairaut. Déclencheur fixe ou souple?

III – ÉMULSION DES FILMS

Quand disposerons-nous de films encore plus sensibles et plus rapides?

IV – AGRANDISSEMENT (technique du D^r Langlois)

Appréciation de la qualité des agrandissements du D^r Langlois (agrandisseur).



LES LIVRES



LES LIVRES

HANDBUCH DER PHYSIKALISCHEN THERAPIE, in vier Bänden. Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. Julius Grober, Bad Bodendorf und Prof. Dr. Friedrich-Ernst Stieve, München.

Band I: Bedeutung der Physikalischen Medizin-Physiologische Grundlagen - Elektrotherapie - Lichttherapie. 1966. XIV, 480 Seiten, 229 Abbildungen, Ganzleinen DM 128,- (Subskriptionspreis bei Abnahme des Gesamtwerkes DM 110,-).

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Le Gustav Fischer Verlag nous donne ce premier volume d'un ouvrage qui doit en comporter quatre. A en juger d'après cette première livraison, il s'agira d'une véritable «somme» couvrant tout le domaine de la physiothérapie.

L'entrée en matière est fournie par deux chapitres traitant de bases fondamentales extrêmement importantes (*H. Weidinger*: Grundlagen der Physiologie des Blutkreislaufs, pp. 22 à 89; *W. Baust*: Neurophysiologische Grundlagen, pp. 90 à 121), rappelant ainsi la nécessité, avant de se tourner vers les applications pratiques, de connaître les prémisses circulatoires et neuromusculaires telles que les enseignent la physiologie et la physique médicale modernes.

Le chapitre *Elektrotherapie* (*S. Koeppen*, pp. 130 à 314) décrit l'utilisation des différentes formes de courant, notamment les ondes courtes, les ultrasons etc. Il englobe - nouveauté dans ce genre d'exposé - l'entraînement électrosystolique du coeur, le choc électrique, la défibrillation, rassemblés dans la notion d'«électrothérapie cardiaque».

H. Tronnier et *W. Schneider* (*Licht-Therapie*, pp. 315 à 454) passent en revue les applications thérapeutiques du rayonnement lumineux, d'origine solaire ou artificielle, dûment préparées par des considérations théoriques et physiopathologiques indispensables.

Du point de vue des bases théoriques et de la description des méthodes, ce livre se présente comme un texte complet à souhait. Du point de vue des indications, la volonté de tout rassembler se manifeste, ici et là, aux dépens d'un esprit plus rigoureusement sélectif. Par exemple, les indications telles que le traitement des dysthyroïdies par les ondes courtes, avec référence à des travaux français datant du début des années trente, sont peu convaincantes, de même que certaines autres applications en médecine interne (ulcère gastrique, grippe etc.) Leur inclusion, dans le texte dont la «Gründlichkeit» est parfois un peu trop poussée, n'est cependant pas sans intérêt, dans l'optique d'un travail qui se veut exhaustif et qui constitue une véritable mine de renseignements.

L'esprit critique avec lequel il faut approcher la physiothérapie, comme toute autre discipline d'ailleurs et surtout tout autre domaine thérapeutique, est suffisamment encouragé tout au long de ce livre. Il l'est très explicitement, par exemple, en dermatologie, où les auteurs distinguent les indications des rayons ultraviolets en indications certaines (*gesicherte Indikationen*) et en indications incertaines (*unsichere Indikationen*).

Toute la conception de la physiothérapie est d'ailleurs placée sous le signe de cette évaluation critique, dès le début dans l'introduction écrite avec une incontestable autorité par le *Professeur J. Grober*. Beaucoup de pratiques ont leurs racines empiriques dans la nuit des temps, d'autres, de naissance plus récente, reposent encore sur des observations insuffisamment étayées. La physiothérapie, pour conquérir définitivement la place qui lui revient dans l'arsenal moderne, se doit de soumettre ses résultats à la méthode scientifique, sans en escamoter aucune exigence.

La familiarité avec la langue allemande permettra aux médecins luxembourgeois, de formation surtout française et anglo-saxonne, de mettre à profit la lecture de ce texte qui, à notre connaissance, n'a pas son équivalent dans d'autres littératures. Il ne pouvait émaner que de l'école allemande, dont l'intérêt et la foi dans les méthodes physiothérapeutiques garantissent une étude complète.

Pour placer ce premier volume dans le cadre de l'ouvrage entier, signalons que les trois autres volumes à paraître traiteront de sujets aussi actuels que le massage, la kinésithérapie, l'hydrothérapie, la balnéothérapie, les isotopes radioactifs, la radiothérapie, la physiothérapie dans les différentes spécialités médicales etc.

R. Schaus

* * *

SCHNELLTESTS FÜR DEN PRAKTISCHEN ARZT UND DAS KLINISCHE LABORATORIUM, von *Dr. rer. nat. Dipl.-Chem. Dolphe Kutter*, Luxemburg. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Melanie Rink †. Zweite, erweiterte Auflage. Mit 10 Abbildungen. XI und 160 Seiten. Taschenbuchformat. 1967. Kartoniert DM 16. - .

Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien.

La parution, un an après la première, d'une deuxième édition de cet excellent opuscule, prouve tant le succès qu'il a rencontré auprès du public médical que la diligence de son auteur. Il n'y a rien d'essentiel à ajouter à tout le bien que nous disions ici-même de la première édition (Bull. Soc. Sci. méd. Luxemb., 104, 99, 1967).

Comme il sied dans un domaine forcément en évolution rapide, des données nouvelles ont été introduites dans le texte concernant plusieurs points particuliers (protéinurie, nitrites, cystine, glycémie, hémoglobine, cholinestérase sérique, SGOT, G-6-PDH, tests de grossesse, détermination de l'acidité gastrique sans tubage, étude de la mucoviscidose etc.). Il en devient davantage encore un compagnon quotidien pour le praticien soucieux de parcourir lui-même un nombre aussi grand que possible d'étapes menant au diagnostic final. La modification du titre du livre souligne cet appel au médecin praticien. La table des matières et le papier de meilleure qualité en augmentent encore l'attrait.

R. Schaus

* * *

DYSOSTOSEN, GENERALISIERTE UND LOKALISIERTE KNOCHENENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN. Verhandlungen der 9. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung im Oktober 1965 zu Freiburg/Breisgau.

Herausgegeben von *Prof. Dr. Hans-Rudolf Wiedemann*, Kiel.

1966, VIII, 132 Seiten, 98 Abbildungen, kartoniert DM 45. - .

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

La présence aux congrès médicaux et aux réunions scientifiques se heurte souvent à des problèmes pratiques. Voilà pourquoi l'utilité est grande d'un tel volume qui met dans le commerce le texte des communications, édité avec beaucoup de soins et une iconographie de qualité (photographies, radiographies etc.). Cette réunion à Fribourg e. Br. était destinée à traiter des

«dysostoses». Les auteurs s'attaquèrent à des maladies, dystrophies et anomalies congénitales du squelette, tant étendues que localisées.

Ils ont réussi à éclairer d'un jour vif plusieurs aspects d'un chapitre jusqu'ici assez négligé de la pathologie humaine, qui cependant suscite ces dernières années une attention croissante.

Le généraliste n'y consacra que le temps de compléter, en le survolant, sa culture médicale générale. Sur le sol fertile de la pédiatrie et de l'orthopédie, les données rassemblées dans cette monographie sont normalement appelées à germer et à fructifier – pour peu que les spécialistes en question aient préservé en eux la vertu de curiosité et la volonté de pénétrer au coeur de la biologie humaine. Ce qui est évidemment toujours le cas, espérons-le du moins...
Y. Bolle

* * *

ALT WERDEN – GESUND BLEIBEN, von Dr. med. Kurt Trumpp, Berlin, 1966. VI. VI, 65 Seiten, 19 Abbildungen, Format 13,7×21 cm, kartoniert DM 6,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Cet opuscule, venant après bien d'autres essais du même genre, a pour lui le mérite de la concision. Instrument de médecine préventive, il ne s'adresse pas au médecin, mais en termes très simples, au public qui désire «vieillir en beauté», dans la mesure du possible.

Les conseils qu'il prodigue n'ont rien d'original, mais répètent des vérités qu'on ne propagera jamais trop: conseils d'hygiène générale, avec un chapitre de gymnastique et des considérations plus détaillées sur la diététique de l'âge avancé.
R. Schaus

* * *

PENETRATING WOUNDS OF THE CHEST AND THE ABDOMEN, par Félicien M. Steichen, in: Current Problems in Surgery, August 1967, Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 73 pages.

Selon la formule consacrée, on pourrait se dispenser de présenter l'auteur à Luxembourg. Ses titres américains méritent cependant d'être bien connus ici, tels que l'éditeur les rappelle en tête du texte: «F. Steichen is Assistant Professor of Surgery at the Albert Einstein College of Medicine and Visiting Surgeon at its affiliate, Lincoln Hospital, where he is Director of the Emergency Department.»

Cette monographie se base sur 576 cas de plaies pénétrantes du thorax et de l'abdomen, et fait donc pâlir, par sa valeur statistique, bien des séries antérieures. En trois ans et demi ces cas ont été traités aux urgences d'un service «situé sur un des plus sanglants champs de bataille civils du nord-est des États-Unis. Les résultats sont le fruit du travail d'une équipe à laquelle son chef a su inspirer une unité dans les conceptions et les conduites à tenir.

Selon une autre formule établie, de plus qualifiés apprécieront mieux la portée de cet opuscule. Sa qualité exceptionnelle ressort cependant du simple fait de son inclusion dans une prestigieuse série de monographies mondialement diffusées, par un éditeur auquel Dieu sait que ne manquent ni l'esprit critique ni le choix. Ce dernier est justifié, dans la présentation, par les précisions suivantes sur l'auteur: «... Il continue à cultiver des intérêts fort variés, dont la chirurgie pédiatrique, la chirurgie thoracique et la chirurgie de la tête et du cou. Il est surtout connu, cependant, pour ses contributions au traitement des traumatismes.»

Ces lésions pourront donc être dorénavant encore mieux soignées, grâce à l'expérience privilégiée et exemplaire de notre éminent compatriote le Dr Félicien M. Steichen.
R. Schaus





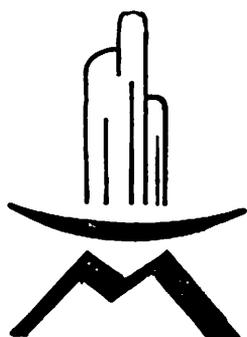
Veno-Reparil[®]



amorphisiertes Reinaescin
mit kapillarfestigenden Bioflavonoiden bei
Entzündungen und Stauungen im Venengebiet.
Muster und Literatur auf Anforderung

Mondorf-les-Bains

Grand-Duché de Luxembourg



La Station Hépatique
du BENELUX

Saison : 1er février au 15 décembre

La cure du foie et de l'intestin paresseux

Il n'est jamais trop tôt, il est rarement trop tard pour conseiller à vos malades chroniques cette cure aux résultats heureux et réguliers.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à l'Etablissement thermal de Mondorf-Etat, à Mondorf-les-Bains.

