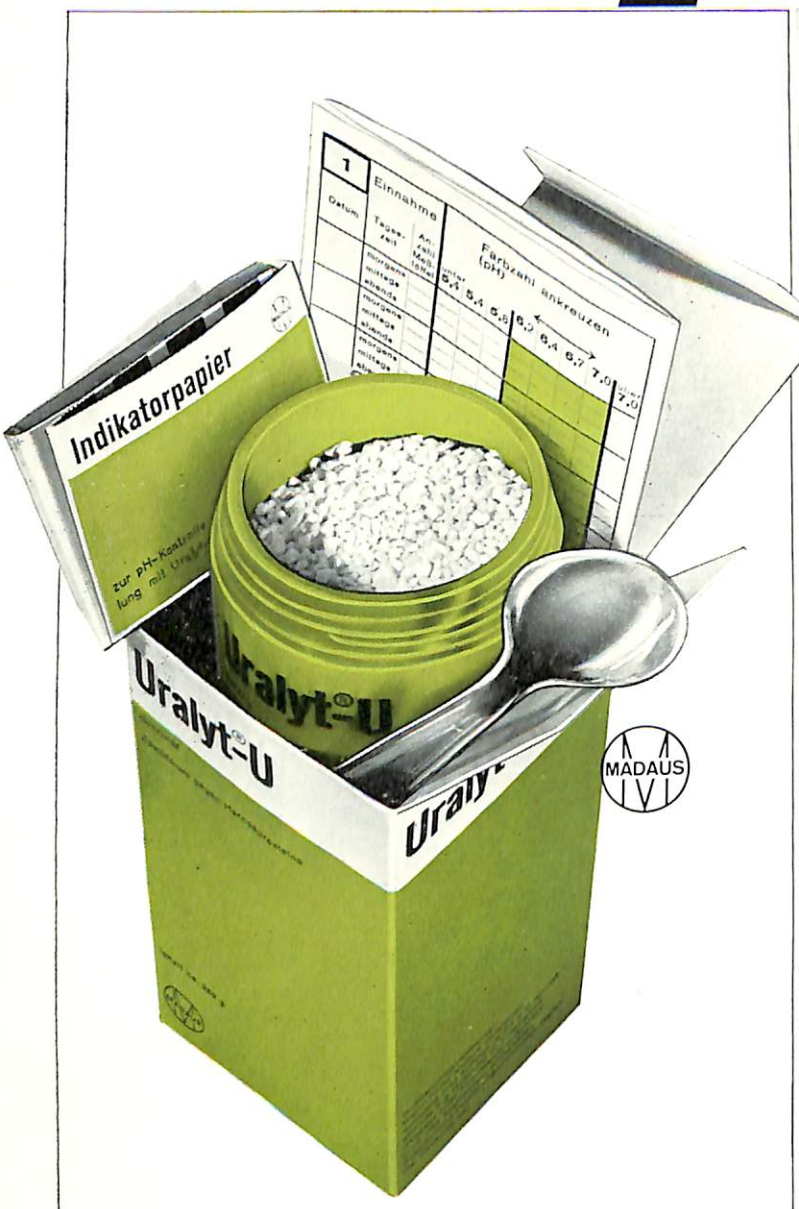
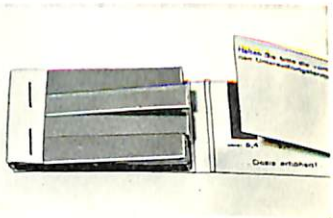
Bulletin

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

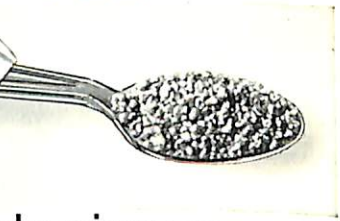
2 1971 Octobre 108me année

Uralyt®-U

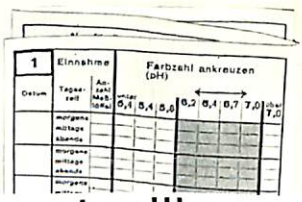




messen –



dosieren –



kontrollieren.

Zusammensetzung:
100 g enthalten Hexakaliumhexa-natriumpentacitrat-Hydrat-Komplex 99,8 g
1 Meßlöffel
(=ca. 2,5 g Granulat) entspricht
11 mval Kalium
11 mval Natrium
27 mval Citrat.

Dosierung:
Individuell nach Wirkung dosieren (mittlere Tagesdosis 10 g Granulat).

Handelsformen:
O.P. 280 g Granulat
Anstaltspackungen.

Zur Beachtung:
Bei Digitalisierung Kaliumgehalt, bei natriumarmer Kostform Natriumanteil beachten!

Alles zur Auflösung von Harnsäuresteinen

INTEGRAL S. A., Luxembourg, 25, rue d'Epernay

Bulletin

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

Fondé en 1864

2 1971 Octobre 108me année

IMPRIMERIE BOURG-BOURGER

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

Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales

Président: Dr. R. Schaus
Secrétaire Gén.: Dr. J. Neuen
Membres: Dr. R. Koppes
Dr. E. Loos
Dr. J.-Cl. Schaack
Dr. P. Heisbourg
Dr. L. Schiltz
Dr. A. Kremer
M. A. Nimax

Bulletin de la Société des Sciences Médicales

Administration et Publicité

Secrétaire Gén.: Dr. J. Neuen
3, rue Conrad Ier, Luxembourg

Rédaction

Rédacteur en chef:
Dr. J.-Cl. Schaack
25, Côte d'Eich, Luxembourg

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 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 1971 by *Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.*

SOMMAIRE

Editorial 161

Hommage au Dr Koltz 162

Le traitement de l'otite chronique 165
E. FABER

Premier bilan de trois années d'activité du Centre Orthoptique et Pléoptique (C.O.P.E.) du Ministère de la Santé Publique à Esch-sur-Alzette 179
A. STEIN

Les moyens extra-hospitaliers de l'éducation continue 189
R. SCHAUS

De la chirurgie infantile 199
A. LAMESCH

Ein Fall von Peritonitis durch Perforation eines Meckelschen Divertikels, kombiniert mit Volvolus, bei Malrotation bei einem 5 Tage alten Neugeborenen 211
A. LAMESCH

A propos du chargement différé 219
C. KIOES

CAUSES ET PRÉVENTION DU SUICIDE

Introduction 227

Die Neuorientierung der Selbstmordforschung 229
E. STENGEL

Der suizidgefährdete Patient 239
E. RINGEL

La prévention pratique du suicide 249
J.-P. SOUBRIER

SOCIETE BENELUXIENNE DE PHLEBOLOGIE CONGRES DU 2 MAI 1970 A LUXEMBOURG

2ième partie

Les troubles artériels aigus (T.A.A.) 261
L. C. BRANDS

Les embolies artérielles et les embolies pulmonaires 269
M. GOLDSTEIN, J. BELENGER, J. P. FLAMAND et J. VAN DER STRICH

L'embolectomie artérielle: une attaque combinée en 100 embolectomies consécutives 273
J. M. GREEP — P. J. ALEMAN

L'ulcère de jambe au XVIIIième siècle 283
H. R. VAN DER MOLEN et J. C. SCHULTZ

Soins post-guérison de l'ulcère jambier: un cours de Phlébologie pour les bandagistes 289
J. LUKKES

* * *

Articles d'auteurs luxembourgeois parus à l'étranger 293

Les livres et les revues 297

Freinage contrôlé...

par Inderal 40 ICI dans la névrose cardiaque

Présentation : Flacons de 50 comprimés de 40 mg.

Pharma-Union S.A. - Destelbergen ICI Pharmaceuticals Division

Disménol

en alliant l'action spasmolytique puissante de l'acide p-sulfaminobenzoïque à l'action analgésique de la diméthylaminophénazone, constitue le médicament de choix dans le traitement symptomatique de la dysménorrhée.

AGPHARM AG. LUZERN PROPHAC S.A.R.L. Luxembourg

PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82

Institut hydro-climatique HELIAR

WEILERBACH

(ECHTERNACH)

Ouvert toute l'année - Agréé par les Caisses de Maladie.

Moyens de diagnostic - Hébergement et traitement réunis dans la même maison

Grand confort, chambres à 1 lit ou à 2 lits
Beau parc de 24 ha.

★ Coeur et circulation ★ Nutrition et métabolisme
★ Dystonie neuro-végétative.

- Hydrothérapie sous toutes ses formes
- Massages: partiel et général, à sec, sous l'eau
- Electrothérapie, Fango - Cure climatique
- Cuisine diététique
- Direction médicale: médecin spécialiste en maladies internes

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction de l'Institut par écrit ou par téléphone 723 14 ou 724 44

pentrexyl

(ampicilline)

Bactéricide à large spectre et à diffusion tissulaire maximale.

Présentations

Flacon de 16 gélules dosées à 250 mg

Flacon de 16 gélules dosées à 500 mg

Sirop 80 ml à 125 mg/5 ml

Sirop H. D. 80 ml à 250 mg/5 ml

Fioles à 250 mg, 500 mg et 1 g pour usage parentéral.

3 fioles à 500 mg et 1 g pour usage parentéral

PRODUCT OF BRISTOL LABORATORIES
Division of Bristol-Myers Company, Syracuse, N. Y.

BRISTOL

Distributeur
Laboratoires BRISTOL BENELUX S.A.
Avenue Brugmann, 27 • 1060 Bruxelles
tél. : (02) 37.75.56

NOMENCLATURE DES LABORATOIRES ET FIRMES

ayant annoncé dans le présent numéro

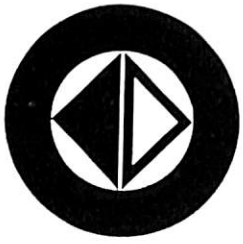
Abbott
Asta Werke
Baudrihaye
Benelupharm
Bournonville
Laboratoires Bristol Benelux
Ciba
Chemielux
Christiaens S. A.
Coles
Continental Pharma
Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Aron, Auclair, Iatreia, Mack, Sobio
Cosima
Destree
Herman-Labor
Houdé
I. C. I.
Integral S. A., Luxembourg
Madaus, Blend-a-med, Zwintscher
Janssen Pfarmaceutica
Kass et Fils, Luxembourg
Monda
Labaz
Librapharm
Laboratoire Midy
Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains
Organon Belge S. A.
Pfizer
Pharma Union
Philips
Promedy
Prophac, Luxembourg
Agpharm, Boehringer, Rentschler, Hausmann
Roussel Labunis
Sandoz
Salvia Werk
Schaper & Brummer
Laboratoires S. M. B.
Société Belge de Thérapeutique Expérimentale
Specia
Squibb
Substancia
Unilever
Union Chimique Belge
Vandermoortele S. A.
Laboratoires Marcel Viselé
Produits Wander S. A.
Laboratoires Wolfs
Zyma Galen

Phlébothérapie sur base scientifique

Glyvenol®

phlébodynamique polyvalent

Capsules à 400 mg



combat la stase
préserve de l'inflammation

lors de troubles de la circulation veineuse
lors de syndrome variqueux et de ses complications

CIBA

EDITORIAL

Depuis 1959, notre ami Raymond SCHAUS a occupé les fonctions de rédacteur en chef du «BULLETiN». Pendant 12 ans, il a soumis cette revue à un traitement interne énergique, il l'a fortifiée, embellie, en a même modifié le caractère. Bref, il l'a rajeunie à un tel point que c'est maintenant à un pédiatre qu'il incombe de faire grandir et prospérer ce néo-bulletin. Et déjà les difficultés commencent. Le terme calculé a été dépassé et ce numéro II 1971 présente déjà de graves symptômes de post-maturité. C'est à ce moment que le nouveau rédacteur est heureux de pouvoir profiter des conseils et de l'aide de ses aînés et qu'il attend l'indulgence de ses lecteurs.

Nous comptons surtout sur la collaboration du corps médical. D'abord sur celle des confrères déjà installés. Nous savons qu'il est difficile de trouver le temps pour écrire un article, mais une mise au point sur un sujet d'actualité à l'occasion d'un cas intéressant ayant nécessité un peu de bibliographie ne doit pas être impossible. Un tel article même de quelques pages intéresse de nombreux confrères et favorise une collaboration réciproque.

Il serait également souhaitable que les conférences organisées par la Société des Sciences Médicales soient résumées chaque fois par un confrère de la même spécialité que l'orateur, de manière a faire bénéficier les absents d'un enseignement post-universitaire si indispensable de nos jours.

Pourquoi ne pas introduire une rubrique: «Nous avons lu pour vous» où en quelques lignes un de nous insisterait sur les publications marquantes parues durant les 6 derniers mois dans la presse médicale.

Nous attendons également la collaboration des jeunes confrères, principalement de ceux qui terminent une spécialité. Nombreux sont ceux qui par leur fonction sont amenés à faire un travail scientifique ou bibliographique; voire même à rédiger un mémoire ou une thèse. Vous qui avez encore le temps, qui baignez dans cette admirable ambiance que sont les services universitaires, qui trouvez à portée de main toute la bibliographie voulue et qui profitez journellement des conseils de vos maîtres, faites-nous en bénéficier. La rédaction est même prête à aider matériellement les jeunes stagiaires qui se donneront la peine de publier des articles originaux.

Nous demandons votre collaboration à tous les niveaux. Nous attendons des aînés l'expérience, les conseils, les idées. Des jeunes, le dynamisme et les dernières acquisitions concernant les connaissances médicales.

Le Bulletin n'est que le reflet de l'activité scientifique de tout notre corps médical, donc de chacun de nous. Il sera ce que vous aurez voulu qu'il soit. Malgré toute la bonne volonté de son tuteur, le rédacteur en chef, et le dynamisme de ses parents, le comité de la Société des Sciences Médicales, le postmature d'aujourd'hui a besoin de grandir de se fortifier et de vivre; pour cela, il faut le nourrir et c'est sur vous tous qu'il compte.

Le Rédacteur

HOMMAGE AU DOCTEUR RENÉ KOLTZ

Directeur de la Santé Publique
† 25 juillet 1971

C'est avec une profonde émotion que nous avons appris la disparition brutale de cet éminent confrère qui était pour un grand nombre d'entre nous avant tout un ami. Sa vie comme son oeuvre ont été retracées par ses proches collaborateurs, et par ses amis de toujours. Il nous ont fait découvrir ce grand médecin sous un jour que nous ignorions ce qui fait d'autant plus ressortir le vide que sa disparition crée dans le corps médical du Luxembourg.

Qu'il soit permis ici à un jeune confrère d'illustrer ce personnage marquant et de dire ce que le docteur René KOLTZ représentait pour la jeune équipe médicale de notre pays. Dès le premier contact, sa jovialité, sa simplicité, son abord direct faisaient fondre la différence d'âge qui met si souvent le jeune mal à l'aise, en face de l'aîné. On se sentait en confiance et en présence d'un interlocuteur qui ne demandait qu'à comprendre nos problèmes et à nous aider. Grâce à la vivacité de son esprit, à sa pratique et son expérience, nous avons été nombreux à bénéficier de ses conseils lors de notre installation. Sa prestance et son optimisme ont plus d'une fois regonflé le moral d'un de nous en prise avec les réalités complexes du rodage du praticien. Lorsque dans un grand élan d'idéalisme, nous voulions réformer sinon révolutionner tout ce qui nous semblait archaïque dans la médecine luxembourgeoise, c'est encore à sa porte que nous allions frapper. Loin de nous entendre dire que tout était parfait, et qu'après tout, la médecine au Luxembourg n'était pas si mauvaise que cela, nous nous trouvions en présence d'un homme au courant de toutes ces insuffisances. Il les reconnaissait franchement et après avoir patiemment écouté nos théories quelque peu exaltées, avec sa gentillesse habituelle, il nous faisait comprendre que l'idéalisme, cette qualité si particulière aux jeunes, ne peut porter ses fruits que s'il est constructif et bien dirigé.

Certains se seraient contenté de paroles, mais il ne nous est jamais arrivé de le quitter sans qu'il soit personnellement intervenu pour faire aboutir nos projets. C'est dans ces moments-là que nous découvrions avec admiration l'homme d'action. Un de ses soucis majeurs était la planification hospitalière et il savait quelle importance les jeunes médecins attachent à l'organisation des hôpitaux luxembourgeois. Il reconnaissait avec nous que l'hôpital est le pilier d'une médecine moderne de qualité et que la concurrence de centres comme Thionville et Trêves nous oblige à une reconversion rapide si nous ne voulons pas que notre infrastructure hospitalière paraisse vétuste et inadaptée au monde actuel.

Si ses qualités d'Homme et de Médecin en faisaient un exemple pour nous, c'est avec admiration que nous découvrions la finesse et le charme de cet homme du monde. Il avait toujours une éloquence chaleureuse et pleine d'humour pour accueillir nos hôtes étrangers; nous avons encore en mémoire l'allocution qu'il fit au banquet qu'il donnait au mois de mai à Mondorf à l'occasion des journées de l'UEMS. Un mois plus tard, et c'est là que nous l'avons vu pour la dernière fois, au symposium sur les toxicomanies il avait évoqué avec émotion et reconnaissance la libération de son pays qu'il aimait tant.

Si nos aînés ont perdu un ami, nous les jeunes en gardons l'image vivante d'un grand médecin, d'un homme d'action dont les qualités sont pour nous un exemple. Il nous a montré le chemin, celui de la droiture, du dynamisme, de la bonté, de la confraternité et surtout d'un optimisme contagieux et à toute épreuve. Et c'est ce chemin-là que nous essaierons de suivre.

J.-Cl. Sch.

DrRentschler

Vertebran®

Ampullen – Suppositorien – Dragees – Tropflösungen

Spezifikum zur Behandlung vertebragener Syndrome.
Ausgeprägte sympatholytische, parasympatholytische, spasmolytische, entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Eigenschaften.
Pathologisch gesteigerter Muskeltonus und Muskelspasmen – Hartspann – werden gelöst und die Voraussetzungen zur aktiven Bewegung gefördert.

Spezielle Indikationen:
Bandscheibenschäden und deren Folgeerscheinungen, insbesondere Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen mit zervikalem, thorakalem und lumbalem Syndrom; Brachialgien, Lumbalgien und Ischialgien.
Überzeugen Sie sich durch Ärztemuster!
Dr. Rentschler & Co., 7958 Laupheim

PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82

LE TRAITEMENT DE L'OTITE CHRONIQUE

(A propos de 97 cas opérés de 1966 à 1970)

E. FABER

Le traitement de l'otile reste un problème d'actualité, d'une part a cause du nombre toujours élevé des otites, et surtout à la suite des progrès énormes réalisés en cophochirurgie pendant ces 20 dernières années.

Malgré l'énorme apport dû aux antibiotiques, à la cortisone et autres médicaments récents, l'O.R.L. voit dans son cabinet toujours beaucoup d'oreilles qui coulent tant chez l'enfant que chez l'adulte, même si de nos jours les complications graves ont presque disparu. Ceci est dû d'un côté à la négligence des malades devant une oreille qui ne fait pas mal, et aussi aux conditions climatiques de nos régions.

Les tympanoplasties cherchent non seulement à assécher des oreilles atteintes d'infection chronique ou de cholestéatome, mais elles ont pour but aussi de conserver au malade ou de lui rendre une audition socialement valable.

Cette chirurgie a été rendue possible grâce aux inventions dans le domaine technique (microscopes opératoires, instruments fins etc.), aux recherches faites sur l'animal et surtout aussi aux progrès réalisés dans le domaine biochimique.

Les meilleures connaissances dans ce domaine facilitent largement l'utilisation des greffes: os, fascia, périoste, séreuse, périchondre... L'utilisation du tympan de cadavre (Marquet) a encore fait progresser ces interventions, encore que tous les cophochirurgiens ne puissent s'en procurer facilement.

On pourrait donc admettre qu'en chirurgie de l'oreille la plupart des difficultés soient résolues. Ce serait aller un peu vite et oublier certaines embûches a éliminer. La labyrinthisation de certaines otites est encore trop fréquente, ceci à cause de la négligence du malade ayant consulté trop tard, et puis des fois à la suite de médications toxiques pour l'appareil cochléo-vestibulaire: des surdités dues à la streptomycine, la kanamycine etc., si elles sont moins fréquentes de nos jours, ne sont pas complètement éliminées.

Les récidives de cholestéatome persistent ,malgré les progrès en histo-pathologie, malgré l'abandon de la peau en tant que matériau de greffe. On peut raisonnablement espérer que cette difficulté sera éliminée d'ici peu de temps.

Pour ce qui est des cas type Wullstein III et IV, des solutions s'ébauchent par de meilleures reconstitutions de la chaîne, soit par des solu-

tions de rechanges (spirale en fil de Gerlach par ex.), et on peut raisonnablement penser que beaucoup de recherches se feront dans ce sens.

INDICATIONS OPERATOIRES

Elles sont dominées par 3 données:

1. le bilan clinique,
2. l'investigation radiologique,
3. l'audition et les tests audiométriques.

La clinique garde toute sa valeur en otologie: les malades viennent consulter, parce qu'ils ont mal, parce que leur oreille coule ou parce qu'ils se sentent diminués dans leurs rapports avec les autres gens.

Il n'est que juste qu'un examen clinique fouillé précède le traitement d'une otite chronique. L'oreille s'insère dans un tout, elle est une partie d'un corps sain, soit d'un organisme ébranlé et diminué.

La douleur, l'écoulement, les vertiges, les bourdonnements sont autant de signes d'alarme, qui incitent le malade à aller voir un otologiste. Ce bilan clinique, consciencieusement fait, donne à l'otologiste déjà une indication non négligeable. Il saura après cet examen, si un traitement conservateur a quelque chance de guérir son client, ou s'il doit lui proposer une intervention.

Les radiographies viennent appuyer ce premier bilan: les incidences de Schuller und Stenvers gardent toute leur valeur, d'autres plus récentes, telles celles de Chaussé et autres sont intéressantes dans les cas difficiles. Les tomographies sont rarement nécessaires avant l'opération d'une otite, elles ont un intérêt réel pour les lésions ayant touché certaines parties de la caisse.

Ce qui a une valeur réelle, c'est de pouvoir comparer des radios faites à un intervalle de plusieurs années. Mais la radiologie peut nous induire en erreur dans certains cas délicats! Il y a 10 ans environ un radiologiste nous adressait une malade avec le diagnostic de cholestéatome alors que nous tombions sur un gros angiome du sinus latéral ayant érodé le canal semicirculaire externe!

L'audiométrie tonale et vocale permet au cophochirurgien de s'abstenir dans les otites trop labyrinthisées, elle laisse prévoir le gain postopératoire et ce bilan approfondi de l'audition est indispensable de nos jours avant chaque tympanoplastie.

Encore un mot à propos du problème bactériologique: les antibiogrammes systématiques sont devenus superflus dans la majeure partie des cas. Le vrai problème est de mettre l'antibiotique au niveau exact des lésions! On y arrive par des micro-aspirations répétées, et la mise en place de l'antibiotique adéquat: le pyocyanique reste l'ennemi numéro un.

Le résultat opératoire dépend presque toujours d'une indication bien posée et on ne saura jamais insister suffisamment sur ce point.

LE PROBLEME DE L'ANESTHESIE

Il est important, car de lui dépend la sérénité de l'opérateur!

Deux solutions sont à envisager:

1. l'anesthésie générale par intubation,

2. la préanesthésie de base suivie de l'anesthésie locale.

Tant que le manque de médecins-anesthésistes restera aussi grand, il sera impossible d'endormir tous les opérés de l'oreille, et ceci est regrettable aussi bien pour le malade que pour l'opérateur; grâce à l'hypotension contrôlée le saignement est devenu insignifiant et l'opérateur peut travailler en toute liberté avec un minimum de risques.

A défaut d'intubation, la meilleure anesthésie semble être celle par perfusion, car avec elle on peut très bien surveiller le malade. Une bonne anesthésie locale aide largement et grâce à elle l'oreille saigne peu.

VOIE ENDAURALE OU VOIE RETROAURICULAIRE?

Cette dispute assez acharnée il y a 3 ou 4 ans n'est plus que secondaire. Chaque opérateur choisira la voie qui correspond le mieux à son tempérament. La voie endaurale, plus élégante à première vue, même élargie par des incisions raffinées, demandera toujours des prouesses à l'opérateur qui ne sont pas en rapport avec les résultats obtenus. Elle est quasi impossible dans les lésions très étendues.

La voie rétroauriculaire est à notre avis la meilleure: elle offre la meilleure visibilité, par elle on peut prélever des tissus variés et en quantité suffisante, elle est aussi esthétique que l'endaurale et il suffit d'expliquer au malade que trois semaines après l'opération on ne verra plus qu'une cicatrice bien dissimulée dans le sillon du pavillon. Dans la technique fermée, où on cherche à conserver par tous les moyens la paroi postéro-supérieure du conduit, l'abord rétroauriculaire est le seul possible.

LA VALEUR DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET L'IMPORTANCE DE SON BON FONCTIONNEMENT

Cette question ne retiendra jamais trop l'attention des cophochirurgiens. Il est primordial de vérifier la perméabilité de la trompe avant chaque tympanoplastie, il est non moins essentiel de préserver le fonctionnement de cette trompe après l'intervention, par une bonne désinfection rhinopharyngée, par des insufflations prudentes et répétées dans les semaines suivant l'acte chirurgical.

L'aération correcte de l'oreille opérée est largement responsable du gain postopératoire. Les baisses d'audition dans les semaines suivant la tympanoplastie sont souvent dues à une surinfection à la suite de bains imprudents, d'hyperpression à la suite de plongeons à des profondeurs trop élevées. Une certaine hygiène des voies respiratoires supérieures doit donc être observée par ceux qui se fient à cette chirurgie réparatrice.

LES MATERIAUX UTILISES

La prise d'une greffe libre ne devrait plus être une préoccupation majeure aujourd'hui. La peau est pratiquement abandonnée, à cause du danger d'un cholestéatome récidivant. Les autres tissus pris sur l'opéré sont tous bons avec des qualités d'adaptation et de résistance différentes: le périoste et le périchondre, faciles à prélever, ont une élasticité étonnante et jouissent de la faveur de cophochirurgiens réputés.

Les travaux récents faits aux U.S.A. et aussi en Europe, d'histo-pathologie et d'obvervations sous microscope électronique, apporteront dans les années à venir les progrès en ce domaine si passionnant.

Lors de la reconstitution de la chaîne, certains utilisent des colles spéciales, pour éviter un dérapage dans les semaines après l'intervention; d'autres pensent plutôt que cette pratique favorise les fixations ou adhérences; le jour où on trouvera sur le marché des colles aux qualités biochimiques excellentes, il nous semble que cette pratique est loin d'être un luxe inutile.

Les feuilles de silicat utilisées depuis un moment pour empêcher les adhérences ou rétractions sont d'un emploi trop récent pour qu'on puisse préjuger de l'avenir dans ce domaine. Mais à notre avis ce n'est pas encore la solution idéale.

EXPERIENCE PERSONNELLE DE 1966-1970

Pendant les 5 dernières années nous avons opéré 97 malades pour otite chronique. D'après l'âge ils s'échelonnent comme suit:

2 cas en dessous de 20 ans
43 cas de 20 à 35 ans
17 cas de 35 à 50 ans
11 cas de 50 à 60 ans
5 cas au-delà de 60 ans.

Quant au sexe, les hommes étaient plus fréquemment atteints (54 cas) que les femmes (43 cas).

Sur ces 97 opérés, nous avons pratiqué:

32 fois un évidement partiel élargi
26 fois une tympanoplastie type 1 ou 2 de Wullstein
23 fois une tympanoplastie type 3 ou 4 de Wullstein
16 fois une tympanoplastie par le conduit avec exploration de la caisse.

Nous avons revu 81 malades 4 fois dans un intervalle de 6 semaines et avons fait les constatations suivantes:

40% des opérés avaient un gain auditif de 15 à 20 décibels entre les fréquences 1000 à 3000
22% des opérés avaient un gain auditif de 10 décibels entre les fréquences 1000 à 3000.

Les autres opérés n'ont pas eu de gain appréciable, beaucoup d'entre eux étaient satisfaits puisque leur oreille était asséchée.

Sur 8 malades nous avons opéré les 2 oreilles: presque toujours il s'agissait d'oreilles atteintes depuis l'enfance.

Les soins postopératoires ne nous ont pas posé de problèmes particuliers; parfois nous avons dû stopper un écoulement passager par des instillations d'antibiotiques, des attouchements au nitrate. Nous n'avons utilisé la cortisone qu'en de rares cas et nous avons l'impression qu'au niveau de la caisse il faut la manier avec prudence. Des insufflations douces et répétées nous ont permis de déboucher une trompe passagèrement obstruée, nous avons toujours insisté auprès des malades, pour qu'ils observent dans les 3 mois après l'intervention une hygiène ménageant les voies respiratoires supérieures.

Si nous insistons dans les chapitres suivant sur quelques points, c'est qu'à notre avis ils méritent une attention spéciale tant pour l'indication opératoire que pour les résultats fonctionnels après l'intervention.

Ce sont les considérations suivantes:

1. La nécessité d'une enquête radiographique poussée avant l'intervention.

2. La perspective des tympanoplasties dans les années à venir.

3. L'appareillage éventuel des opérés, alors qu'ils ont un âge avancé, et leur réintégration dans la vie active.

LE BILAN RADIOGRAPHIQUE

De bons clichés du rocher sont indispensables pour localiser les lésions de l'otite. Avec l'examen clinique et l'évaluation de l'audition ils aident largement à poser un diagnostic précis: grâce à eux nous savons souvent avant l'intervention vers quel type d'opération nous nous dirigeons. Les incidences classiques (Schuller & Stenvers), celles de Chaussé et d'autres auteurs, les tomographies de la région de la caisse nous permettent de dire:

1. l'âge des lésions, d'après le simple flou ou la destruction osseuse, la lyse complète de la région péri-antrale, qui fait penser à un cholestéatome lors d'un tympan fermé par exemple.

2. la localisation au mm près des lésions intéressantes à connaître pour cette chirurgie sous microscope: une mastoïde éburnée pose d'autres problèmes qu'un rocher détruit et vidé par ostéolyse. Un gros cholestéatome bien délimité vu à la radio, permet d'orienter vers tel ou tel type d'intervention, des clichés nets nous situent le niveau du sinus latéral et des méninges etc.

3. La comparaison des radios droites et gauches, de clichés faits à un intervalle de plusieurs années nous renseignent sur le côté à opérer en premier et sur l'évolution lente ou rapide de la maladie.

4. Très importantes deviennent les radios lors de réinterventions toujours plus délicates qu'une première opération.

Nous voulons illustrer ces points par la reproduction des clichés de trois de nos opérés:

CAS No 1: Madame N... (Figures 1 et 2)

Chez cette femme de 43 ans il existait à droite une otite adhésive avec audition très satisfaisante: nous n'y avons pas touché pour le moment. A gauche nous avons trouvé un cholestéatome de 3 cm au moins ayant envahi toute la région antrale et périantrale, la partie postérieure de la caisse avec destruction de l'enclume et de la branche descendante du marteau. Nous avons mis un pont osseux entre le marteau et la tête de l'étrier et le résultat fonctionnel était très satisfaisant.

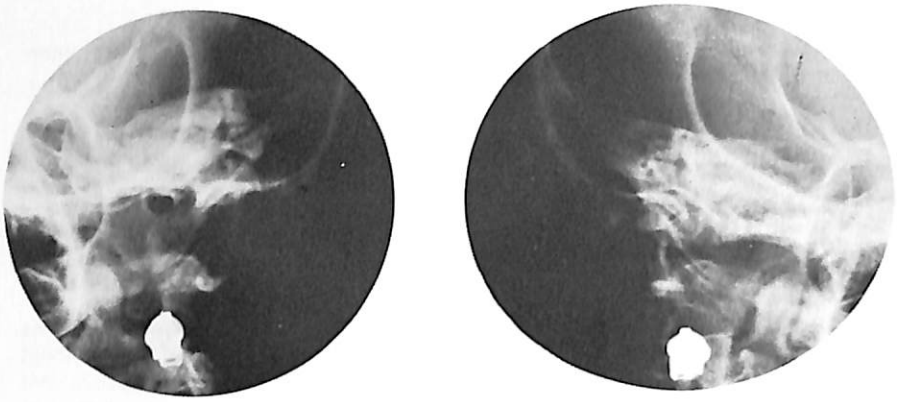


Fig. 1

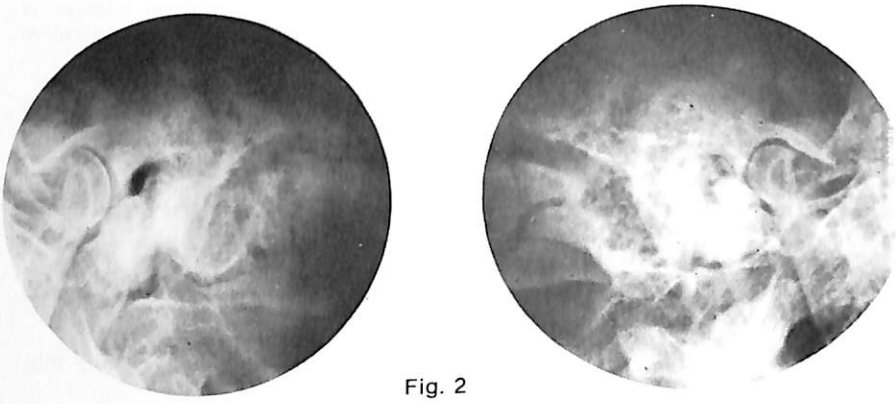


Fig. 2

CAS No 2: Madame S... (Figures 3 et 4)

Ici il s'agissait d'un cas compliqué: femme de 38 ans, otite bilatérale depuis l'enfance, n'ayant plus consulté depuis 20 ans. Otorrhée importante des deux côtés, nette labyrinthisation à droite, malade assez déprimée et difficile à convaincre de se faire soigner. Nous avons opéré l'oreille gauche: lésions ostéitiques de l'antre de l'aditus avec destruction partielle de la chaîne ossiculaire. Heureusement l'étrier était intact et en technique fermée (conservation de la paroi postéro-supérieure) il nous a été possible de réaliser un type 1 en utilisant du périchondre prétragien et de l'os de rocher taillé à la fraise. Le gain postopératoire dans ce cas a été insuffisant à la longue et la malade a accepté le port d'une prothèse rétroauriculaire, grâce à laquelle elle a retrouvé son moral. Elle est maintenant consciente de la nécessité de se faire soigner régulièrement.

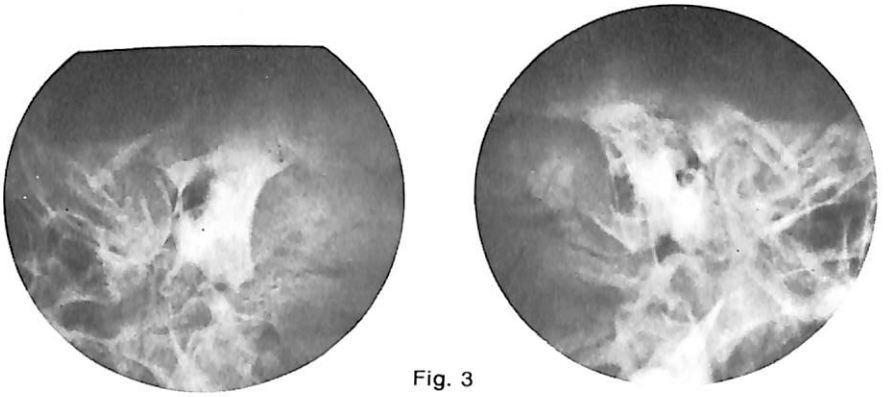


Fig. 3

Fig. 4

CAS No 3: Monsieur T... (Figures 5 et 6)

Chez cet homme de 31 ans les radiographies étaient particulièrement instructives: oreille indemne à droite, tandis qu'à gauche on pouvait s'attendre à des lésions importantes au niveau de la caisse. Il s'agissait d'un cholestéatome de 2 cm environ, ayant épargné la chaîne des osselets ce qui a non seulement facilité l'intervention, mais a aussi assuré un gain de 10 à 15 décibels.

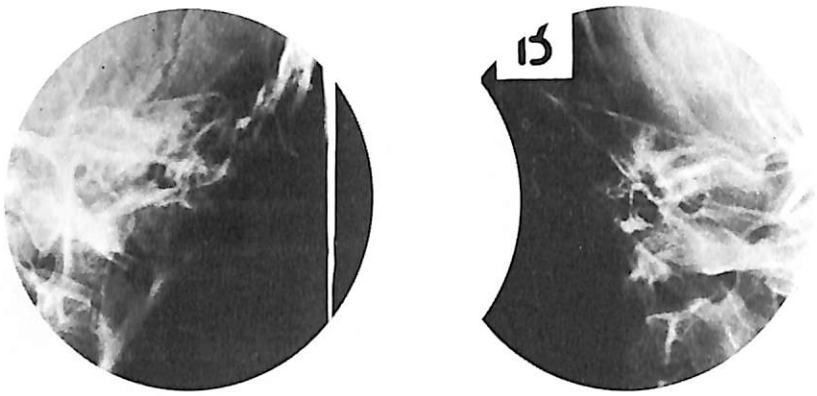


Fig. 5

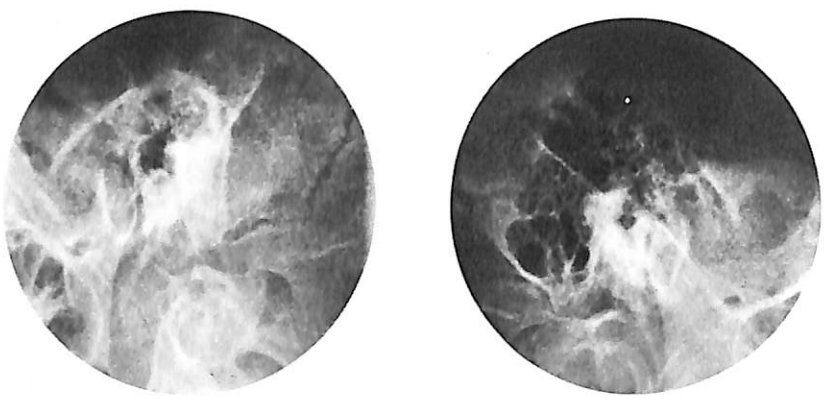


Fig. 6

LES TYMPANOPLASTIES DE DEMAIN

Il semblerait que la plupart des inconnues en cophochirurgie aient trouvé une solution pendant ces 20 dernières années. Les progrès sont effectivement très appréciables. Penchons-nous sur quelques détails à perfectionner.

Le choix de la greffe est grand maintenant: homogreffe presque toujours la meilleure, facile à prélever la plupart du temps dans le champ opératoire même, hétérogreffe conservée, ce qui évidemment apporte un gain de temps, tympan de cadavre etc.

Les cas les plus difficiles encore, ceux du type III et IV, où il faut refaire une nouvelle chaîne, préoccuperont surtout les O.R.L. de demain. Colle ou pas colle? Spirale de Gerlach ou d'un autre genre? Les solutions largement amorcées à ces difficultés apporteront un gain auditif notable à ces malades qui souvent traînent leur otite depuis 20 ans.

La rétraction de l'oreille opérée est un problème en voie de solution. Grâce à la technique fermée, réalisable dans presque tous les cas, on peut garder au malade un cadre, sur lequel il est possible de greffer un appareil transmissionnel. L'aération par la trompe assure l'équilibre aérien de la caisse, et pourtant la rétraction et l'adhérence guette l'oreille opérée. Une des solutions pour y remédier, les feuilles de silastic seront délaissées à notre avis assez rapidement, car leur présence dans l'oreille moyenne est une gène. La solution viendra peut-être par une meilleure connaissance micro-biologique de la cavité, par une meilleure hygiène rhino-pharyngée dans les semaines après l'intervention.

Le pyocyanique et les autres bactéries resteront une menace pour chaque oreille opérée, malgré les antibiotiques sélectifs. Il est difficile des fois de les faire agir au niveau des lésions à cause des desquamations, et ceci malgré les aspirations sous microscope.

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir rendu attentif à toutes les embûches des années à venir, mais nous espérons qu'en tenant compte de ces aléas, des améliorations seront possibles.

L'OPERE DE L'OREILLE, SON AVENIR SOCIAL ET L'UTILITE DE LA PROTHESE ACOUSTIQUE POUR CERTAINS CAS

A la suite des progrès obtenus en chirurgie auriculaire, on pourrait penser que la plupart des otites sont guérissables et que les médecins soucieux de ces problèmes pourraient consacrer leur temps à d'autres malades.

C'est aller un peu vite, et oublier que malgré le progrès scientifique, des difficultés humaines empêchent souvent une prompte guérison. Les malades atteints d'otite doivent mieux suivre certains préceptes, qui leur éviteront des rechutes ou complications faciles à éviter.

Depuis que la natation et autres sports dans l'eau ont pris une extension si grande, les gens sont soumis à des dangers, qu'il est essentiel de leur épargner, et un opéré de l'oreille doit prendre certaines précautions superflues aux autres. Les hyper- ou hypopressions risquent de nuire à l'oreille

opérée, les opérés doivent mieux soigner un début d'inflammation rhino-pharyngée, une sinusite risquant de détruire le gain auditif obtenu avec beaucoup de peine.

«Les sourds sont plus malheureux que les aveugles»: cette phrase prononcée il y a 20 ans par le professeur M. Sourdille, un des pionniers de la chirurgie de l'otosclérose, garde une part de vérité.

Les bruits menaçant l'oreille saine ont une action encore plus néfaste sur l'oreille malade, dans certains milieux de travail ils augmentent chaque jour et nous n'avons toujours pas de législation contre ces maladies professionnelles. Elle sera pour quand?

La réintégration des opérés de l'oreille dans leur milieu social ne pose pas de problèmes insurmontables, même si des fois il leur est difficile de choisir un autre métier. Ceci est naturellement plus difficile pour les ouvriers ou ingénieurs travaillant dans une atmosphère spécialement bruyante. Même si les casques et autres protecteurs arrivent à solutionner pas mal de ces cas!

Les appareils acoustiques ont bénéficié du progrès scientifique et leur port est plus facilement accepté qu'il y a 10 ans encore. Ceci surtout parce que les prothèses modernes ménagent mieux l'esthétique que celles d'il y a une période récente, mais il n'est toujours pas facile de convaincre certaines personnes de leur utilité. Ceci à cause d'un manque pour certains malades à consentir l'effort nécessaire pour s'adapter au port de leur appareil.

Il est cependant prouvé qu'un grand nombre de personnes à l'ouie diminuée sont transformées par une aide acoustique bien adaptée à leur cas. Il faut donc convaincre les sceptiques à consentir cet effort d'adaptation, pour lequel ils seront largement récompensés par après.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. A. Brémond, M. Wayoff et G. Jost: Les étapes du traitement de l'otite chronique de l'adulte. Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1966.
2. Heerman H. J., Heerman jr.: Endaurale Chirurgie — Urban & Schwarzenberg, Munchen, 1964.
3. Plester D.: Problems of tympanoplasty. J. — J. laryng. 75 (1961), 879.
4. Portmann, M.: Tympanoplasty. Arch. Otolaryngol. 78 (1963)2.
5. Proctor B.: Tympanoplasty type IV — Arch. Otolaryng. 79 (1964) 107.
6. Wullstein, H.: Tympanoplasty today — Arch. Otolaryng. 76 (1962) 295.
7. Zoellner, F.: The méetantrotomy Ann. Otol. (St. Louis) 66 (1957 547 Tympanosclérosis, Arch. Otolar. 78 (1963) 538.

Adresse de l'auteur: 51, av. de la Liberté, Luxembourg.

le moins possible d'acides gras saturés!

c'est à cela que l'on reconnaît une « véritable » margarine de santé

Une fois de plus, cette opinion des plus éminents chercheurs a été confirmée avec force : « ... LE FACTEUR LE PLUS IMPORTANT POUR INFLUENCER LE CHOLESTEROL SANGUIN EST LA QUANTITE DE GLYCERIDES SATURES. SI L'ON DESIRE ABAISSER LE CHOLESTEROL SANGUIN, IL FAUT EN PREMIER LIEU DIMINUER LA CONSOMMATION DES GRAISSES SATUREES ».
Telles sont les conclusions de Fetcher, Foster, Anderson, Grande et Keys dans « Quantitative estimation of diets to control serum cholesterol », étude parue dans « The American Journal of Clinical Nutrition » et patronnée par le Service Officiel Américain de la Santé et l'Association de Cardiologie Américaine.
Le moins possible d'acides gras saturés !
Des analyses répétées ont démontré que la margarine de maïs Roda ne contient que 16 % d'acides gras saturés, c'est-à-dire de loin le pourcentage le moins élevé de toutes les margarines sur le marché luxembourgeois.
Outre le pourcentage le plus bas en acides gras saturés, Roda contient une quantité importante d'acides gras polyinsaturés : 30 %.
Mais il y a plus ! Roda est une margarine de maïs. Or, des tests probants ont établi que le maïs contient des éléments qui, ajoutés à la composition idéale d'une margarine de santé, renforcent encore les effets bienfaisants de celle-ci. Les résultats de ces tests sont d'ailleurs confirmés par les auteurs de l'étude précitée.
Vous avez donc trois raisons pour conseiller la margarine de maïs Roda.

RD 42 M

roda

la margarine de santé par excellence

théragran-m squibb

maintient
l'équilibre vitaminique
et minéral

a. jean binon

pour obtenir d'un corps parfaitement sain
le rendement physique et psycho-nerveux maximal.

pour corriger les déséquilibres alimentaires.

pour restaurer l'organisme affecté par des
processus pathologiques graves.

pour faire face à des besoins accrus d'énergie
en cas de croissance, convalescence, surmenage,
grossesse, allaitement, infection, etc..:

théragran-m squibb fera merveille ;
le maximum thérapeutique en une dragée quotidienne.

SQUIBB S.A. 19, avenue des Nénuphars - 1160 Bruxelles

nouveau progrès de la contraception orale

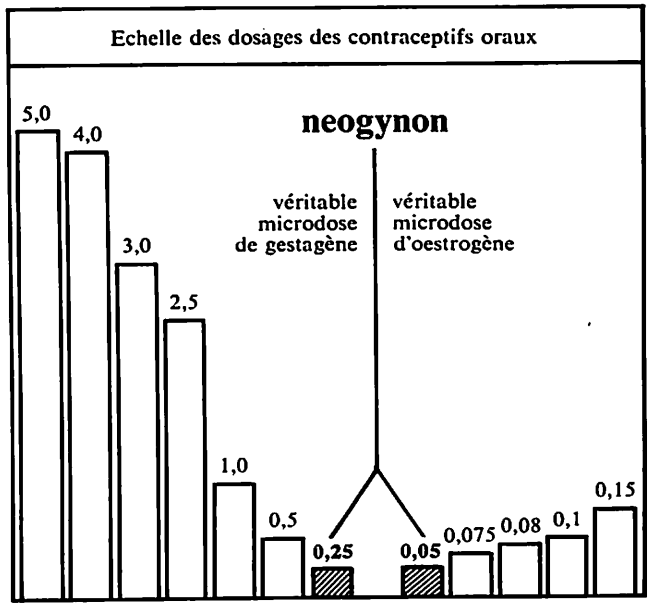
neogynon

0,25 mg de D-norgestrel + **0,05** mg d'éthinyl-oestradiol

charge hormonale minimale

sécurité totale

tolérance parfaite



Neogynon 21 :
21 dragées
3 x 21 dragées
6 x 21 dragées
à 0,25 mg de D-norgestrel et 0,05 mg d'éthinyl-oestradiol

Neogynon 28 :
28 dragées
3 x 28 dragées
(21 dragées de Neogynon + 7 dragées sans substances actives)

Pour les détails sur les indications, contre-indications et posologie, consulter le prospectus médical et la notice jointe à l'emballage.

Schering

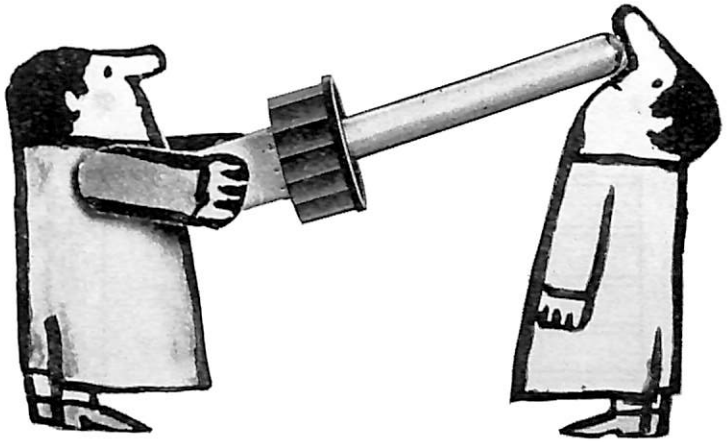
Produit de la
SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN

Concessionnaires: R. COLES S.A. - 1920 DIEGEM
Tél. : (02) 20.48.20 (lignes group.)

D 77 U 6947 - 1 - mars 71

ARGICILLINE-SIMPLE

la goutte nasale pédiatrique



oscar pharm.

SANS VASO CONSTRICTEUR

Antibiotique local très puissant - Très efficace sur les germes des voies respiratoires supérieures

Quelques gouttes dans chaque narine 5 à 6 fois par jour

FORMULE : ARGICILLINE 0,010 g
EXCIPIENT AQUEUX ISOTONIQUE Q.S.P. 100 ml

PRESENTATION : FLACON COMPTE-GOUTTES 20 ml.
PRIX 2,35 F - REMB. SECURITE SOCIALE - V. 2366/19553

S.N.E. LABORATOIRES ARON

116 RUE CARNOT, 92 SURESNES

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.
23, rue Mercier à Luxembourg

PREMIER BILAN DE TROIS ANNEES D'ACTIVITE DU CENTRE ORTHOPTIQUE ET PLEOPTIQUE (C.O.P.E.) DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE A ESCH-SUR-ALZETTE ET QUELQUES REFLEXIONS S'Y RAPPORTANT

A. STEIN (Esch-sur-Alzette)

Quoique la plupart des introductions soient jugées inutiles, je désire faire quelques remarques et rappels bien connus des cphtalmologistes avant d'entrer dans le vif du sujet.

Lorsqu'il est question plus loin d'amblyopie et de sa rééducation ou pléoptique, il s'agit toujours de *l'amblyopie fonctionnelle*.

Cette amblyopie est caractérisée par une diminution souvent très élevée de la vue et par l'absence de lésions organiques aussi bien au niveau des milieux réfringents que de la rétine; elle est pratiquement toujours accompagnée d'une fixation excentrique par opposition à la fixation centrale fovéolaire dans l'oeil normal. Le degré d'excentricité peut beaucoup varier depuis la région juxta-fovéolaire jusqu'au bord papillaire temporal ou même nasal selon le cas. Plus l'excentricité est grande, plus le degré de l'amblyopie est élevé, c.-à-d. plus la diminution de la vue est prononcée et moins bon sera en général le pronostic quant au succès de la rééducation par les différentes méthodes pléoptiques. D'autre part l'amblyopie est le plus souvent liée à un strabisme.

La fréquence de l'amblyopie est indiquée par Bangerter, Cüppers et Thomas, entre 2,08% et 2,5%. Lors d'une prospection scolaire systématique (1) des élèves de toutes les écoles maternelles et primaires de la ville d'Esch au courant de l'année scolaire 1969/1970 portant sur 3 038 élèves (2), nous avons trouvé 2,14% d'amblyopies, ou 65 écoliers; 4,25% de strabismes alternants ou 129 cas; 7,54% d'hétérophories, soit 229 cas; chez 609 cas, l'acuité visuelle était insuffisante (3), soit 20,04%. Seule-

1) Je tiens à remercier mes collaboratrices Mesdames Brubacher et Mertens, orthoptistes diplômées (actuellement les seules au Grand-Duché), sans le dévouement et l'assiduité desquelles ces investigations poussées n'auraient pas pu être réalisées. Pour l'élaboration du présent travail statistique la part du lion leur revient.

2) Sur 2605 élèves des écoles primaires, il y avait 55 amblyopies, soit 2,11%. A noter un fort absentéisme dans les écoles maternelles: sur 564 enfants inscrits, 131 absences lors des prospections.

3) La différence d'acuité visuelle entre celle relevée au Rodenstock (R5) et celle contrôlée à la consultation résulte d'une part d'un facteur psychique de l'enfant; d'autre part les optotypes très fins du R5 sont plus précis et plus difficilement reconnus. En outre avec le R5 toute tricherie est exclue et la procédure est plus rapide.

ment dans 2 006 cas, soit 66,03% il n'y avait rien de pathologique à signaler. Disons franchement que ces chiffres sont quelque peu effrayants, mais concordent avec ceux trouvés en Suisse par Bangerter et Barth sur une série de prospection de 20 000 écoliers (4).

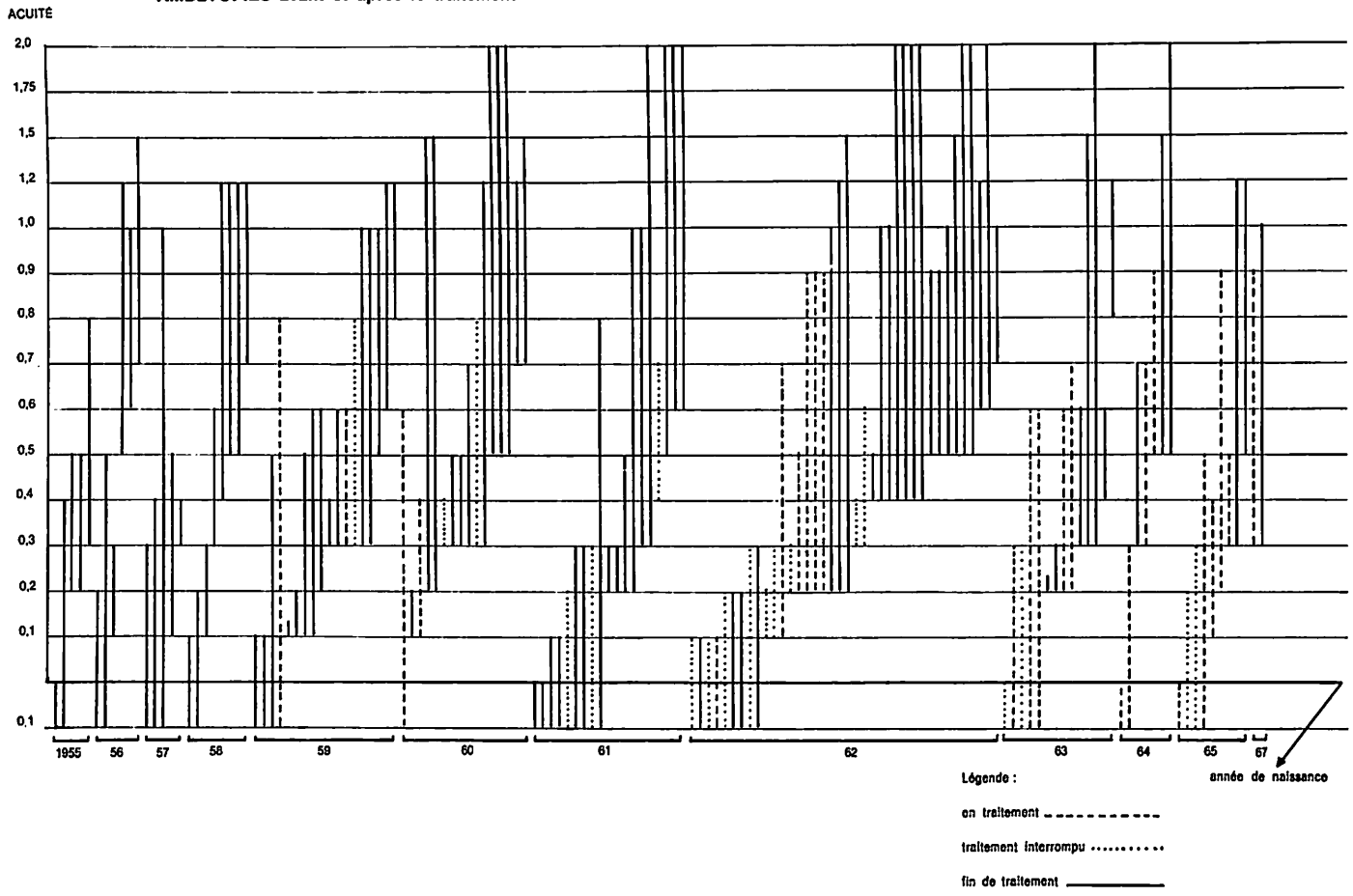
Il faudrait encore informer le personnel enseignant d'être compréhensif et indulgent envers les enfants sous atropine, ou portant une occlusion ou un système de pénalisation. Une information concertée et conjuguée entre les Ministères de l'Education Nationale et de la Santé Publique devrait avoir lieu à ce sujet. Je dois souligner que les enseignants de la ville d'Esch étaient tous favorables et enchantés de l'initiative prise par le Ministère de la Santé Publique concernant la prospection dans les écoles primaires et maternelles par l'équipe d'orthoptistes diplômées du C. O. P. E.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ces dépistages «précoces» de l'amblyopie, du strabisme et d'autres troubles de corrélations (hétérophories, insuffisances de convergence), c'est qu'ils sont trop tardifs. A la base de leur découverte se trouvent le médecin de famille, le pédiatre, le gynécologue, la sage-femme, l'infirmière et l'assistante sociale, pour autant qu'ils aient été quelque peu initiés. Aussi ne reconnaîtront-ils que les cas de strabisme bien apparent, alors que les légers strabismes et les amblyopies sans déviation oculaire leur échappent et ne pourront être reconnus que par l'oculiste ou par l'orthoptiste diplômée. Malheureusement certains ophtalmologistes chez nous ne se laissent pas convaincre de la nécessité du dépistage précoce. Le traitement prophylactique mieux connu et mieux appliqué — après une campagne d'information du public et surtout des pédiatres et médecins généralistes — permettrait de réduire considérablement les cas d'amblyopie à traiter secondairement. Il faut que les médecins adressent à l'oculiste les enfants *avant* l'âge de 2 à 3 ans, car à cette époque, l'occlusion de l'oeil directeur contrôlée régulièrement et correctement peut amener la guérison de l'amblyopie. Pour les cas avec fixation centrale au départ, l'acuité remonte facilement à 1,0 en cas d'occlusion précoce du bon oeil. Dans les cas avec fixation excentrique au début, l'occlusion seule du bon oeil peut amener une fixation paracentrale fixée sur l'oeil amblyope et l'acuité varie en fonction du dégré de l'excentricité, mais ne pourra atteindre au maximum 0,4 à 0,5. Ces cas sont seulement améliorables par un traitement pléoptique adéquat qui leur permettra d'acquérir une fixation centrale et une montée correspondante de l'acuité visuelle.

Dès l'apparition chez l'enfant d'un strabisme, si souvent lié à une amblyopie, il faut adresser à l'oculiste l'intéressé pour que des soins lui soient prodigués dans l'immédiat. On devra pratiquer chez les autres enfants de cette famille des examens systématiques de dépistage d'une

4) Sur 20.000 élèves, 14,6% devraient être adressés à un Centre Orthoptique et Pléoptique, soit 2.920 cas. Parmi ceux-ci se trouvent 416 amblyopies élevées avec fixation excentrique, soit 2,08%.
Barth a constaté que sur une série de 765 élèves contrôlés par lui-même, 176 présentaient lors de la première prospection une acuité insuffisante ou une hétérophorie. Ces cas pathologiques ou considérés comme tels ont été réexaminés par lui-même à la clinique ophtalmologique, et il a constaté que 73 cas de ces 176 c. à d. 41,48% n'ont nécessité aucun traitement médical quelconque. Ces faits ont été corroborés par nos réexamens et ceux de nos confrères. Nous avons déjà attiré l'attention là-dessus dans la fiche de liaison, adressée à l'ophtalmologiste soignant librement choisi par les parents.

AMBLYOPIES avant et après le traitement



éventuelle amblyopie, méconnue et sans apparition manifeste pour le non-initié.

On ne doit pas oublier que l'amblyope rééduqué et ayant récupéré une parfaite vision binoculaire, pourra avoir un ou plusieurs enfants amblyopes, avec ou sans strabisme.

Dans son Atlas Pratique de la Chirurgie du Strabisme, F. Hervouët écrit avec une totale liberté d'esprit et d'expression entre autres: «A une époque où une femme dans le vent ne saurait trop longtemps garder le même nez, dans un temps où l'on recolle les oreilles, où l'on remonte les seins et où la descente même des fesses peut être justifiable d'une heureuse révision, il paraît indécent qu'on puisse encore laisser loucher quelqu'un.»

J'ajouterai qu'il est incompréhensible et inexcusable qu'on ne s'attaque pas au dépistage précoce de telles tares et à leur traitement dès le début. C'est une solution impardonnable, voire de l'ignorance que de conseiller aux parents des enfants atteints de cette infirmité d'attendre l'âge scolaire. De nos jours tout traitement d'amblyopie et toute chirurgie du strabisme devraient être terminés au début de la scolarité. On ne peut suffisamment souligner que les chances de succès du traitement pléoptique ainsi que du développement d'une binocularité normale par l'orthoptique — avec ou sans opération selon le cas — diminuent avec l'âge pour devenir presque nulles au-delà de 9 ans, sauf quelques rares et heureuses exceptions. Il faut rappeler dans l'amblyopie élevée risques de cécité qui guettent au courant de la vie le bon oeil adelphe, à la suite soit d'un traumatisme, soit d'une maladie grave, ainsi que les désavantages et handicaps certains dans le choix et l'exercice de maintes professions. Malgré le téléguidage très avancé on réclame toujours une bonne vision binoculaire pour les aviateurs, les pontonniers d'usine, les chauffeurs professionnels, les conducteurs de locomotive, les marin et pour bien d'autres professions et métiers dont l'énumération deviendrait fastidieuse.

Des statistiques industrielles révèlent que le manque de vision binoculaire augmente le risque d'accident au travail et diminue le rendement par unité de temps.

Les troubles légers (hétérophories, insuffisance de convergence) de corrélation provoquent avant tout des troubles subjectifs généralement lors d'exigences supérieures à la vue (examens, surmenage visuel) et surtout lorsque la presbytie apparaît entre 40 et 50 ans. Ces malades se plaignent de fatigabilité rapide des yeux, de céphalées et d'irritation oculaire, parfois de malaises.

CONCLUSIONS

Après avoir passé en revue les données statistiques, quelques conclusions s'en dégagent:

Nous avons eu 273 traitements pléoptiques et orthoptiques. Sur 147 amblyopies traitées (voir graphique): 87 améliorations ou 59,2%; 52 guérisons ou 35,37%; 8 échecs ou 5,43%. Madame Sarniguet-Badoche cite 40% d'améliorations dans sa statistique fouillée de 15 années de pléoptique. Pour *les fixations para-papillaires* elle note seulement 3% *d'amé-*

liorations. Sa statistique à longue échéance montre que même sans vision binoculaire, l'acuité visuelle se maintient. Les quelques rechutes (4%) ont toujours eu lieu moins de 2 ans après l'arrêt du traitement chez ceux dont la fixation ne s'était jamais centralisée d'une façon stable. L'enfant a son oeil de réserve ou «oeil de secours» dans 96% des cas.

Ça paraîtra une rengaine que de revenir sur l'importance du dépistage précoce de l'amblyopie et du strabisme, mais c'est là la solution de tout le problème. Il n'est pas toujours facile de détecter un strabisme chez un bébé. Chez le nourrisson avant l'âge de 4 mois l'asynergie oculo-motrice est normale. A moins d'aspect évident, on n'affirmera le strabisme qu'après 4 à 6 mois. Dès les premiers soupçons, il faudra faire passer un examen à l'enfant de bas âge. Dans l'intérêt de celui-ci il vaut mieux consulter une fois inutilement un ophtalmologiste, que de ne pas prendre en considération les débuts d'une affection aussi grave. Une attention toute particulière est à réserver au strabisme dans les familles où cette «tare» existe déjà. (Autres enfants, parents ou autres membres de la famille).

Comme il a été souligné déjà, plus l'amblyopie et le strabisme auront été reconnus précocement, plus grandes sont les chances d'amélioration, voir de guérison de cette infirmité.

Les aspects sociaux de l'amblyopie sont mis en lumière dans le rapport très fouillé de la Société Belge d'Ophtalmologie publié par les Cliniques Ophtalmologiques Universitaires de Bruxelles et de Liège en 1969:

«Quand on fait la moyenne globale des statistiques reprises sur l'amblyopie, on arrive à une fréquence de 2,1%. Ce chiffre signifie qu'il y a en Belgique un minimum de 200.000 amblyopes dont plus de la moitié ont une acuité visuelle tellement réduite à un oeil que ce défaut devient pour eux un handicap social grave.

Dans notre civilisation industrielle fortement mécanisée, le rythme du travail s'accentue chaque jour et la circulation augmente en densité et en vitesse. L'intégrité de la vue, y compris la vision stéréoscopique, est un facteur déterminant pour l'accès à de nombreuses professions.

En cas d'amblyopie, les conséquences d'une maladie ou d'une blessure à l'oeil sain sont beaucoup plus graves: l'atteinte du bon oeil transforme l'amblyope en aveugle presque complet, alors qu'elle ne fait que rendre borgne le sujet normal.

L'amblyopie constitue un risque beaucoup plus grave d'invalidité totale après un accident du travail. Dans le cadre de notre législation actuelle, la réduction de l'acuité visuelle d'un oeil à moins de 1/20 entraîne une invalidité de 25% quand l'oeil congénère est normal. Ce taux monte à 35% quand l'acuité visuelle est réduite à 5/10, à 80% pour 2/10 et à 100% pour 1/20. C'est en partie pour se protéger contre cette aggravation de l'invalidité éventuelle que les administrations et les grandes entreprises refusent d'engager des amblyopes.

Pour le lecteur qui n'aurait pas été frappé par cette proportion de 2% d'amblyopes dans la population, voici des faits plus parlants.

L'amblyopie fonctionnelle est responsable des deux tiers des cas d'insuffisance visuelle unilatérale (Downing, 1945).

Pendant les quarante-cinq premières années de la vie l'amblyopie fonctionnelle est, à elle seule, responsable de plus de perte de vision que les maladies et les traumatismes oculaires réunis (Sachsenweger, 1966).

L'amblyopie grave est 60 fois plus fréquente que le décollement de la rétine, 50 fois plus que le kératocône bilatéral, 35 fois plus que la perte anatomique d'un oeil, 8 fois plus que tous les traumatismes monoculaires importants et 5 fois plus que la myopie supérieure à 8 dioptries aux deux yeux (Evens et Kuypers, 1967).

Dans l'immense majorité des cas, ce fléau pourrait être évité par une prophylaxie ou un traitement précoce aisé.»

Qui dit dépistage précoce sous-entend que le public, avant tout les parents, soient éclairés et avec eux bien entendu le personnel enseignent et médical soignant.

J'ai suggéré, il y a plusieurs années, au Ministère de la Santé Publique, de distribuer dans les mairies, comme dans les Cantons de la Suisse Orientale, aux parents lors de la déclaration de naissance d'un enfant un dépliant rédigé en trois langues (français, allemand, italien) qui est le texte intégral du formulaire de Bangerter de St. Gall, pionnier du traitement moderne de l'amblyopie, intitulé: «Observez les yeux de votre enfant!» Il faudrait déjà y ajouter les langues espagnole et portugaise pour les nombreux travailleurs étrangers de notre pays.

Sous l'égide du Ministère de la Santé Publique des campagnes d'information devraient avoir lieu périodiquement dans les journaux, à la radio et à la T. V.

Comme la vaccination antivariolique est obligatoire — personne ne s'y oppose — ne pourrait-on pas instaurer un examen ophtalmologique obligatoire au courant de la première année du nourrisson? Le dépistage précoce et systématique dès moins de trois ans permettrait ainsi de réduire considérablement les cas d'amblyopie unilatérale et de prévenir une ultérieure correspondance rétinienne anormale. C'est la seule prophylaxie véritable de l'amblyopie et qui est presque toujours couronnée de succès. Madame Sarniguet-Badoche suggère l'utilisation d'une «brigade volante», c.-à-d. d'un camion équipé pour assurer le dépistage aussi bien à Paris qu'en province. Ce serait une solution coûteuse d'un côté, mais très efficace d'un autre côté.

Pour notre Pays il est urgent et indispensable de pratiquer une prospection généralisée et systématique dans toutes les écoles maternelles et primaires, les crèches et les consultations pour nourrissons par des orthoptistes diplômées.

On insiste de nos jours tellement sur la médecine préventive dans toutes les spécialités. C'est très bien, nous y souscrivons pleinement. Mais il ne suffit pas de faire des discours sans conclusions pratiques, il faut passer aux actes. Nos autorités en haut lieu doivent endosser leurs responsabilités — et elles sont lourdes de conséquences — et mobiliser les crédits nécessaires. Le Corps Médical conscient de la mission qui lui incombe, se chargera du reste dans les délais les plus brefs.

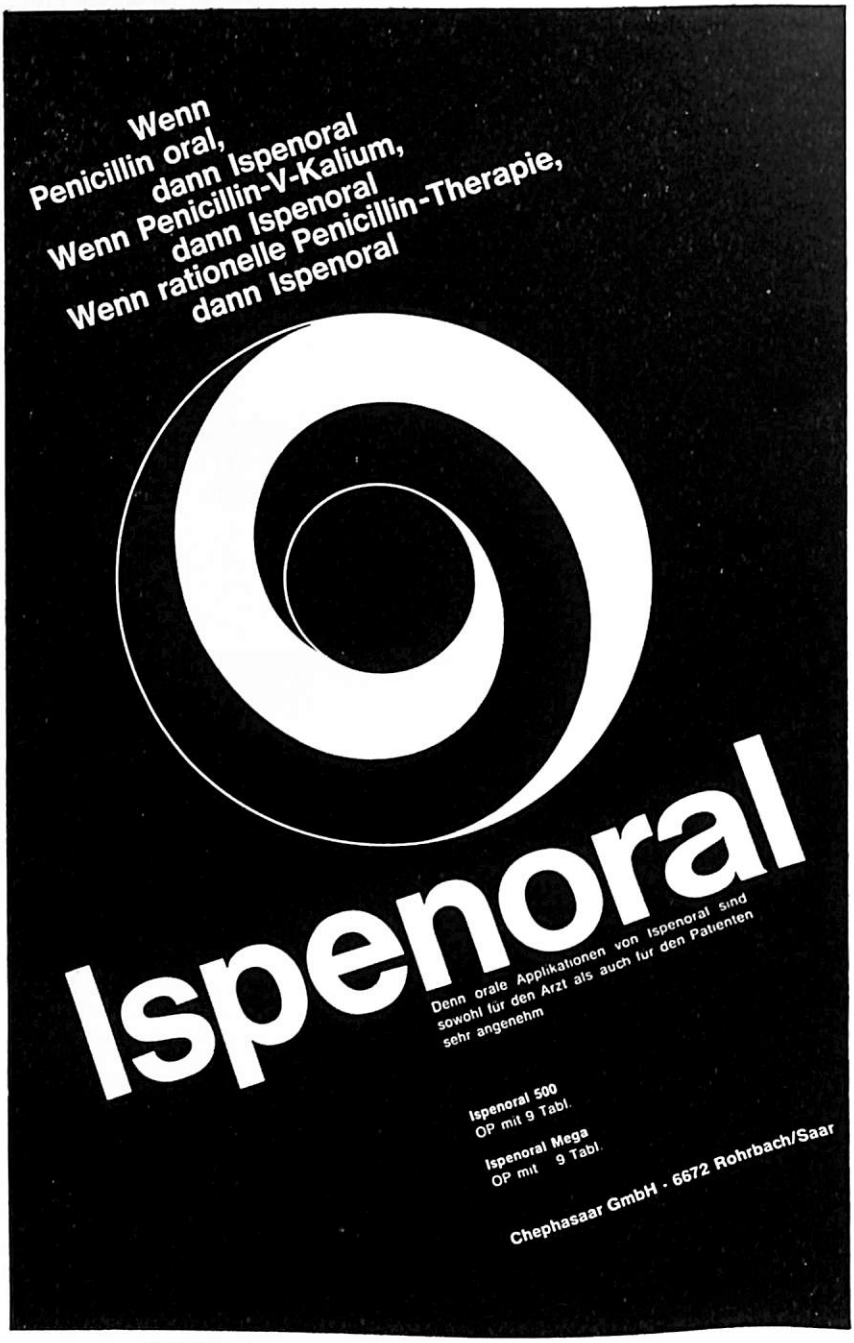
La pénalisation ou les lunettes avec hypercorrection unilatérale alternante un jour sur deux pourrait souvent et utilement remplacer l'occlusion alternante, surtout si celle-ci est mal acceptée par les parents.

Il est rare qu'une méthode de traitement guérisse les cas tenaces d'amblyopie. Ce n'est qu'en combinant les différentes méthodes pléoptiques y comprise celle de la pénalisation, méthode beaucoup plus récente et appliquée sous différentes formes, qu'on arrive à améliorer les cas rébarbatifs. Les méthodes de pénalisation sont surtout utilisées en complément de la pléoptique classique (phéoptophor, euthyscopie) ou chez les enfants très jeunes au-dessous de 4 ans. D'après Cüppers, la pléoptie n'a que pour mission de rattraper une «carence des parents ou du médecin».

BIBLIOGRAPHIE

1. Bangerter: Amblyopiebehandlung (Karger Verlag, 1953).
2. Barth: Augenärztliche Reihenuntersuchungen bei Kindern (Schweizerische Medizinische Wochenschrift No. 45, 1952).
3. Conreur, Danis, Gilson, Lavergne, Meur: Physiopathologie de l'amblyopie fonctionnelle (Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie No. 151, 1969).
4. Cüppers: Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Bull. Soc. Opht. France no. 4, 1970, col. 70. Cité par Quéré.
5. Hervouët: Atlas Pratique de la Chirurgie du Strabisme (Ed. Masson, 1970).
6. Sarniguet-Badoche: Quinze Années de Pléoptique. Résultats à longue échéance. (Bull. Soc. Opht. France No. 4, 1970).
7. Thomas: voir Encyclopédie Médico-Chirurgicale.
8. Downing, Evens, Kuypers, Sachsenweger: Cités dans le rapport de la Soc. Opht. Belge 1959, 151.

Adresse de l'auteur:
50, bd J. F. Kennedy, Esch-sur-Alzette

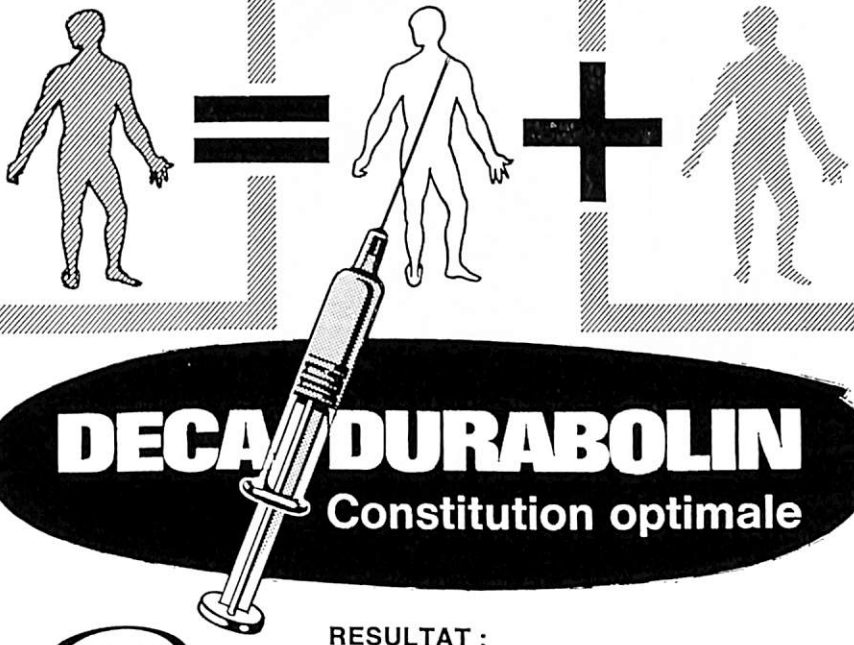


INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Epernay

VOTRE PATIENT

SA CONSTITUTION

SA MALADIE



DECA DURABOLIN

Constitution optimale

Organon

RESULTAT :

Retour accéléré à une vie normale.

à diagnostic précis l'antibiotique approprié

RIFOCINE®

rifamycine SV

antibiotique bactéricide

Infections des voies biliaires.
Formes septiques graves surtout si provoquées par les germes Gram +, y compris les formes à staphylocoques résistant aux autres antibiotiques.
Infections des tissus mous, dues aux germes Gram +.
Traitement topique, pour instillation et lavage, de lésions tuberculeuses pleurales, péritonéales, articulaires, etc.
Traitement topique de plaies et de brûlures.

La Rifocine ne présente aucune résistance croisée avec les autres antibiotiques, exception faite des rifamycines.

PRESENTATIONS - Pour injection intramusculaire et applications locales: ampoules de 250 et 125 mg.
Pour injection intraveineuse: ampoules de 500 mg.
POSOLOGIE - 2 ou 3 ampoules par jour.

Lepetit

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

Représentant pour le Grand-Duché de Luxembourg:
PROPHAC S.à r.l. Case postale 2063 - Tél. 48 24 82

LES MOYENS EXTRA-HOSPITALIERS DE L'EDUCATION CONTINUE*

R. SCHAUS

L'année dernière on a pu lire, dans un article sur l'enseignement continu en médecine, que quiconque s'y consacre ressentirait inévitablement des troubles digestifs d'origine psychosomatique. Cela est excessif, car le sujet est riche en aspects passionnants, même lorsqu'on se limite à le traiter dans sa composante extra-hospitalière.

Celle-ci est bien définie par son appellation même. Mais, pour donner plus de relief aux concepts, disons que si le complexe hospitalo-universitaire ou le grand hôpital, dans leur vocation didactique et pédagogique, voient les médecins accourir vers eux, au contraire avec l'aide des méthodes extra-hospitalières on déplace l'information et l'éducation vers les médecins: soit dans le cadre individuel de leurs cabinets, soit dans des endroits appropriés de leur ville ou de leur région immédiate, avec donc des sujétions géographiques et chronologiques beaucoup moins rigides. Il se produit ainsi une décentralisation.

Certes, l'osmose organisée, le partage des connaissances au sein de l'hôpital dont on fait partie ou le recyclage dans un service hospitalier à infrastructure appropriée constituent l'idéal. Même ceux auxquels ils sont relativement accessibles, ne sauraient cependant se passer de certains autres instruments du savoir, par exemple de la littérature scientifique, ce qui démontre l'universalité de notre propos. Quant à ceux qui, à cause de conditions de travail imparfaites ou de l'éloignement géographique ou encore d'une offre insuffisante, ne peuvent pas autant qu'il le faudrait profiter du recyclage hospitalier, leur besoin de voir venir vers eux certains vecteurs de l'éducation permanente est proportionnel au degré précisément de ces handicaps. Un nombre appréciable d'internistes sont attachés à des hôpitaux trop petits, n'atteignant pas la «masse critique», pour qu'un enseignement suffisamment structuré, profond et fréquent leur soit administré avec les moyens locaux.

Les faits qui nous occupent peuvent être envisagés sous des angles variés.

Il existe bien entendu des moyens traditionnels et des techniques nouvelles.

Selon sa présentation, la nourriture scientifique se consomme tantôt individuellement, tantôt en groupe.

Elle peut comporter la présence physique de celui qui la dispense, d'autres fois elle est offerte en conserves, imprimées, sonores ou visuelles.

Le message scientifique se confie à notre vue, ou à notre ouïe, ou aux deux à la fois, conférant alors son sens complet à ce qu'on appelle la communication audio-visuelle.

* Communication faite à la Conférence Européenne de Médecine Interne, organisée par l'Association Européenne de Médecine Interne d'Ensemble. Royal College of Physicians, Londres, les 13, 14 et 15 mai 1971.

Un éventail varié de procédés est souhaitable, pour que soient sollicitées la mémoire visuelle et la mémoire auditive, différemment développées et préférées selon les individus, et utilement mises à contribution à tour de rôle chez un même sujet.

L'interniste choisit ses modalités de formation continue tantôt dans un contexte de perfectionnement systématique, tantôt à la demande de problèmes précis sur lesquels il bute. Dans cette dernière hypothèse, certaines ressources extra-hospitalières, par leur immédiate disponibilité, peuvent l'emporter sur celles de l'hôpital.

J'essaierai maintenant de dresser un catalogue des ressources vraiment utiles. Le souci d'une énumération raisonnablement complète entraîne évidemment comme corollaire l'impossibilité de m'attarder à trop de détails.

I. LES CONFERENCES

C'est l'enseignement oral dans sa forme la plus classique, que l'évolution moderne est en voie de détrôner. Le conférencier individuel qui se déplace pour une causerie médicale rend encore des services certains, mais son rôle va en s'amenuisant. On est davantage séduit par les colloques et les tables rondes réunissant plusieurs orateurs et réalisant un cours de recyclage vivant dans un domaine donné. L'avantage du contact direct réside dans le dialogue qu'il autorise et encourage.

Citons seulement les congrès, qui ont généralement lieu dans les amphithéâtres des grands centres, encore qu'il ne doive pas nécessairement en être ainsi.

II. LES LIVRES ET LES PERIODIQUES

Qu'il s'agisse de manuels, de traités, de monographies ou d'ouvrages à parution périodique étalée, on sait les difficultés financières d'acquisition et de renouvellement, et les problèmes de manutention et de stockage qu'ils posent tant aux individus qu'aux bibliothèques. Celles-ci, pour autant qu'elles sont affiliées au système du prêt international, peuvent se faire prêter par une autre bibliothèque les ouvrages qui leur font défaut.

D'aucuns pensent que la bibliothèque traditionnelle n'est plus en mesure de jouer son rôle de documentation, et voient une solution dans l'emmagasinement miniaturisé des livres sur des microfiches.

Quant aux revues médicales périodiques, elles connaissent, comme tout le monde sait, une prolifération écrasante. A chacun de faire son choix pour se constituer un crible personnel, à travers les mailles duquel les travaux essentiels ne risquent pas de passer. Une Association comme la nôtre pourrait demander aux ressortissants des différents pays de dresser la liste des revues nationales de premier ordre avec leurs caractéristiques, tant dans le domaine de la médecine interne d'ensemble que dans celui des spécialités dérivées. On peut citer comme exemple une brochure du British Council sur les périodiques médicaux anglais.

Il est, d'autre part, indispensable que chacun dispose d'un canal par lequel recevoir la bibliographie d'un sujet donné et les articles dont il a

besoin, sous forme de microfilms, de photocopies ou par tout autre moyen de reprographie. Il m'est agréable de relever ici que ce service est idéalement offert par la Royal Society of Medicine à ceux qui en font partie.

III. LE CONTROLE DES CONNAISSANCES

Les questions qu'un médecin étudie spontanément risquent d'être celles qui l'intéressent le plus; elles ne coïncident pas toujours, au contraire, avec les zones d'ombre de son savoir. Il est donc intéressant de contrôler ses connaissances pour déceler les lacunes à combler, tout en augmentant son savoir chemin faisant.

Citons l'initiative de l'American College of Physicians, qui en 1968 et en 1971 a envoyé aux internistes américains un questionnaire à remplir, comportant plusieurs centaines de questions. Il leur a été renvoyé corrigé, confidentiellement, seul l'intéressé étant mis au courant de son résultat, et agrémenté d'une bibliographie d'articles à étudier. La moyenne des résultats étant également fournie, chacun pouvait vérifier de quel côté de celle-ci ses connaissances le situaient. Ce genre d'expérience se développe rapidement outre-Atlantique.

L'auto-critique des connaissances, le «médical knowledge self-assessment», peut être obtenu par d'autres moyens: recueils de questions de médecine interne destinés à la préparation de certains examens, par exemple le «Textbook Study Guide of Internal Medicine» avec ses 2265 questions et réponses, édité aux USA; listes de questions dans un périodique médical, avec réponses dans le prochain numéro; recueils par exemple de tracés électrocardiographiques avec choix multiples de réponses, les solutions se trouvent à la fin du volume.

IV. L'ENSEIGNEMENT PROGRAMME

L'enseignement programmé est une nouvelle méthode pédagogique permettant de transmettre des connaissances sans l'intermédiaire direct d'un enseignant, tout en respectant les caractéristiques individuelles de chaque élève.

On se sert, comme support, de textes fournissant un découpage d'un domaine de connaissances en unités d'information aisément assimilables, avec vérification immédiate de l'assimilation d'un élément avant la présentation d'un autre élément. Chaque question est suivie d'un ensemble de réponses proposées, et selon le choix fait par le lecteur, une autre question ou un commentaire permettra de renforcer une connaissance ou d'en faire acquérir une autre. Tantôt on se sert de différents systèmes de caches pour masquer les réponses, tantôt la réponse choisie renvoit à une autre page pour la solution.

V. LES DIAPOSITIVES

Les diapositives sont devenues indispensables à l'illustration des présentations orales, mais ici nous avons davantage en vue les séries de

diapositives concernant un sujet donné, où la succession des documents iconographiques représente l'essentiel. A titre d'exemple, le Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris a constitué une photothèque remarquable, où chaque série de diapositives est accompagnée d'un commentaire imprimé, destiné à être lu devant l'assistance au fur et à mesure de la projection. Il va de soi que certains sujets (endoscopie, radiologie etc.) se prêtent mieux que d'autres à une telle iconographie.

La combinaison des diapositives avec une bande magnétique d'accompagnement a été préconisée, celle-ci déclenchant les projections au moment approprié en synchronisation avec le commentaire sonore.

VI. LES FILMS SCIENTIFIQUES

Le rendement des films scientifiques est variable. Il en existe d'excellents, fournissant une nourriture médicale profitable et de consommation agréable. Beaucoup continuent à faire partie des cinémathèques, alors même que leur contenu a vieilli.

VII. LA RADIO

Moins que dans d'autres domaines, la radio a été utilisé dans l'enseignement de la médecine. L'Ecole de Médecine du New South Wales, en Australie, diffuse trois fois par semaine un programme d'enseignement médical continu. L'émission, d'une heure chaque fois, se sert d'une longueur d'onde de fréquence spéciale et ne peut être captée que par des récepteurs ayant subi une légère modification. Le programme porte le nom significatif «The Sydney Medical School of the Air».

VIII. LE TELEPHONE

Le transmission avec fil, c'est-à-dire par téléphone, mérite une mention. Dans certaines régions, des expériences-pilotes ont organisé la possibilité, pour les médecins, de se mettre téléphoniquement en contact avec des services spécialisés ou des groupes de chercheurs. Il s'agit des consultations concernant des problèmes précis qui surgissent, mais la retombée didactique générale d'un tel arrangement ne semblerait pas négligeable.

Version futuriste de cette conception: l'utilisation du téléphone pour interroger une banque de données emmagasinées dans un ordinateur.

IX. LES ENREGISTREMENTS SONORES

Les enregistrements sonores sont à l'heure actuelle puissamment dominés par les bandes magnétiques en cassettes. Elles se prêtent à des captations en tout lieu, nous apportant les exposés et les débats, dûment édités c'est-à-dire élagués, recueillis dans les réunions médicales les plus prestigieuses, ayant eu lieu à des endroits lointains. Elles se prêtent à une production, une multiplication et un acheminement rapides. Elles se prêtent, enfin, à une écoute réalisable partout et à tout moment: dans

le cabinet médical à des moments perdus s'il y en a, dans l'ambiance détendue du living, dans la voiture, sur la plage etc. La publicité ajoute même qu'on peut les écouter le matin en se rasant, ou le soir au lit, avec des écouteurs pour ne pas troubler l'harmonie conjugale...

Nous avons l'expérience personnelle récente, mais déjà concluante, d'un tel magazine sonore de médecine interne, en cassettes, d'une durée d'une heure chaque fois, et qui paraît 24 fois par an, sous l'égide de la California Medical Association. L'American College of Cardiology édite des cassettes mensuelles, le cas échéant accompagnées de diapositives reproduisant des électrocardiogrammes.

Le disque n'est pas pour autant entièrement détrôné. La reproduction des sons est de définition plus poussée. Nous avons écouté avec beaucoup de profit une série de disques d'auscultation cardiaque, due au Professeur Ravin de l'Ecole de Médecine du Colorado. Une fidélité acoustique remarquable est obtenue grâce au simulateur électronique des bruits cardiaques. Pour une meilleure compréhension des auscultations complexes, les différents bruits surajoutés sont d'abord présentés successivement, avant de l'être globalement. En outre, la modification des bruits lors de l'évolution d'une cardiopathie donnée étalée sur de nombreuses années, peut être condensée dans un laps de temps d'une fraction de minute. Voici donc un exemple où la technologie fait mieux, sur certains points, que l'enseignement clinique au lit du malade! L'enregistrement en question est accompagné d'une brochure dans laquelle on peut suivre parallèlement les événements électrocardiographiques et mécanographiques.

X. LA TELEVISION

Utilisant les chaînes publiques, la télévision médicale a, dans plusieurs pays, des réalisations intéressantes à son actif. Elles ne sauraient que modestement répondre, dans leur conception actuelle, aux besoins des internistes: les émissions sont trop espacées, elles doivent essayer de toucher un auditoire médical trop varié, elles sont trop souvent diffusées à des heures peu propices.

Mais l'année 1971, précisément, est marquée par l'avènement historique de la «vidéonie» ou «vidéophonie» ou «audiovision», qui apporte une véritable révolution dans beaucoup de domaines, dont celui de l'enseignement continu.

La civilisation de l'image a inventé diverses formules de comprimés de télévision enregistrés sur bandes en cassettes ou sur disques. Par l'intermédiaire d'un appareil de lecture son-image raccordé au téléviseur, le programme enregistré apparaît sur le petit écran. Une seconde étape sera marquée par des récepteurs télé avec lecteur incorporé, où on glissera la vidéocassette dans la fente aménagée à cet effet.

Plusieurs firmes européennes, américaines et japonaises développent dès maintenant une activité fébrile pour lancer sur le marché cet équipement, pour lequel se posent des problèmes de standardisation. Il ne fait pas de doute que son prix — un «lecteur» coûte encore environ 400 livres sterling — va progressivement baisser. Un système de prêt des vidéocassettes et des vidéodisques les rendra bordables. Le marché,

dans de nombreux domaines, dont celui de l'éducation, s'annonce extrêmement vaste.

Le 26 février dernier a été fondée à Zurich, par six grands éditeurs européens, la «International Publishers Audiovisual Association», destinée à être un pool d'idées et d'informations.

Pour en rester à la médecine: un grand éditeur allemand va mettre sur le marché, à partir du 1er juillet prochain, un magazine audiovisuel. Les abonnés recevront, 24 fois par an, chaque fois pour une durée de 14 jours, deux programmes d'une heure chacun, avec 8 minutes de publicité pharmaceutique par heure. Cette dernière précision ne laisse pas d'être inquiétante... Le producteur a choisi d'utiliser une pellicule en couleurs de dimension super-8 avec son optique. L'abonnement reviendra 16,— DM par cassette d'une heure. Un développement ultérieur prévoit des éditions adaptées aux besoins de diverses spécialités.

Il y a moins d'un mois, on a appris à Cannes au VIDCA, marché international des programmes et équipements en vidéocassettes, qu'un groupe français projette de lancer dans un an un mensuel médical audiovisuel.

XI. L'INFORMATIQUE

Un mot seulement sur les ordinateurs, parce qu'à la lueur de leurs promesses beaucoup de notions avancées seront sujettes à révision: emmagasinement et diffusion de l'information, enseignement programmé, contrôle des connaissances — voilà quelques-unes des applications qui nous émerveilleront dans un avenir relativement proche, dont l'avènement se heurte moins à des problèmes technologiques qu'à des réalités économiques.

CONCLUSION

Je vous demande pardon d'une énumération si disparate et d'inégale valeur. Mais j'ai voulu démontrer que l'interniste, quel qu'il soit et où qu'il se trouve, n'est pas à court de ressources s'il est animé du zèle, déjà érigé en précepte par le médecin et théologien juif Maimonide, de sans cesse augmenter ses connaissances.

Je m'excuse aussi d'avoir commis l'hérésie de vous abreuver à plusieurs sources non européennes. Mais nous n'y pouvons rien si jusqu'ici le fameux hiatus technologique n'a pas été un pur mythe. Ou y sommes-nous peut-être pour quelque chose? C'est ici l'endroit de poser la question, et dans le cas éventuel de l'affirmative, de déclencher un processus de réflexion et d'action, dont certains secteurs européens donnent déjà l'exemple. Entre les fournisseurs de la matière grise et les détenteurs des moyens de production, l'AEMIE peut jouer un rôle de ferment, de catalyseur, de régulateur.

Je terminerai en affirmant bien haut que parmi les moyens de formation permanent non liés à l'infrastructure hospitalo-universitaire, il en est même qui, tout en n'étant pas médicaux, concernent néanmoins l'interniste soucieux d'une vision panoramique: l'étude du contexte psychosociologique et des réalités économiques de notre époque, le contact

avec son climat culturel, la pratique des langues étrangères. Mais, y insister serait enfoncer des portes ouvertes, ou, dirons-nous avec plus d'à-propos ici en Grande-Bretagne: porter des charbons à Newcastle, lorsqu'on s'adresse aux membres de la Société Européenne de Médecine Interne d'Ensemble.

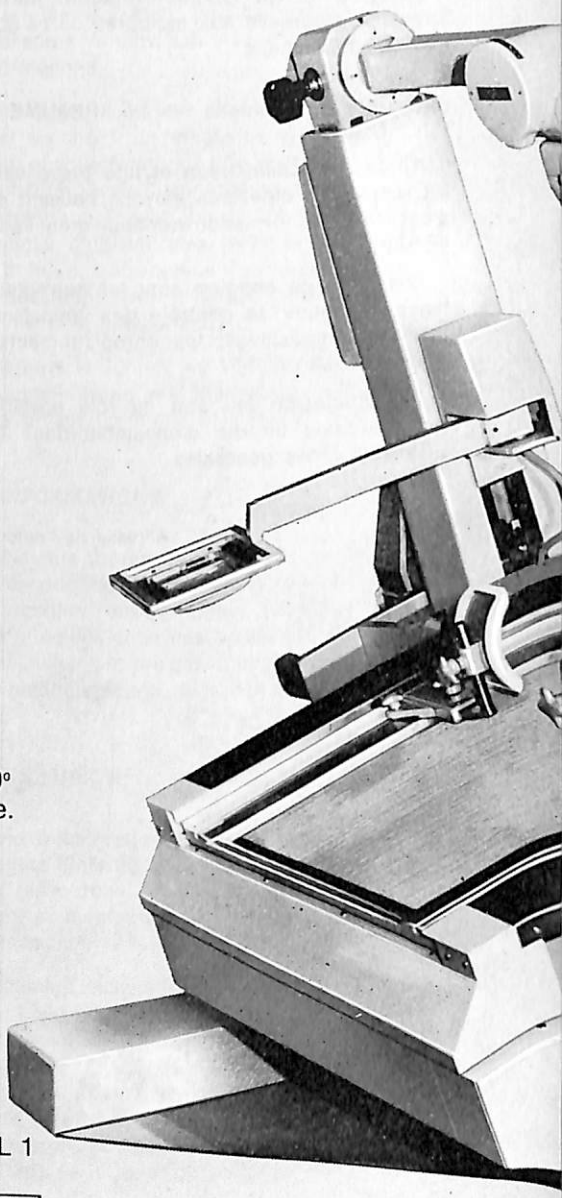
RESUME

Après une délimitation et une brève caractérisation du sujet, on passe en revue des différents moyens pouvant être utilisés par l'interniste pour s'assurer une formation continue non liée à l'infrastructure hospitalo-universitaire.

Les têtes de chapitre sont les suivantes: les conférences; les livres et les périodiques; le contrôle des connaissances; l'enseignement programmé; les diapositives; les enregistrements sonores; la télévision; l'informatique.

La conclusion fait état du rôle possible de l'Association européenne de Médecine interne d'ensemble dans ce domaine et se termine par quelques idées générales.

Adresse de l'auteur: 30, bd d'Avranches, Luxembourg



Telebediende tafel + 90° — 30°
Mobiel buis-selekteur ensemble.
Tomografie en zonografie
in alle standen.
Eventueel : regelbare fokus-
filmafstand van 100 tot 150 cm.
Afstand tafelblad - film =
69 mm **met** Amplimat.
Voorzien voor omgiografie
met filmwisselaar.

Dokumentatie:
N. V. PHILIPS - Medical Systems
de Brouckèreplein 2, BRUSSEL 1
Tel. (02) 19.18.00 - (02) 19.30.00

PHILIPS

INTERMARCO-PUBLICEM. 8347

TELESTATOR

Table télécommandée + 90° — 30°.
Ensemble tube-sélecteur mobile.
Tomographie et Zonographie
en toutes positions.
Option : distance foyer film
variable 100 à 150 cm.
Distance plan d'examen - film:
69 mm **avec** Amplimat.
Prévue pour angiographie avec
changeur de films rapide.

Documentation:
PHILIPS S. A. - Medical Systems
2, place de Brouckère, BRUXELLES 1
Tél. (02) 19.18.00 - (02) 19.30.00

PHILIPS

Die Drei von blend-a-med

blend-a-dent
Zahn-Bürsten gewähren die richtige Reinigung der Zähne und schonende Zahnfleisch-massage durch V-Stellung der Borsten.

blend-a-med schützt Zähne und Zahnfleisch.
Denn blend-a-med enthält hochaktive Anti-Karies-Faktoren und zum besonderen Schutz des Zahnfleisches Allantoin und Pyridyl-carbinol.

blend-a-med Fluid
zur Therapie entzündlicher Prozesse der Mundhöhle.

2/71

INTEGRAL S.A., Luxembourg – 25, Rue d'Epernay

DE LA CHIRURGIE INFANTILE

A. LAMESCH

Née timidement il y a trois siècles, grandissant progressivement, prenant un développement impressionnant au cours des 25 dernières années, la chirurgie pédiatrique a trouvé maintenant sa pleine expansion. Dans tous les pays ont été créées des Chaires et des cliniques de chirurgie infantile, des sociétés de chirurgie infantile, des périodiques de chirurgie infantile, tandis que se multipliaient les congrès.

Quelles sont donc les raisons qui ont présidé à l'épanouissement de cette jeune spécialité solidement établie dans tous les pays à l'heure actuelle?

APERÇU HISTORIQUE

Du point de vue de l'histoire, la chirurgie des enfants est aussi ancienne que la chirurgie des adultes, ne fût-ce que pour les plaies, les fractures, les luxations. Hippocrate souligna déjà l'importance de la médecine infantile: «Là où est l'amour de l'enfant est l'amour de l'art».

Ambroise Paré ne pouvait rien pour les grandes hernies ombilicales du nouveau-né, mais savait bien par contre traiter les becs-de-lièvre dont il maintenait en contact les surfaces avivées à l'aide d'aiguilles.

C'est en FRANCE que la chirurgie des enfants prit naissance officiellement lorsque, en 1614, Louis XIII créa un service de chirurgie infantile à l'Hôtel-Dieu de Lyon et désigna comme chirurgien Alexandre Mosnier.

HANDBUCH
DER
KINDERHEILKUNDE
EIN BUCH FÜR DEN PRAKTISCHEN ARZT

HERAUSGEGEBEN VON
PROF. DR. M. VON PFAUNDLER UND PROF. DR. A. SCHLOSSMANN
IN MÜNCHEN IN DÜSSELDORF

BAND 9

CHIRURGIE DES KINDESALTERS
VON
PROF. DR. R. DRACHTER
UND
DR. J. R. GOSSMANN

3., VOLLIG UMGEARBEITETE UND VERMEHRTE AUFLAGE

MIT 214 TEXTFIGUREN

1930
VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG

THE
SURGICAL DISEASES
OF
CHILDREN.

BY

J. COOPER FORSTER,
FELLOW OF THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS; BACHELOR OF MEDICINE
OF THE UNIVERSITY OF LONDON;
ASSISTANT SURGEON TO, AND LECTURER ON ANATOMY AT, GUY'S
HOSPITAL; AND
SURGEON TO THE ROYAL INFIRMARY FOR CHILDREN, ETC.

LONDON:
JOHN W. PARKER AND SON, WEST STRAND.
1860.

A Paris, sous le consulat, en 1802, un ancien couvent fut transformé en «Hôpital de l'Enfant-Jésus» qui par la suite devint l'Hôpital des Enfants-Malades, précédant d'une cinquantaine d'années la création des hôpitaux d'enfants de Londres, Philadelphie, Stockholm et Copenhague.

En 1840, Guersant fut nommé chef d'un service distinct de chirurgie infantile.

En 1899 fut créée à la Faculté de Médecine de Paris la chaire de «Chirurgie infantile et Orthopédie» qui fut illustrée successivement par Kirmisson, Auguste Broca, Ombredanne, Leveuf, Fèvre et qui est occupée actuellement par Denys Pellerin. Par la suite quatre nouveaux services furent créés à Paris: à Saint-Vincent-de-Paul, Saint-Louis, Bretonneau et Trousseau, à côté de nombreux autres centres dans les grandes villes de province.

Il y a une trentaine d'années, un accord fut conclu entre le Syndicat des chirurgiens et l'Administration de l'Assistance Publique afin que le choix d'un service de chirurgie infantile crée pour le nouveau titulaire l'obligation de conserver cette affectation pendant 8 ans au moins. Il avait donc été jugé que la direction de ces services par des chirurgiens d'adultes était nuisible à la qualité des soins donnés aux enfants et on exigeait, en fait, pour l'attribution de ces services la spécialisation du nouveau titulaire.

De l'expérience amassée par Guersant de 1840 à 1860 nacquit un livre tellement utile qu'il fut traduit en anglais. Le volumineux «Traité de Chirurgie Infantile» de Broca et les nombreuses éditions successives du classique «Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile» d'Ombredanne firent rayonner la pensée française de par le monde entier.

En 1769, le docteur George Armstrong fonda le premier hôpital pédiatrique d'ANGLETERRE, le «Dispensery for Poor Children» à Londres qui malheureusement dut fermer ses portes en 1781 pour manque de support financier.

Le 14 février 1852 fut créé le «Hospital for Sick Children», au 49 Great Ormond Street à Londres, à une époque où le travail salarié des enfants de moins de 14 ans fut encore légal à raison de 6 heures et demie par jour. L'adresse est devenue célèbre dans le monde entier.

En 1860, A. W. Johnson y fit une série de cours intitulée «The Surgery of Childhood». La même année parut à Londres le premier traité de chirurgie pédiatrique intitulé «Surgical Diseases of Children» par J. Cooper Forster, Surgeon to the Guy's Hospital and to the Royal Infirmery for Children.

En 1863, le «Council of the Medical Society of London» décida d'organiser les «Lettsomian Lectures» dans le but «that the interests of its members might be promoted and the profession benefited by having their attention drawn from the broad field of general surgery to the diseases of childhood». Cet enseignement fut donné par Thomas Bryant et tout un chacun connaît le triangle de Bryant pour mettre en évidence l'ascension du grand trochanter dans les luxations de la hanche. Ces cours furent publiés la même année par les éditeurs Churchill & Sons à Londres.

En 1869, Timothy Holmes, «to supply an admitted want in our surgical literature», publia un traité de 687 pages, intitulé «The Surgical Treatment of Diseases of Infancy and Childhood».

Aux ETATS-UNIS, le Children's Hospital of Philadelphia fut créé en 1855, précédant de 10 ans la création du Children's Memorial Hospital à Chicago en 1865.

En 1869 fut fondé le Boston Children's Hospital, devenu la Mecque de la jeune chirurgie pédiatrique. C'est là que commence vers 1937 «le roman de la chirurgie pédiatrique», selon l'expression de Kenneth Fraser, roman qui, comme tous les romans, comporte un personnage principal, William E. Ladd, considéré à juste titre comme le père de la chirurgie pédiatrique moderne.

En SUISSE le plus ancien hôpital d'enfants est la Clinique Pédiatrique de l'Université de Bâle. Créé en 1846, au No 23b St. Johannvorstadt, le «Kinderspitäli» fut transféré en 1861 sur les bords du Rhin, emplacement où il se trouve encore à l'heure actuelle. Des enfants y furent opérés dès le début. Le service de chirurgie devint autonome en 1921. Depuis 1946, il est placé sous la direction du professeur Nicole qui a enrichi la chirurgie pédiatrique de nombreuses contributions.

En 1972 le Kinderspital de Zürich publiera son 100ème rapport annuel. Depuis 1874, un service de chirurgie y fonctionne, illustré à partir de 1939 par Grob qui est un des pionniers de la chirurgie pédiatrique.

En ALLEMAGNE, à Munich, à la fin du XIXème siècle, une chaire de chirurgie infantile fut créée, la seconde en Europe après celle de Paris, chaire qui fut illustrée par Drachter et par Oberniedermayr.

A Heidelberg, les origines de la chirurgie pédiatrique remontent à 1860 quand Dusch, professeur de pédiatrie, effectuait lui-même sur les enfants les opérations connues à l'époque.

C'est à partir de 1920 que nous voyons apparaître les premiers chirurgiens qui consacrent leur activité entière à la chirurgie des enfants: Barrington-Ward à Londres. Coe à Seattle, Ladd à Boston, Penberthy à Detroit et Fraser à Edimbourg.

Plus près de nous, en 1953, Rickham créa à Liverpool un centre de chirurgie néo-natale qui sert de modèle au monde entier.

LA SPECIFICITE DE LA CHIRURGIE INFANTILE

L'organisme de l'enfant, et à fortiori celui du prématuré, du nouveau-né à terme et du nourrisson ne se comportent nullement comme l'organisme de l'adulte: il en résulte que l'enfant, bien portant ou malade, ne saurait être considéré comme un «adulte en miniature».

En raison de son comportement biologique spécifique, l'organisme juvénile ne saurait être soumis à des interventions chirurgicales identiques à celles qui sont utilisées pour l'adulte. Ce fait bien connu constitue un argument indiscutable en faveur de la spécificité de la chirurgie infantile qui, dans le monde entier, est élevée au rang de spécialité autonome, comme le prouve la création de chaires et de centres de chirurgie infantile;

ces derniers sont d'ailleurs le plus souvent rattachés à des cliniques réservées aux enfants.

La naissance de spécialités est dans la logique du développement de la médecine et de la chirurgie: c'est ainsi que la pédiatrie s'est détachée de la médecine interne et que la neurochirurgie, l'urologie, l'orthopédie, la chirurgie thoracique, la chirurgie cardio-vasculaire, etc.... sont devenues des spécialités indépendantes; de même la chirurgie pédiatrique s'est détachée de la chirurgie générale et est devenue une spécialité autonome dans le monde entier. Cette spécialisation se manifeste de plusieurs manières: d'abord par l'apparition d'un enseignement et de centres hospitaliers spécialisés dans de nombreux pays, par la publication de périodiques traitant des problèmes particuliers à la chirurgie infantile et enfin par la création de sociétés scientifiques, se proposant de faire progresser cette discipline.

La chirurgie infantile occupe une place particulière parmi les nombreuses spécialités chirurgicales. Chirurgie de terrain, elle s'oppose aux spécialités d'organe ou d'appareil de la chirurgie des adultes. En ce sens, la chirurgie infantile est restée une chirurgie générale d'une classe d'âge, pour laquelle il faut tenir compte de l'anatomie et de la physiologie particulières de l'organisme en voie de croissance. De ce fait, le chirurgien pédiatrique se trouve souvent en face de problèmes diagnostiques et thérapeutiques tout à fait particuliers et qui sont inconnus en chirurgie des adultes. Ainsi, par exemple, chez le nouveau-né, le nourrisson et le petit enfant, le diagnostic ne saurait s'appuyer que sur les données objectives de l'examen clinique, puisque le malade est incapable de répondre aux questions que l'on aimerait lui poser.

L'exiguïté des structures anatomiques exige beaucoup de dextérité de la part du chirurgien. Les tissus fragiles du nouveau-né et du nourrisson exigent une technique minutieuse, précise et atraumatique, le «feather touch» des auteurs anglo-américains. Sous ce rapport, il semble bien difficile, au cours d'une même séance opératoire, de s'adapter sur un nouveau-né à une telle technique inspirée des règles de la neuro-chirurgie, après avoir procédé par exemple à un enclouage centro-médullaire chez un adulte.

Les particularités anatomiques et physiologiques de l'organisme en voie de croissance appellent des techniques et des procédés opératoires spéciaux.

L'anesthésie et la réanimation des jeunes malades comportent elles aussi des problèmes particuliers. Le manque de stabilité du métabolisme de l'enfant oblige à une attention constante et vigilante: en raison des réserves limitées de l'organisme du nourrisson et du petit enfant, des pertes minimes, en particulier d'eau et d'électrolytes, peuvent provoquer des troubles métaboliques graves, voire irréversibles.

L'importance relative de la surface corporelle et une thermo-régulation centrale insuffisante rendent les nourrissons thermolabiles et obligent à les protéger contre tout refroidissement qui mènerait rapidement à une acidité humorale par insuffisance respiratoire et contre tout surchauffement qui provoquerait une hyperthermie.

Mais, plus que toutes ces raisons, c'est la pathologie chirurgicale tout à fait particulière du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant qui fait de

la chirurgie infantile une spécialité autonome, pathologie aussi particulière que la pathologie médicale infantile. Elle comprend le traitement des malformations congénitales, compatibles ou non avec la vie, qui constitue l'une des tâches les plus importantes et les plus caractéristiques de la chirurgie infantile: le non-spécialiste ne peut guère soupçonner toute la multiplicité des formes que peuvent présenter ces malformations. Leur traitement pose des problèmes difficiles de chirurgie plastique et esthétique, car il s'agit non seulement de restituer, ou plutôt de créer, la forme normale de l'organe mal formé, ce qui exige de la part du chirurgien une adresse et une expérience qui ne peuvent résulter que d'une spécialisation poussée. Ces malformations sont souvent multiples et intéressent plusieurs systèmes; il est nécessaire d'être en mesure d'en faire une synthèse englobant tous leurs aspects, ce qui est possible seulement lorsque le malade est traité par un même chirurgien capable de les opérer toutes. Il est important pour une réussite véritable que le chirurgien garde présent à l'esprit tout le développement ultérieur du patient, c'est-à-dire son avenir: cette action incluant la prévision temporelle est l'une des caractéristiques du chirurgien pédiatrique qui est spécialement entraîné à acquérir un «réflexe du devenir» et à prévoir les conséquences lointaines de chacun de ses actes; ainsi il est le seul à être réellement qualifié pour faire une telle synthèse en matière de malformations qui demandent à être traitées dans un délai assez bref après la naissance.

A côté de toutes ces difficultés et de toutes ces contraintes, la chirurgie pédiatrique présente aussi des aspects plus réjouissants. Ainsi, la capacité de régénération est plus grande, l'intensité et la durée de la douleur sont moindres chez l'enfant que chez l'adulte. Les thromboses et les embolies pulmonaires postopératoires ne se rencontrent pas en chirurgie pédiatrique.

LES RELATIONS ENTRE LA CHIRURGIE INFANTILE ET LES DISCIPLINES VOISINES

Si la spécificité de la chirurgie infantile a été démontrée, il n'en résulte nullement qu'elle doive se cantonner dans un splendide isolement. C'est pourquoi il convient que la chirurgie pédiatrique reste en relation étroite avec la chirurgie générale dont elle est issue: cette dernière favorise sans aucun doute le développement de la chirurgie infantile; de plus, le chirurgien pédiatrique peut se trouver en face de problèmes de chirurgie générale qui ne font pas partie de la routine quotidienne en chirurgie infantile. Ainsi, par exemple, le chirurgien pédiatrique peut être amené à effectuer une gastrectomie pour hémorragie d'ulcère chez un nourrisson. Comme il ne s'agit pas d'une intervention courante chez l'enfant, il est indispensable que le chirurgien pédiatrique ait reçu une formation solide en chirurgie générale avant de se spécialiser en chirurgie infantile (cela est d'ailleurs requis dans le monde entier pour l'obtention du titre de médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique).

De même les relations étroites doivent être maintenues entre la médecine et la chirurgie pédiatriques: la collaboration des spécialistes de ces deux disciplines voisines, centrées toutes deux sur l'enfant, est un facteur de sécurité pour les jeunes malades et un facteur de progrès sur le plan scientifique.

La chirurgie infantile est donc une spécialité pluridisciplinaire, parente à la fois de la chirurgie générale et de la médecine pédiatrique.

Pour ne donner qu'un exemple, la Société allemande de Chirurgie Infantile tient ses assises deux fois par an, d'abord avec la Société de Chirurgie, puis une seconde fois avec la Société de Pédiatrie.

L'ORGANISATION DU CENTRE DE CHIRURGIE INFANTILE

Des raisons psychologiques aussi bien que des raisons d'organisation (biberonnerie commune, laboratoire équipé pour les microméthodes, services de radiologie spécialisés, service d'anesthésie et de réanimation spécialement équipé, isolement pour les maladies in jectieuses, personnel infirmier spécialisé et ayant l'habitude des enfants, etc....) rendent préférable qu'un service de chirurgie infantile soit rattaché à une clinique pour enfants et non pas à une clinique de chirurgie générale pour adultes. Il convient de rappeler à ce propos que l'alimentation des enfants et surtout des nourrissons est d'une importance capitale en vue du résultat opératoire: leurs exigences alimentaires s'opposent nettement à celles des adultes. Tout le rythme de vie des diverses classes d'âge diffère d'ailleurs profondément.

Le traitement chirurgical des enfants exige un équipement adapté, tant du point de vue chirurgical (instrumentation, table d'opération spéciale, etc....) que du point de vue de l'anesthésie et de la réunimation. Et il faut surtout une surveillance étroite de «24 heures par jour, 60 minutes par heure et 60 secondes par minute» (LOUW) pour que la sécurité soit satisfaisante et pour que le traitement chirurgical donne de bons résultats. En effet, un nourrisson ne peut appeler l'infirmière quand il se sent mal, quand il se trouve en état de détresse respiratoire; et il résiste moins bien et moins longtemps que l'adulte à un tel état de détresse et de stress. Dans le service de chirurgie néonatale de Liverpool, Rickham a pu faire baisser la mortalité des malformations congénitales les plus graves de 75% à 20% en organisant une surveillance adéquate. Il n'existe aujourd'hui plus aucun doute sur le fait que les résultats obtenus dans les centres spécialisés de chirurgie pédiatrique comportant un personnel spécialisé, sont nettement meilleurs que ceux obtenus chez des enfants opérés dans les cliniques de chirurgie générale.

Rickham considère qu'un centre de chirurgie néonatale a besoin d'une population de 3.000.000 de personnes pour être viable. En effet, la région sanitaire dépendant du Liverpool Regional Hospital Board et les six comtés du nord du Pays de Galles comprennent une population de 3.000.000 d'habitants. Le nombre des naissances est de 70.000 par an. Cette population fournit au Liverpool Neonatal Surgical Center 120 à 150 nouveaux-nés par an. A ceux-ci viennent s'ajouter 100 à 130 enfants porteurs d'un myéloméningocèle. Le service de chirurgie néonatale avec ses 22 incubateurs est ainsi saturé. Ce chiffre peut évidemment être moindre si le centre chirurgical traite également les nourrissons et les enfants avant la puberté. En général, les centres de chirurgie infantile drainent leurs clientèles dans une population de plusieurs millions d'êtres humains. Pour notre pays, il faut en conclure que le service de chirurgie de la Clinique Pédiatrique de l'Etat ne peut espérer être rentable que s'il draine le pays entier.

Trois pipéridols

à indications **électives**

PIPTAL

normalise les sécrétions gastriques assurant ainsi aux ulcères gastro-duodénaux les conditions les plus favorables à leur cicatrisation

DACTIL

Seul antispasmodique doublé d'un effet anesthésique local, supprime la douleur... en 10 minutes

CANTIL

médicament spécifique des colopathies spasmodiques et douloureuses

Les pipéridols sont les seuls anticholinergiques actifs sur le tube digestif et les voies biliaires sans comporter aux doses efficaces de réactions secondaires d'intolérance ou de toxicité.

DACTIL

PROPRIETES : Le DACTIL offre l'exemple unique d'un anticholinergique doublé d'un effet anesthésique local qui lui assure
une action immédiate : 10 minutes,
et durable : 4 à 6 heures.

Le DACTIL possède un tropisme électif pour le tractus digestif supérieur, **de l'œsophage aux voies biliaires.**

INDICATIONS : Syndromes œsophago-gastriques hypersthéniques, aérophagie et hoquet, spasmes œsophagiens, cardio-spasmes, hernies diaphragmatiques, pyloro-spasmes.
Syndromes biliaires hypersthéniques : dyskinésies duodéno-biliaires, cholécystites chroniques, cholécystites lithiasiques.

POSOLOGIE : 1 comprimé avant les trois repas ou au moment des spasmes.

PRESENTATION : boîte de 20 comprimés à 0,05 g + 16 mg Phénobarbital.

PIPTAL

PROPRIETES : Le PIPTAL est un anticholinergique gastrique doublé d'un **effet anti-acide puissant.**
Le PIPTAL assure ainsi aux ulcus gastro-duodénaux les conditions les plus favorables à leur **cicatrisation.**

INDICATIONS : Dyspepsies gastriques hypersthéniques, ulcus gastro-duodénaux, ulcères peptiques, séquelles spasmodiques de la gastrectomie

POSOLOGIE : 1 comprimé avant les trois repas et 1 ou 2 avant le coucher.

PRESENTATION : Boîte de 20 comprimés dosés à 0,005 g.

CANTIL

PROPRIETES : Le CANTIL constitue un anticholinergique exceptionnel en raison de son tropisme **électif pour le côlon.**
Le CANTIL apparaît ainsi comme le médicament spécifique **des colopathies spasmodiques et douloureuses.**

INDICATIONS : Colites et entéro-colites aiguës et chroniques : alimentaires, allergiques, médicamenteuses (antibiothérapie), microbiennes et virales, paranéoplasiques - Constipations spasmodiques - Diverticulites - Recto-sigmoïdites - Recto-colites hémorragiques - Diarrhée aiguë et chronique.

POSOLOGIE : 1/2 à 1 comprimé aux trois repas et avant le coucher.

PRESENTATION : Boîte de 20 comprimés dosés à 0,025 g.

IN 076/6912/06

Remboursés par l'I.N.A.M.I.

LAKESIDE LABORATORIES, INC.
Documentation :
BENELUPHARM, rue Philippe de Champagne 52 - 1000 Bruxelles.

LA SITUATION DANS D'AUTRES PAYS

a) France

Il existe en France des chaires de chirurgie infantile dans toutes les facultés de Médecine et une agrégation spéciale de chirurgie infantile. Un service de chirurgie infantile se trouve dans tous les grands centres; un chirurgien spécialisé y consacre tout son temps à la chirurgie pédiatrique.

Une Société Française de Chirurgie Infantile réunit les chirurgiens pédiatriques.

b) Angleterre

Des chaires de chirurgie infantile existent également dans toutes les Facultés de Médecine. Les grands centres sont pourvus de cliniques pour enfants hautement spécialisées.

Dans ce pays, la chirurgie pédiatrique est reconnue comme spécialité autonome et a atteint un niveau particulièrement élevé. Pour obtenir le titre de médecin-spécialiste en chirurgie infantile, il faut avoir accompli une formation complète de chirurgie générale et ensuite trois ans de chirurgie pédiatrique dans des centres spécialisés reconnus officiellement comme tels. De ces trois ans un au moins doit être accompli en qualité de chef de clinique (Senior Registrar). Il y a une quinzaine de chirurgiens pédiatriques dans tout le Royaume Uni d'Angleterre.

Il existe une British Association of Pediatric Surgeons (BAPS).

c) Allemagne

En Allemange, la plupart des facultés de Médecine comportent des chaires, ou tout au moins des postes de Privat-docents de chirurgie infantile. Il existe un certificat de médecin-spécialiste en chirurgie pédiatrique (Facharzt für Chirurgie, Teilgebiet Kinderchirurgie); pour avoir ce titre, il faut posséder une formation de chirurgie générale d'au moins 4 ans et ensuite avoir accompli deux ans dans des services spécialisés de chirurgie infantile comme assistant régulier. Dans tous les grands centres des cliniques de chirurgie pédiatrique existent dans lesquelles des chirurgiens spécialisés travaillent à plein temps.

Les chirurgiens spécialistes sont groupés dans la Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie.

d) Suisse

Il existe en Suisse des chaires de chirurgie infantile à Bâle, Berne, Genève, Lausanne, Zürich et un Centre de Chirurgie Infantile à St. Gall, à Lugano et à Lucerne. Pour obtenir le certificat de spécialiste en chirurgie infantile (Facharzt für Chirurgie FMH, insbesondere Kinderchirurgie), il faut avoir fait quatre ans de chirurgie générale et ensuite deux ans de

chirurgie pédiatrique dans un centre spécialisé comme assistant régulier ou comme chef de clinique.

Il existe une Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie.

e) Belgique et Hollande

Des chaires de chirurgie infantile fonctionnent à l'Université libre de Bruxelles et à l'Université de Rotterdam.

Un service de chirurgie infantile vient d'être créé à l'Hôpital Universitaire de Bavière à Liège.

Une Société Belge de Chirurgie Pédiatrique vient de se constituer.

Ce n'est donc qu'au prix d'une spécialisation et d'une technicité très élevée que le chirurgien pédiatrique peut sauver toutes les vies de nouveaux-nés, de nourrissons et d'enfants qu'il serait possible de sauver de la mort ou d'infirmités permanentes et souvent dramatiques. Tout amateurisme sur ce plan coûte cher en vies humaines sacrifiées sans aucune justification; selon la formule du Professeur Michel Salmon «en pédiatrie, plus que dans les autres disciplines, la malfaçon ne pardonne jamais», en raison du caractère durable, ressenti pendant l'ensemble d'une existence, de conséquences qui peuvent diminuer le patient au point de le faire tomber à la charge de la société.

L'enquête menée par Rickman en 1949 est significative:

Avant 1949, c'est-à-dire avant l'organisation d'un centre de chirurgie pédiatrique, deux nourrissons seulement avaient survécu à Liverpool à des interventions chirurgicales majeures, l'un ayant dû être opéré pour une atrésie duodénale, l'autre pour une malrotation.

En 1949, dans la région sanitaire dépendant du Liverpool Regional Hospital Board, sur une population de plus de deux millions d'habitants, 75 nouveaux-nés avaient dû subir une intervention chirurgicale majeure pour une malformation congénitale grave. Ces opérations furent effectuées par 20 chirurgiens différents dans 14 hôpitaux différents avec une mortalité de 72%. 17 des 21 survivants furent opérés dans le centre de chirurgie pédiatrique du Alder Hey Children's Hospital!

Pour illustrer ce qui a été dit, retraçons brièvement l'histoire du traitement chirurgical de l'atrésie de l'oesophage qui apparaît comme une des grandes conquêtes de la chirurgie pédiatrique.

La plus ancienne description d'atrésie de l'oesophage a été publiée par William Durston en 1670. Il n'existait pas de fistule trachéo-oesophagienne, mais une atrésie isolée chez le composant droit d'un thoracopage.

La première description d'un cas d'atrésie de l'oesophage avec fistule trachéo-oesophagienne remonte à Thomas Gibson, médecin général de l'Armée Britannique, gendre de Richard Cromwell (1696).

Il fallut attendre plus d'un siècle avant que Martin rapportât un deuxième cas en 1821.

En 1884 Mackenzie rassemble 63 cas dans la littérature mondiale, en 1931, 225 cas furent connus.

C'est à Vogt (1923) que nous devons une classification qui a encore cours de nos jours.

La période du traitement chirurgical commence en 1898 lorsque Hoffmann, après une vaine tentative d'anastomose par voie cervicale, eut recours le premier à la gastrostomie.

Les premières survies furent enregistrées en 1939 par Ladd et par Leven à la suite d'une série d'interventions complexes.

C'est à Cameron Haight que revient, en 1941, le premier succès chirurgical en un temps par anastomose termino-terminale, après suppression de la fistule trachéo-oesophagienne.

Depuis lors, l'atrésie de l'oesophage, considérée jusque là comme une monstruosité rare qui échappait totalement aux possibilités de la chirurgie, a cessé d'appartenir aux malformations incompatibles avec la vie pour devenir une lésion chirurgicale assez fréquente, de diagnostic facile, mais de traitement difficile qui toutefois, bien conduit, comporte de multiples succès.

A l'aube de l'ère chirurgicale de cette malformation la mortalité se situait autour de 70% dans les meilleures cliniques.

Depuis, par la perfection des techniques, par un diagnostic plus précoce et surtout par l'amélioration des soins intensifs postopératoires, la mortalité a pu être considérablement abaissée.

En effet, Koop du Children's Hospital of Philadelphia, a pu rapporter en 1970 une série de 300 cas représentant son expérience amassée en quinze ans. Au cours des cinq dernières années le taux de survie a été de 92%. Chez les prématurés en bon état, c'est-à-dire n'ayant pas de pneumonie par aspiration, et ne présentant pas d'autre malformation, le taux de survie est de 82%!

Adresse de l'auteur: Clinique Pédiatrique, Luxembourg

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

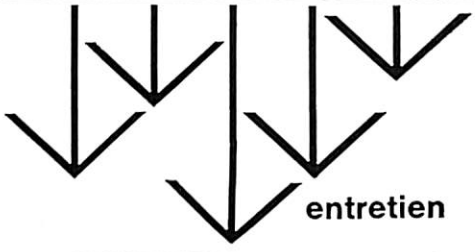
CHIBRET

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



difrarel „b"

anthocyanosides de v. m. + vitamines b1, b6 et b12
boîte de 24 dragées

Capillaro-protecteur
Antalgique
Neurotrophique
Anabolisant

difrarel „e"

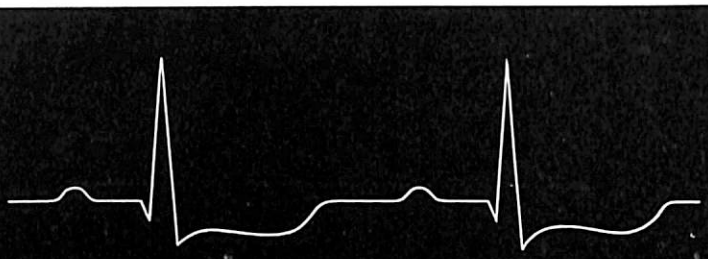
anthocyanosides de v, m. + vitamine e
boîte de 24 dragées

Trophique des
tissus vasculaires
et du collagène

difrarel sédatif

Capillaro-protecteur
Antispasmodique
Vaso-dilatateur et sédatif

anthocyanosides de v. m. + chl. de papavérine + acide nicotinique + phénobarbital
boîte de 24 dragées



Mirapront®

Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Übergewicht stellt eine mechanische Mehrbelastung für die Kreislauforgane dar.

Übergewicht gilt nach der Framingham-Studie als einer der Risikofaktoren für die Entstehung einer Koronarinsuffizienz. 45 % der Patienten mit über 20 % Übergewicht haben EKG-Veränderungen.

Übergewicht dürfte die essentielle Hypertonie begünstigen; Adipositas verschlechtert ihren Verlauf. Übergewicht und die zumeist damit verbundenen Veränderungen der Blutfettwerte sind auslösende Faktoren für arterielle Gefäßveränderungen, die Arteriosklerose.

Ihre Therapie sollte daher Maßnahmen zur Gewichtsreduktion einschließen,
die medikamentöse Gewichtsreduktion mit Mirapront.

Mirapront
Appetithemmer mit Langzeitwirkung.

Unterstützt, ermöglicht die Reduktionsdiät.

Mirapront enthält pro Kapsel 15 mg Phentermin als Resinat. Durch die patentierte Langzeitform wird eine zuverlässige Wirkung über 10–14 Stunden bei guter Verträglichkeit erreicht.

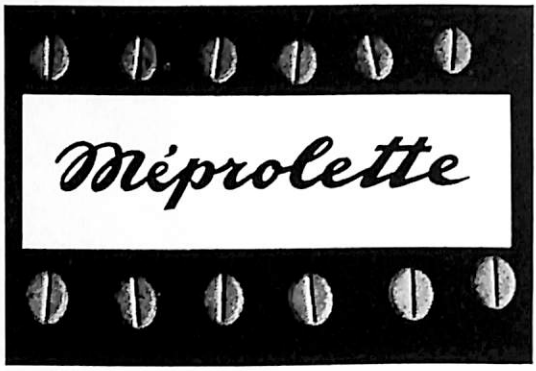
Phentermin ist ein mildes Sympathicomimeticum mit ausgeprägter anorexigener Wirkung. Darüber hinaus besitzt Phentermin eine fettmobilisierende und leicht diuretische Wirkung.

Mirapront wird einmal täglich, am besten nach dem Frühstück, eingenommen.

Mirapront steht in Packungen zu 20 Kapseln zur Verfügung.

In Luxemburg: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S. A., Luxembourg

HEINRICH MACK NACHF
7918 Illertissen/Bayern



« *neuro-relax* »

TRANQUILLISANT A DOSES OLIGODYNAMIQUES

A parité d'action une Méprolette contient :

1/8 **d'une dose sédative de Méprobamate**

1/2 **d'une dose sédative de Phénobarbital**

SAPOS
GENÈVE

PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82

EIN FALL VON PERITONITIS DURCH PERFORATION EINES MECKELSCHEN DIVERTIKELS KOMBINIERT MIT VOLVOLUS BEI MALROTATION BEI EINEM 5 TAGE ALTEN NEUGEBORENEN

A. LAMESCH

Die erste Beschreibung einer bakteriellen Peritonitis durch Perforation des Verdauungstraktes verdanken wir Siebold (13) (1825).

Im vergangenen Jahrhundert war die Bauchfellentzündung eine recht häufige Todesursache im Neugeborenenalter: 6% im Sektionsgut des Pariser Hospice des Enfants Trouvés (3) aus dem Jahre 1850. Erst im Jahre 1950 konnten Légar (8) und Mitarbeiter über die erste erfolgreiche Operation einer Magenperforation bei einem Neugeborenen berichten. Die Sterblichkeit der Peritonitis im Neugeborenenalter liegt auch heute noch zwischen 56% und 70%.

Eine der sehr seltenen Ursachen der Neugeborenenperitonitis ist die Perforation eines Meckelschen Divertikels.

LITERATURÜBERSICHT:

1953 teilten Rosza und Gross (11) die erste autoptische Beobachtung eines intrauterin perforierten Meckelschen Divertikels mit.

Abramson (1) berichtete 1959 über den ersten erfolgreich operierten Fall von Peritonitis durch Perforation eines Meckelschen Divertikels.

1967 publizierten Daum und Hollmann (4) und 1970 Schickedanz (12) zwei weitere erfolgreich behandelte Fälle. Im Krankengut des Liverpool Regional Neonatal Surgical Center fanden sich auf 69 bakterielle Bauchfellentzündungen in der Neugeborenenperiode zwei Fälle von Perforation eines Meckelschen Divertikels, von denen ein Fall tödlich verlief (Rickham) (10).

EIGENER FALL:

An der kinderchirurgischen Abteilung der staatlichen Kinderklinik LUXEMBURG wurde ein Fall von Peritonitis durch Perforation eines Meckelschen Divertikels kombiniert mit Volvulus bei Malrotation bei einem 5 Tage alten Neugeborenen beobachtet und mit Erfolg operiert. François W... wurde am 18. 6. 1969 als drittes Kind gesunder Eltern geboren. Normale Schwangerschaft, normale Geburt, Geburtsgewicht: 3520 g, Länge: 51 cm. Während der ersten Lebenstage normale Entwicklung. Am Abend des fünften Lebenstages erstmalig galliges Erbrechen. Temperatur normal. Leib weich, nicht aufgetrieben. Keine Leukoztose. Stuhl unauffällig. Nach

Teepause am Morgen des sechsten Lebenstages erneut galliges Erbrechen. Keine Temperaturerhöhung. Leib mäßig aufgetrieben, weich, offenbar druckempfindlich. Leuko: 8.800. In der Nacht hatte das Kind normalen Stuhl entleert. Abdomen-Leeraufnahme in Hängelage: zahlreiche Spiegel, geblähte Dünndarmschlingen, keine Luft im Rectum, keine subphrenische Luftsichel. Kontrasteinlauf: Coecum in hoher Mittellage. (Abb. 1).

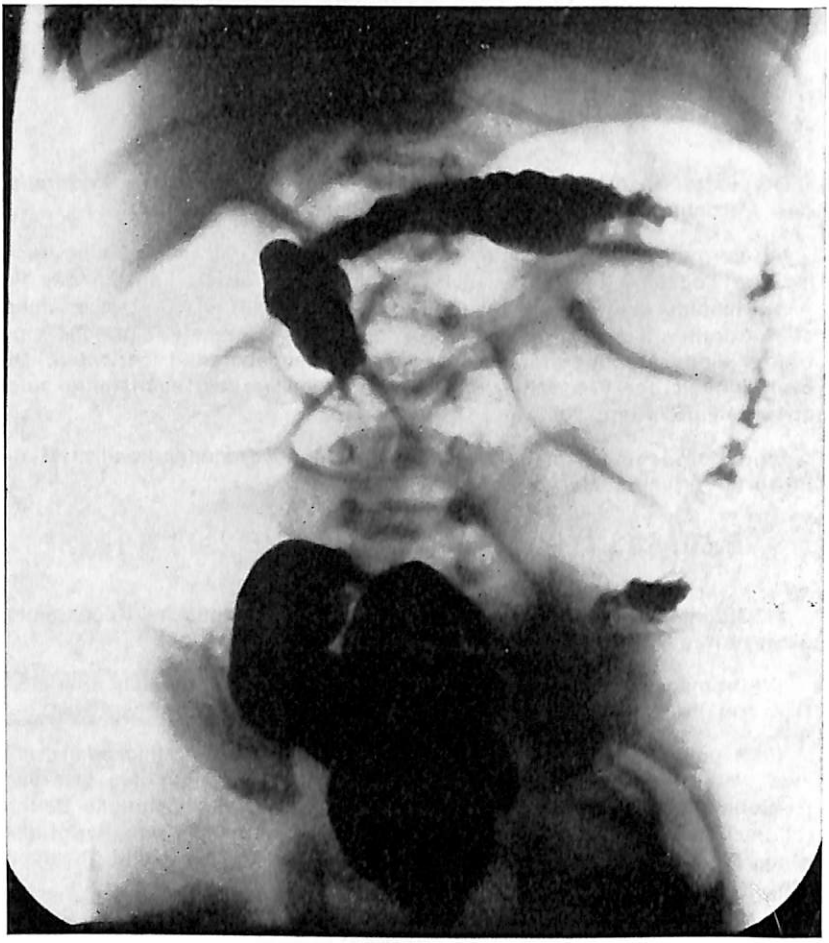


Abb. 1: Holzknechtscher Kontrasteinlauf: Coecum im Epigastrium.

Diagnose: Ileus durch Volvulus bei Malrotation.

Operation am 26. 6. 1969, am sechsten Lebenstag. (Dr. Lamesch, Dr. Bové, Anästhesie: Dr. Kayser).

Transrectale Laparotomie rechts. Nach Eröffnung der Bauchhöhle bietet sich folgender Befund: Geblähte Dünndarmschlingen liegen vor. Jejunum und oberes Ileum sind gebläht, das untere Ileum ist kollabiert. Es besteht ein Mesenterium iliocolicum comune. Der Dünndarm ist um circa 90° im

Uhrzeigersinn um den Mesenterialstiel gedreht. Im Mesenterium finden sich bis bohnengroße Drüsen sowie gestaute Venen. Das Coecum liegt im Epigastrium. Die Pars caudalis duodeni liegt an normaler Stelle hinter den Mesenterialgefäßen. Es bestehen in diesem Bereich die typischen Laddschen Verwachsungen. Am Übergang vom oberen zum unteren Ileum, die direkte Ursache des Ileus darstellend, stößt man auf eine mit Fibrin be-

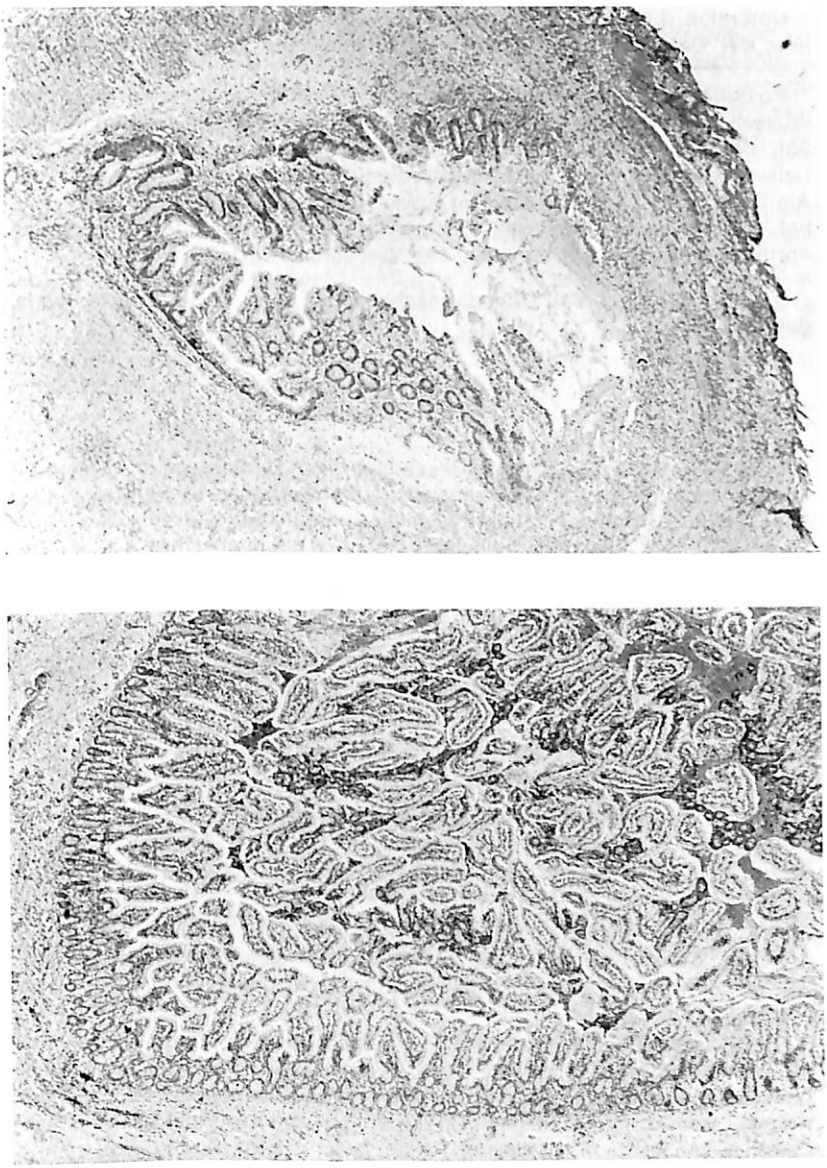


Abb. 2: Regelrechte Dünndarmschleimhaut, keine Heterotypie. Entzündliche Infiltration der Divertikelwand und der Serosa mit Lymphozyten und segmentkernigen Leukozyten. (Dr. Schwachtgen).

legte abgeknickte Dünndarmschlinge. Etwas weiter aboral, circa 30 cm oral der Ileo-Coecalklappe, findet sich ein am mesenterialen Rande des Dünndarmes austretendes, kleinfingerendgliedgroßes, schmalbasiges, entzündlich gerötetes Meckelsches Divertikel, das mit dem umgebenden Mesenterium und den umliegenden Darmschlingen verklebt ist. Das Mesenterium und die Dünndarmschlingen sind in diesem Bereich mit Fibrin belegt.

Detorsion, Lösen der Laddschen-Verwachsungen, Divertikulektomie, Toilette der Bauchhöhle, schichtweiser Verschluß der Laparotomiewunde.

Postoperativ energische antibiotische Behandlung (Reverin, Penbritin), Wasser- und Elektrolytherapie. Am siebten Tag post op. tritt ein Ikterus auf, der nach wenigen Tagen wieder abklingt und bei sonst normalen Leberwerten als mögliches «Inspissated Bile Syndrom» angesehen wird. Am 31. 7. 1969 wird das Kind in gutem Allgemein- und Ernährungszustand bei einem Gewicht von 3.800 Gramm entlassen. Die Magen-Darmpassage ergibt eine regelrechte Funktion des Verdauungstraktes.

Histologisch fand sich Dünndarmschleimhelt. (Abb. 2a, b). (Dr. Schwachtgen).

DISKUSSION:

Das Meckelsche Divertikel, Residuum des Ductus omphaloentericus, findet sich bei 2% aller Menschen. Die Komplikationen — Blutung, Entzündung, Perforation, Invagination, Volvulus, Strangulation — treten nach Gross (7) in 45% der Fälle innerhalb der ersten zwei Lebensjahre auf. Im Neugeborenenalter ist die Perforation eines Meckelschen Divertikels jedoch eine ausgesprochene Seltenheit. In der Weltliteratur konnten wir nur sechs Fälle finden.

Die Peritonitis ist ohne Zweifel die schwerwiegendste abdominale Erkrankung im Neugeborenenalter. Die Letalität der Neugeborenenperitonitis wird von Parrish und Mitarbeitern (9) mit 63%-65% angegeben.

Fonkalsrud, Ellis und Clatworth (5) geben eine Mortalität von 70% bei der Perforationsperitonitis an.

In einer Serie von 69 Fällen von Bauchfellentzündung durch Perforation des Verdauungstraktes von Rickham (10) aus dem Liverpool Regional Neonatal Surgical Center überlebten 35, von 22 Fällen von Meconiumperitonitis konnten 16 gerettet werden. Das entspricht einer Mortalität von 56 % bei insgesamt 91 Fällen von Neugeborenenperitonitis.

Birtch, Coran und Gross (2) berichten über eine Überlebensquote von 45,2% bei einer Serie von 99 Fällen aus dem Boston Children's Hospital Medical Center.

Die Diagnose der Peritonitis ist beim Neugeborenen sicher schwieriger als beim größeren Kind und beim Erwachsenen. Abwehrspannung und Leukozytose fehlen in den meisten Fällen. Auch die Temperatur ist häufig normal. Meteorismus und galliges Erbrechen sind die einzigen konstanten Zeichen, die auch in all diesen Fällen beschrieben wurden, die aber für Peritonitis nicht pathognomonisch sind.

Die Diagnose einer Perforation eines Meckelschen Divertikels kann wohl kaum je vor der Operation mit Sicherheit gestellt werden.

Hingegen ist die Diagnose einer Lageanomalie mit Hilfe eines Kontrasteinlaufes oft möglich.

Über die Korrelation zwischen den beiden Krankheitsbildern läßt sich nichts Sicheres aussagen. Unseres Erachtens ist es am wahrscheinlichsten, daß die Divertikulitis den Volvulus bei dem bestehenden Mesenterium ileocolicum comune ausgelöst hat.

Histologisch fand sich in unserem Fall normale Dünndarmschleimhaut. Bei den anderen sechs Fällen war zweimal eine Aussage über die Schleimhautauskleidung wegen der fortgeschrittenen Gangrän nicht möglich, in den Fällen von Rosza-Gross (11) und im 1. Fall von Rickham (10) fand sich Magenschleimhaut, im Falle von Abramson (1) und im 2. Fall von Rickham (10) normale Dünndarmschleimhaut.

ZUSAMMENFASSUNG:

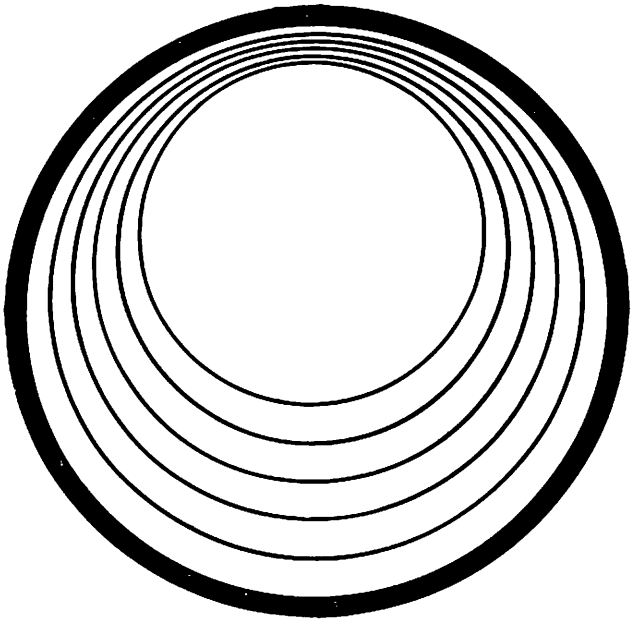
Es wird über einen Fall von Peritonitis durch Perforation eines Meckelschen Divertikels kombiniert mit Volvulus bei Malrotation bei einem 5 Tage alten Neugeborenen berichtet. Es handelt sich um den fünften mit Erfolg behandelten Fall einer Peritonitis durch Perforation eines Meckel'schen Divertikels in der Neugeborenenperiode.

Unser Dank gebührt Dr. S. Bové und Dr. E. Bohler für die freundliche Überweisung dieses Falles, Dr. F. Schwachtgen, Direktor des Institut d'Hygiène et de Santé Publique, für die histologische Bearbeitung.

REFERENCES:

1. Abramson, D. J.: Perforation of Meckel's Diverticulum and Intestinal Obstruction in the Newborn. Am. J. Dis. Child., 100, 277, 1960.
2. Birtch A. G., Coran A. G. and Gross R. E.: Neonatal Peritonitis. Surgery, 61, 305, 1967.
3. Coerper, H. G., Daum, R., Hecker, W.-Ch.: Beitrag zur Klinik der Mekoniumperitonitis. Bruns Beitr. klin. Chir., 211, 161, 1965.
4. Daum, R. and Hollmann, G.: Fetale Perforation eines Meckelschen Divertikels als Ursache eines Neugeborenenileus. Zbl. Chir., 92, 107, 1967.
5. Fonkalsrud, E. W., Ellis, D. G., and Clatworth, H. W.: Neonatal Peritonitis. J. pediat. Surg., 1, 1227, 1966.
6. Grob, M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, Thieme, Stuttgart, 1957.
7. Gross, R. E.: The surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia, Saunders. 1953.
8. Legar, I. L., Ricard, P., Leonard, C., and Piette, C.: Ulcère gastrique chez un nouveau-né avec survie. Un. Méd. Can. 79, 1277, 1950.
9. Parrish, R. A., Sheram, R. T., and Wilson, H.: Ann. Surg. 159, 244, 1964.
10. Rickham, P. P.: Neonatal Surgery. London, Butterworths, 1969.
11. Rosza, S. and Gross, R. J.: Intrauterine Perforation of Meckel's Diverticulum. Amer. J. Roentgenol. 69, 944, 1953.
12. Schickedanz, H.: Perforation des Meckelschen Divertikels bei Neugeborenen. Z. Kinderchir., 8, 71, 1970.
13. Siebold, E. A.: Darmperforation im Neugeborenen. J. Geburtsh. Frauenzimmer Kinderkr. 5, 3, 1825.

Adresse des Verfassers: Kinderchirurgische Abteilung, Staatliche Kinderklinik, Luxemburg



dragées

rutiverine

rutiverine 30

lèvent les spasmes,
dilatent les vaisseaux
et les consolident

dragées

rutiverinal

calme,
lève les spasmes,
dilate les vaisseaux
et les consolide

SURMENAGE

ÉPUISEMENT NERVEUX

DÉFICIENCES CÉRÉBRALES

ANXIÉTÉ

CÉRÉBROLYSINE

Ebéwé

Composition: Mélange d'acides aminés correspondant à 1 gr. de substance cérébrale fraîche par ampoule de 1 cc. Exempt d'albumine de peptides et de lipoïdes.

Indications: Etats d'épuisement nerveux et végétatif, troubles de la faculté d'attention et du pouvoir de concentration, accès vasovégétatifs et autres troubles des fonctions végétatives, troubles post-commotionnels, petit mal, carcolepsie, prophylaxie des effets secondaires dans la thérapeutique de choc, dystontogénie mentale chez l'enfant. - Etats post-grippaux.

Posologie: Tous les 2 ou 3 jours - quotidiennement dans les sèvères - 1 ampoule de CÉRÉBROLYSINE (intraveineuse ou intra-musculaire). En général, une série de 10 ampoules s'est avérée suffisante pour l'obtention d'un succès thérapeutique. Une augmentation des doses est recommandée seulement dans de cas réfractaires.

Présentation: Boîtes de 10 ampoules de 1 cc.

LITTÉRATURE AVEC RÉFÉRENCES SUR SIMPLE DEMANDE

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)

Pour le cœur...

SEDOVERINE

FORMULE

Aminophylline 50 mg . Chlorhydrate Papavérine 15 mg . Phenobarbital 15 mg.

INDICATIONS

Cardiopathies fonctionnelles, instabilité neuro-végétative, palpitations, anxiété.

POSOLOGIE

2 à 6 dragées par jour, suivant avis médical.

PRESENTATION

Flacon de 40 dragées.

Echantillons et Littérature gratuits sur demande.

L'Ophtalmothérapie indolore

Toutes les infections oculaires, nasales et otiques

SULFACOLLYRE VISELE

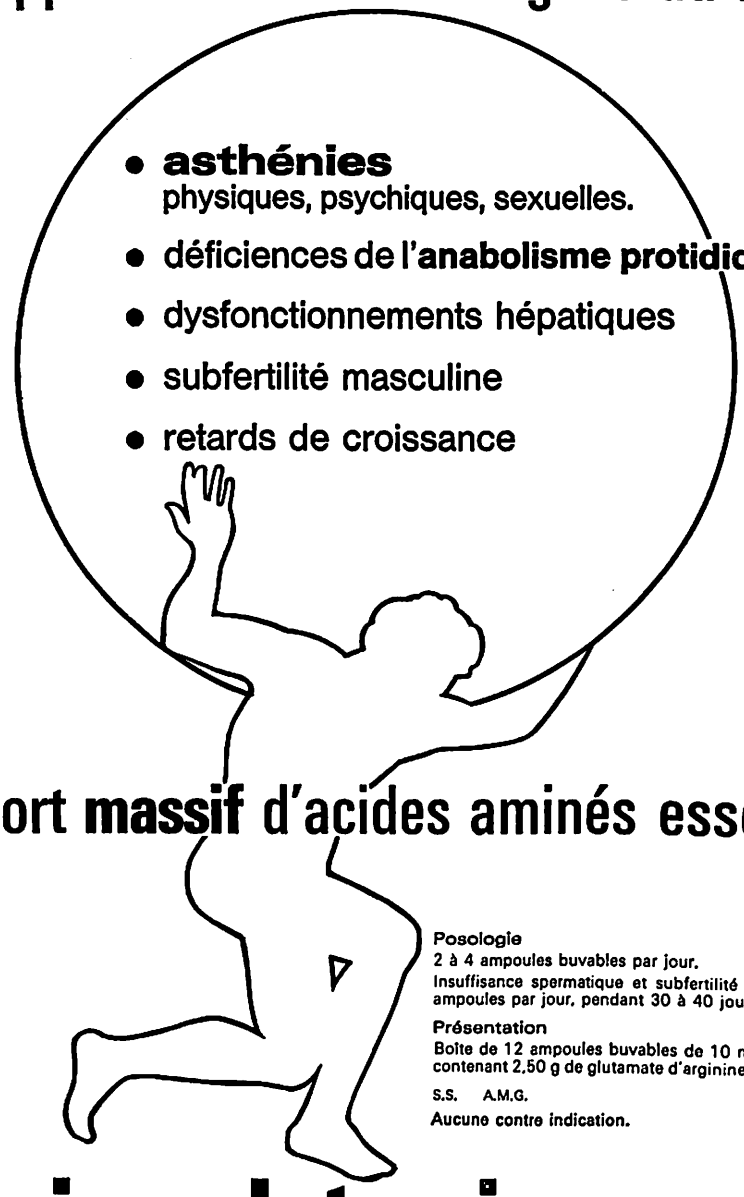
Solution stérile de sulfacétamide sodique (15%)

NAPHAZINC Collyre

Zinc. sulf. 30 mg. - Naphazolin. nitr. 5 mg.

Laboratoires M. VISELE - Wemmel (Belgique)

pour supporter toutes les fatigues du mond



- **asthénies**
  physiques, psychiques, sexuelles.
- déficiences de l'**anabolisme protidique**
- dysfonctionnements hépatiques
- subfertilité masculine
- retards de croissance

un apport **massif** d'acides aminés essentiel

Posologie
2 à 4 ampoules buvables par jour.
Insuffisance spermatique et subfertilité masculine : 4 à
ampoules par jour, pendant 30 à 40 jours.

Présentation
Boîte de 12 ampoules buvables de 10 ml
contenant 2,50 g de glutamate d'arginine et 4 g de Sorbit

S.S. A.M.G.

Aucune contre indication.

arginine glutamique sobi

LABORATOIRES SOBIO 47, rue des Francs-Bourgeois • Paris 4e

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.
23, rue Mercier à Luxembourg

A propos du
CHARGEMENT DIFFERE

C. KIOES

L'Afterloading, ou chargement différé, est une méthode récente qui apporte des améliorations appréciables à la curiethérapie gynécologique.

Au lieu de placer des applicateurs chargés, le nouveau procédé permet la mise en place d'applicateurs vides qui seront chargés après coup.

On conçoit facilement les avantages qui en découlent:

1. pour la malade: Les applicateurs non chargés sont placés sans hâte. Ils peuvent être radiographiés sous différentes incidences ce qui facilite une correction éventuelle de leur localisation. Les clichés définitifs serviront au calcul des isodoses aussi bien au niveau de l'infiltration maligne qu'au niveau des organes critiques tels que colon et vessie.

D'après les statistiques américaines le respect des isodoses permet d'éviter 20% des complications postthérapeutiques. (1)

2. pour le médecin: Il n'est plus exposé à la moindre irradiation. Après s'être assuré de l'emplacement correct des applicateurs il pourra quitter la chambre de traitement et déclencher le chargement des appareils à l'extérieur d'une porte blindée.

Pour chaque visite il effectuera le retrait des sources radioactives dans un container plombé avant d'entrer dans la chambre de la malade.

Les gestes thérapeutiques se font donc sous radioprotection totale. D'ailleurs ce qui est vrai pour le médecin l'est également pour toute autre personne devant entrer en contact avec la malade: infirmières, visites.

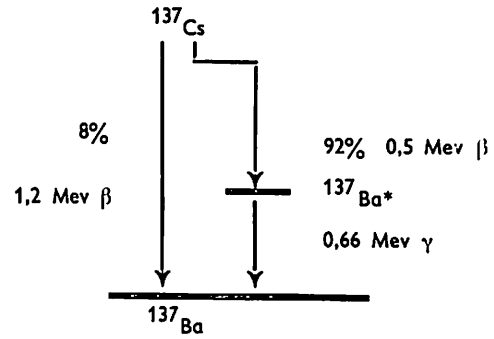
3. Un autre avantage est indirectement lié à l'Afterloading.

Le chargement différé exigeant des sources de petites dimensions on s'est adressé entre autres au Caesium. A efficacité médicale égale on lui a trouvé des possibilités de radioprotection nettement plus favorables que celles du radium. Pour le blindage d'une chambre de traitement la quantité de plomb peut-être réduite de 50%.

Du même coup certains autres désavantages du Radium sont évités. Dans dix Etats américains on a trouvé 39% de sources de Ra contaminées ou présentant des fuites (2). Dans la récente Afterloading conference (N.Y. mai 1971) tous les participants ont reçu le questionnaire suivant:

«Should all radium be replaced for brachytherapy by 1975?»

Le caesium se désintègre de la façon suivante.



Les rayons gamma de 0,66 Mev sont ceux dont on se sert en curiethérapie gynécologique.

La désintégration du radium est trop complexe pour qu'on puisse s'y attarder. Qu'il suffise de dire avec Delherm (3), que la plus grande partie du rayonnement employé en thérapie provient du 214/83 Ra C avec une énergie gamma moyenne de 1 Mev. Ce rayonnement est trop pénétrant pour les buts qu'on se propose d'atteindre. Le tableau suivant facilitera la comparaison entre radium caesium et cobalt (4):

	Mev	Equivalent RX Mev	Protection cm Pb source 2000 Ci	r/h à 1 cm par mC
^{214}Ra	1	2,5	34	8,6
^{137}Cs	0,66	1,3	17	3,9
^{60}Co	1,2	3,5	28	

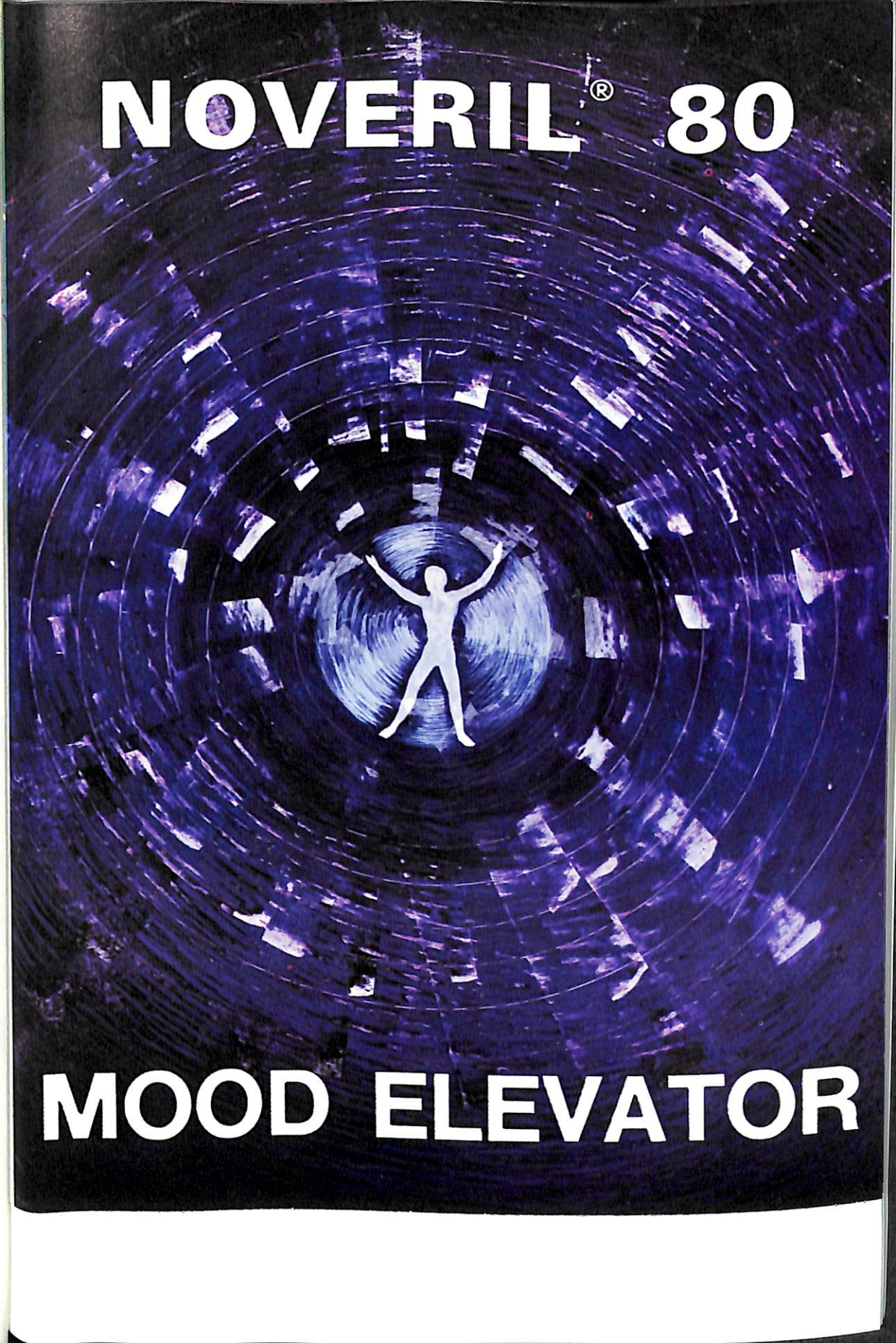
Conclusions:

1. Radioprotection et efficacité thérapeutique voudraient que nous fassions profiter nos malades de l'Afterloading.
2. Pour ce faire il suffirait de réunir une équipe de gynécologues et de radiologiques prêts à en étudier l'application pratique et que
3. la Maternité de l'Etat fasse l'acquisition de l'appareillage dont l'ensemble revient à peu près à un million de francs luxembourgeois.

Références

1. Dr. N. A. Gmissein: Einstein Collège of med. Bronx. N. Y. (communication personnelle).
2. G. D. Schmidt: Radium Hazards and Radiation Exposure (Afterloading conference, N. Y. mai 1971).
3. L. Delherm: Nouveau Traité d'Electroradiothérapie – Masson, Paris, 1951.
4. En partie d'après F. Wachsmann: Kurven und Tabellen für die Strahlentherapie – Hirzel-Verlag, Stuttgart, 1957.

Adresse de l'auteur:
Clinique St. François, Luxembourg


NOVERIL® 80
MOOD ELEVATOR

NOVERIL® 80

WANDER MOOD ELEVATOR

Le **RELEVEMENT DE L'HUMEUR** est **LA BASE DU TRAITEMENT DES ETATS DEPRESSIFS.**

Le relèvement et l'amélioration de l'humeur mélancolique sont caractéristiques du NOVERIL , psychotrope original.

TRAITEMENT DE BASE DES ETATS DEPRESSIFS :

■ ACTION RAPIDE :

« Si l'on compare (le NOVERIL) avec d'autres anti-dépresseurs, on constate la forte proportion, vraiment étonnante, des cas influencés très précocement (après 1 ou 2 jours)... Cela permet de qualifier le produit de **tachy-thymoanaleptique** *ou de* **tachy-antidépresseur.** *» HARDER* (1)

■ ACTION PUISSANTE :

« Du point de vue thérapeutique, le NOVERIL présente de remarquables propriétés antidépressives ainsi qu'une bonne activité thymoanaleptique. » SAVOLDI (2)

■ TOLERANCE EXCELLENTE :

« La tolérance, même aux doses élevées et administrées pendant longtemps, est remarquablement bonne. » HARDER (1)

« L'administration de doses initialement élevées et lentement dégressives de NOVERIL se révéla favorable comme thérapeutique d'attaque; des effets secondaires n'apparurent pratiquement pas » PICHLER (3)

■ POSOLOGIE SIMPLE :

Schéma posologique moyen:	TRAITEMENT D'ATTAQUE : 3 fois 2 dragées à 80 mg à partir du premier jour pendant 2 à 8 semaines	TRAITEMENT D'ENTRETIEN : 3 fois 1 dragée à 80 mg par jour, pendant plusieurs semaines
Matin	NOVERIL 80 80	NOVERIL 80
Midi	NOVERIL 80 80	NOVERIL 80
Après-midi	NOVERIL 80 80	NOVERIL 80

● REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. A. HARDER
Schweiz. Med. Wschr. 96, Nr 6, 185 - 190 (1966).
2. F. SAVOLDI, A. TARTARA und A. ARRIGO
Med. Welt, **20** (B.F.) : 1263 - 1267 (1967).
3. E. PICHLER
Arzneim.-Forsch. (Drug Res.), **14**, 554 - 555 (1964).

● **PRESENTATION :**

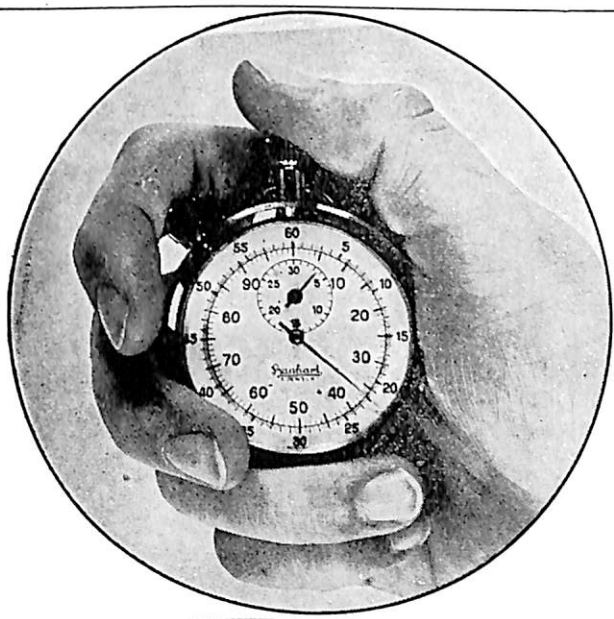
Flacon de 50 dragées de NOVERIL,
Dosées à 80 mg.

WANDER
1050 BRUXELLES

L'action puissante de

Dolo—Adamon®

supprime les douleurs intenses à l'instant.



Dolo-Adamon est le médicament de choix dans le traitement des

- Douleurs intenses du tractus gastro-intestinal y inclus les douleurs biliaires et urinaires
- Douleurs tumorales et post-opératoires
- Rigidité du col utérin (obstétrique)

Dolo-Adamon possède une durée d'action prolongée. Ampoules, dragées, suppositoires, permettant une thérapeutique individuelle.

ASTA-WERKE AG
Chemische Fabrik
Brackwede / Allemagne

Un nouveau progrès !

A présent, l'huile Becel contient en moyenne 75% d'acides gras polyinsaturés.

C'est une excellente nouvelle pour vos patients, cardiaques ou au régime. Elle ne peut que renforcer leur conviction: Becel leur permet de bien manger, et sainement. L'huile diététique Becel est effectivement légère à digérer et d'un goût très fin.

BEH 93 - 12'9 F Lintas

uteplex

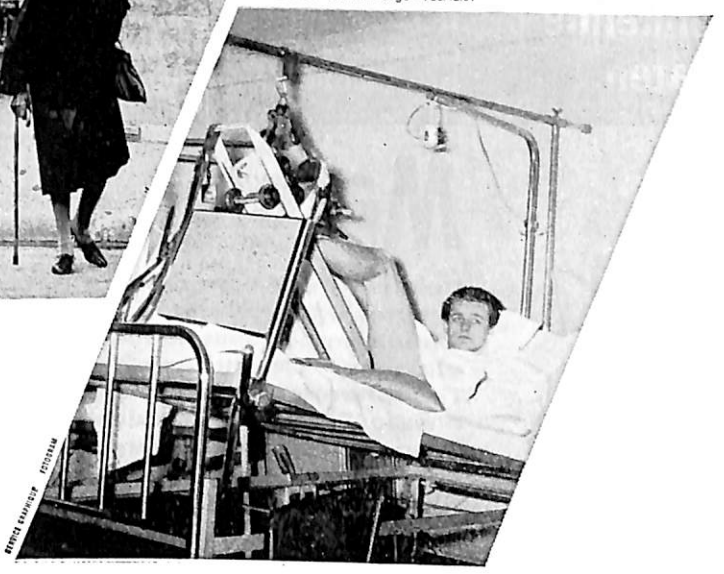
atrophies musculaires post-lésionnelles
syndromes musculaires dégénératifs
syndromes involutifs de 3e âge

présentation
UTEPLEX injectable boîte de 8 ampoules de 1 ml dosées à 4 mg d'UTP

Remboursé S.S. et collectivités
UTEPLEX buvable boîte de 12 ampoules de 2 ml dosées à 2 mg de sel de Na d'UTP

Remboursé S.S. et collectivités
posologie moyenne chez l'adulte
UTEPLEX injectable (voie intra-musculaire)
1 ou 2 ampoules par jour
UTEPLEX buvable : 2 à 3 ampoules par jour
La forme injectable sera généralement utilisée pour les traitements d'attaque, le relais étant assuré ensuite par l'UTEPLEX buvable.

LABORATOIRES AUCLAIR
4 rue Guillot - 92 Montrouge - 735.42.01



Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.
23, rue Mercier à Luxembourg

Fett in der Diätetik

Neue biochemische und klinisch-experimentelle Untersuchungen haben zu gesicherten Empfehlungen hinsichtlich des Fettanteiles in verschiedenen Diät- und Schonkostformen wesentlich beigetragen.

Serumlipid-spiegel-senkende Diäten

Der Pathogenese von Gefäßerkrankungen liegt zweifellos ein komplexes Geschehen zugrunde. Es bleibt aber der Tatbestand:

Hypercholesterinämie und
Hypertriglyceridämie

üben ungünstige Einflüsse auf die Entwicklung von degenerativen Gefäßerkrankungen aus. Darum: Unterstützende diätetische Behandlung bei Altersveränderungen der Gefäße, erhöhtem Serumcholesterinspiegel, Bluthochdruck und nach Herzinfarkten mit

Mazola®
ECHTES KEIMÖL

Reines, unter schonenden Bedingungen gepreßtes Maiskeimöl mit besonders hohem Gehalt an der essentiellen Linolsäure. Ausgeglichener Gehalt an Vitamin-E-wirksamen Tocopherolen. Durch experimentelle und klinische Forschung erwiesene Wirkung, u. a. schnelle Lipämieklärung, keine Beeinflussung der Blutgerinnung, Senkung bzw. Normalisierung erhöhter Serumcholesterin- und Serumtriglyceridspiegel. Milder, angenehmer Geschmack, ausgezeichnete Verträglichkeit, vielseitige küchentechnische Verwendbarkeit.

DEUTSCHE MAIZENA WERKE GMBH
2000 HAMBURG 1, MAIZENAHAUS

Literatur, Muster und Diätvorschläge auf Anfrage.

CAUSES ET PREVENTION DU SUICIDE

(Articles extraits du Symposium organisé à Luxembourg les 22 et 23 mai 1970)

INTRODUCTION

«To die, to sleep, no more».
(Hamlet).

Dans notre pays le problème du suicide n'est pas résolu, nous n'avons même pas encore commencé à lui faire face.

Depuis le début du siècle, plus de 2.300 suicides ont été enregistrés par la gendarmerie et la police. Notre vieux pont Adolphe dont la construction fut terminée en 1903 a déjà vu plus de 500 morts volontaires, plus que la Golden Gate Bridge à San Francisco et la Tour Eiffel à Paris. Depuis 1945 nos prisons ont vu 19 suicides. Tous ces chiffres sont incomplets et n'enregistrent que certaines formes de suicides. Depuis les dernières années, en tenant compte des informations médicales, nous sommes arrivés à la conviction que les suicides réussis par an dépassent la soixantaine et que les tentatives de suicide dépassent 400 par an.

Au moins une tentative de suicide par jour.

Au moins un suicide réussi par semaine.

Dans les statistiques de la mortalité le suicide se trouve en 8e place et un décès sur 100 lui est attribué.

L'attitude du public en face du suicide est encore très ambiguë. D'une part on le considère comme une décision personnelle qui ne regarde personne et de l'autre comme un acte répréhensif et honteux qui mérite punition et mépris. Dans certains pays on punit les rescapés du suicide et en Luxembourg la réglementation des caisses de maladie refuse le remboursement des frais d'hospitalisation en cas de tentative de suicide. Autant dire qu'on n'a rien compris à la misère de l'homme qui se croit acculé à l'autodestruction, qui ne possède plus la raison sereine pour juger sa situation et qui par son geste de désespoir veut mourir et vivre à la fois. Considérer le suicide comme un problème exclusivement médical serait une grave erreur, car il comporte des incidences sociologiques non négligeables et sa prévention nécessite une restructuration de la société dans laquelle nous vivons.

Le suicide pose bien des problèmes, celui de la liberté individuelle, celui de la maladie mentale, celui de la solidarité du groupe, celui de la structure sociale, celui de l'organisation hospitalière et des services d'urgence.

En Luxembourg rien n'est encore résolu et voilà pourquoi nous espérons que ce symposium entraînera une prise de conscience permettant de mieux organiser la prévention du suicide dans ce pays si paisible qui néanmoins pour un certain nombre de ses habitants n'a du bonheur que l'apparence.

Dr. Georges Muller

Neuentwicklung
Sanol-Arzneimittel

Gesteigerte Sicherheit bei allen Erkältungskrankheiten. Durch die sinnvoll aufeinander abgestimmte Cept-Präparate-Gruppe.

Cept-Präparate bieten für jede Erkältungsstufe die richtige Dosierung.

rhinicept
Orales Schnupfen-Therapeutikum mit Langzeitwirkung über 8–10 Stunden.

coducept
Der Hustenblocker mit Langzeitwirkung.

pecticept
Hustensaft mit Langzeiteffekt über 8–10 Stunden.

sulfo-pecticept
Hustensaft Sulfonamid-Kombination mit Langzeiteffekt über 8–10 Stunden.

PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82

DIE NEU-ORIENTIERUNG DER SELBSTMORDFORSCHUNG

E. STENGEL (Sheffield)

Der Selbstmord ist ein spezifisch menschliches Phänomen. Die Annahme, daß Tiere Selbstmord begehen, ist unbewiesen. Zum Selbstmord gehört der Todeswunsch, der beim Tiere nicht nachweisbar ist, selbst wenn die Verhaltensweise des Tieres zum Tode führen muß. Es gibt keine Gemeinschaft, die unter normalen Umständen den Selbstmord ihrer Mitglieder nicht fürchtet und vermeiden möchte, abgesehen von gewissen rituellen Selbstmordhandlungen, die auf bestimmte Situationen beschränkt sind.

Die systematische Selbstmordforschung begann in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, als die Soziologen statistische Daten mit meßbaren sozialen Faktoren in Beziehung setzten. Die soziologische Betrachtungsweise erreichte ihren Höhepunkt mit Dürkheims klassischer Monographie, die 1897 erschien und noch heute großen Einfluß besitzt. Seine Hauptthese war, daß der Selbstmord um so wahrscheinlicher ist, je weniger das Individuum mit der Gemeinschaft integriert ist, das heißt, je schwächer seine sozialen Bindungen sind.

Ärzte, und besonders die Psychiater, waren von jeher am Selbstmord interessiert. Alle klinischen Untersuchungen stimmen darin überein, daß der Selbstmord keineswegs immer mit ausgesprochener Geistesstörung verbunden ist, daß aber unter den psychiatrischen Krankheitszuständen die endogene Depression besonders selbstmordgefährdend ist.

Die Tiefenpsychologen, besonders die Psychoanalytiker, steuerten wichtige Gesichtspunkte zur Selbstmordforschung bei. Ich möchte nur zwei erwähnen, nämlich die Rolle der Aggression in der Selbstmordhandlung und die Bedeutung der individuellen Vorgeschichte in der Genese der Selbstmordbereitschaft.

Wie jeder klinische Psychiater bin ich dem Selbstmordproblem immer wieder begegnet. Vor mehr als 30 Jahren beschrieb ich Wanderzustände, fugues, als Selbstmordäquivalente und wies darauf hin, daß in der Kindheitsgeschichte dieser Kranken ein «broken home», eine zerbrochene Familie, auffallend häufig nachweisbar ist. 1949 wurde ich eingeladen, ein Referat über den Stand der Selbstmordforschung zu schreiben. Dieses Referat, das 1950 erschien, gibt mir die Möglichkeit, den heutigen Stand der Selbstmordforschung mit dem vor 20 Jahren zu vergleichen. Ihre Fortschritte sind so bemerkenswert, daß man von einer Transformation der Selbstmordforschung sprechen kann. Ich möchte versuchen, die Neuorientierung der Selbstmordforschung zu beschreiben und einige der heute im Vordergrunde stehenden Probleme darzustellen. Sie spiegeln die neuen Strömungen in der Psychiatrie und den Sozialwissenschaften wider.

Es ist das Bestreben jeder Forschung, mit meßbaren Größen zu arbeiten. In der Psychiatrie kann dieses Bestreben nur selten Erfüllung finden. Es ist daher verständlich, daß die Psychiater von der scheinbaren Präzision der Selbstmordstatistik stark beeindruckt waren und noch sind. Die

Bulletin de la Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg
Bull. Soc. Sci. méd. Luxembg., *108*, 1971.

Selbstmordraten, das heißt die Zahlen der Selbstmorde pro 100.000 pro Jahr werden noch immer allzu kritiklos akzeptiert und Differenzen zwischen Ländern und Regionen haben oft zu weitgehenden Spekulationen Anlaß gegeben. Unkritischer Respekt für die Selbstmordstatistik macht heute allmählich einer gesunden Skepsis Platz. Die Widerstände gegen die Enthüllung der wahren Selbstmordfrequenz variiert von Land zu Land und sogar von Ort zu Ort. Vor einigen Jahren führte ich gemeinsam mit Dr. Farberow in Los Angeles eine vergleichende Studie über die Provenienz der Selbstmordraten in verschiedenen Kontinenten und Ländern aus. Wir fanden, daß die Methoden, die zur Erstellung dieser Raten führen, so verschieden sind und ihre Validität so variierte, daß nationale Raten kaum vergleichbar sind. Die Tatsache, zum Beispiel, daß die Schweizer und die österreichischen Selbstmordziffern laut der internationalen Statistik manchmal doppelt so hoch als die englischen sind, besagt wenig, da die Methoden der Registrierung in diesen Ländern nicht die gleichen sind. Die moderne Selbstmordforschung lehnt die Statistik keineswegs ab, sie steht ihr aber kritisch gegenüber und will ihre Verläßlichkeit erhöhen.

Ich möchte einiges über den heutigen Stand von Dürkheims Werk sagen. Er wird von soziologischer Seite kritisiert, weil er seine Hypothese über die Integration des Individuums in die Gemeinschaft nicht in meßbarer Form ausdrückte, was eine wissenschaftliche Bestätigung oder Ablehnung der Hypothese unmöglich machte. Vor einigen Jahren haben zwei amerikanische Soziologen versucht dies nachzuholen und haben eine Methode ausgearbeitet, mit deren Hilfe der Grad der sozialen Integration errechnet werden kann. Diese Bemühungen beruhen aber auf der Verläßlichkeit der verfügbaren Selbstmordraten, die von den meisten Soziologen akzeptiert wird. Jack Douglas, ein junger ikonoklastischer Soziologe, bildet eine Ausnahme. Er lehnt Dürkheim völlig ab, da er die statistischen Daten als wertlos betrachtet. Er sieht die Zukunft der soziologischen Selbstmordforschung nicht in der Modernisierung von Dürkheim, sondern im Studium der sozialen Bedeutung der Selbstmordhandlung.

Wenn man über den Selbstmord spricht oder schreibt, ist es wichtig zwischen dem tödlichen Selbstmord und dem nicht tödlichen Selbstmordversuch zu unterscheiden. Der Selbstmordversuch wird vielfach nur als verfehlter Selbstmord betrachtet. Dies ist nicht genug. Er ist auch ein Ereignis, das durch seine eigenartige Erlebnisqualität und seinen Effekt auf andere Menschen die Lebenssituation der Person, die die Handlung beging, verändert. Diese Veränderung kann oberflächlich und kurzlebig, aber auch tiefgreifend und von langer Dauer sein. Sie kann die Lebenssituation des Individuums transformieren. Die Folgen des Selbstmordversuches stammen von seinem Effekt auf die dem Individuum nahestehenden Menschen und auf die Gemeinschaft, der er angehört. Die Selbstmordhandlung ruft Hilfereaktionen hervor, vor allem durch die Mobilisation von Schuldgefühlen. Der Selbstmordversuch wirkt als ein Appell, als ein «cri du coeur». Er hat diese Wirkung, selbst wenn sie in den bewußten Motivationen der Selbstmordhandlung keine Rolle spielt. Sie mag sogar größer sein, je weniger sie beabsichtigt war. Wir können die Selbstmordhandlung nicht völlig verstehen, wenn wir diesen Effekt nicht in Betracht ziehen und seine universelle Bedeutung übersehen. Die Wirkung auf die menschliche Umwelt gehört zur Selbstmordhandlung, die ja nicht in einem sozialen Vakuum begangen wird. Jedermann weiß, daß wenn er eine solche Handlung begeht, er entweder stirbt oder zu bestimmten Reaktionen von seiten der Umgebung Anlaß geben wird. Jede Selbstmordhandlung bein-

haltet die Mitteilung: «Ich kann nicht mehr weiter, ich will sterben, oder tut etwas für mich». Die Anerkennung des Appelleffektes als ein der Selbstmordhandlung inhärentes Phänomen ist unvereinbar mit der Annahme, daß Selbstmordversuche eingeteilt werden können in echte, das heißt ausschließlich auf Selbstvernichtung abzielende und demonstrative, das heißt ausschließlich auf Appell an Mitmenschen gerichtete. Die Frage ist nicht, ob sie zu der ersten oder der zweiten Gruppe gehört, sondern wieviel sie von der einen und wieviel sie von der andern Motivation enthält.

Während früher alle Selbstmordhandlungen, die tödlichen sowohl als die nicht tödlichen, nur retrospektiv untersucht wurden, fördern katamnestische Untersuchungen, Kohortenstudien, von Selbstmordversuchen eine wichtige Aufgabe der modernen Selbstmordforschung. Man fragt nicht nur, was zur Selbstmordhandlung führte, sondern auch, was aus den Menschen, die Selbstmordversuche begangen haben, wird und welchen Effekt der Selbstmordversuch auf ihre Lebenssituation hatte. Besonders wichtig ist die Frage, wieviele dieser Menschen sich schließlich das Leben nehmen. Diese Untersuchungen sind keineswegs einfach, da es nicht leicht ist, mit diesen Menschen Kontakt zu behalten. Dies ist notwendig, wenn man allgemeine Schlußfolgerungen über das Schicksal dieser Menschen ziehen will. Alle diesbezüglichen Studien, die sich heute bereits über ansehnliche Zeiträume erstrecken, stimmen darin überein, daß Menschen, die Selbstmordversuche begangen haben, statistisch eine viel höhere Selbstmordwahrscheinlichkeit haben als Kontrollgruppen, die keine Selbstmordversuche begingen.

Die Häufigkeit der Selbstmordversuche in einer Bevölkerungsgruppe ist nicht leicht zu ermitteln. Die Neigung, die Wahrheit zu verheimlichen, ist hier zumindest ebenso groß als bei den Selbstmorden, wahrscheinlich größer. Es genügt nicht, die Zahl der einschlägigen Spitalaufnahmen ausfindig zu machen, da ja nicht alle Fälle ins Spital kommen. Wir haben in Sheffield, einer Industriestadt mit 500.000 Einwohnern, eine Untersuchung durchgeführt, in der alle praktischen Ärzte befragt wurden und in der alle Spitalsaufnahmen eingeschlossen wurden. 20% der von den praktischen Ärzten berichteten Selbstmordversuche wurden zuhause behandelt und nicht ins Spital geschickt. Dazu kommt noch eine unbestimmte Gruppe von Selbstmordversuchen, bei denen kein Arzt interveniert. In diesem und in einer Anzahl von andern Studien wurde gefunden, daß die Zahl der Selbstmordversuche zehn- bis fünfzehnmal so groß ist als die Zahl der Selbstmorde in derselben Bevölkerung. Es gibt keine Altersgruppe, in der die tödlichen Selbstmordhandlungen häufiger sind als die nicht tödlichen.

Statistische Studien können sehr aufschlußreich sein, vorausgesetzt, daß nur Vergleichbares miteinander verglichen wird. Ich möchte ein Beispiel einer solchen Untersuchung anführen. Vor einigen Jahren fiel mir auf, daß eine Industriestadt im Norden von England mit einer Einwohnerschaft von 80.000, außergewöhnlich hohe Selbstmordraten hatte, vier bis fünfmal so groß als eine andere nicht weitentfernte Industriestadt mit 500.000 Einwohnern. Kleinere Städte haben gewöhnlich niedrigere Selbstmordziffern als größere. Der Vergleich aller zahlenmäßig erfaßbaren Faktoren, die zur Häufigkeit des Selbstmordes beitragen, ergab, daß infolge des Niederganges der Textilindustrie, von der die kleinere Stadt lebte, es zu einer Abwanderung der jüngeren Altersgruppen, in denen die Mehrzahl der Selbstmorde vorzukommen pflegt, weitgehend überrepräsentiert waren. Die größere Stadt, deren Hauptindustrie florierte, zeigte keine solche Ver-

schiebung in der Zusammensetzung ihrer Bevölkerung. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß zum Beispiel die außerordentlich hohe Suizidrate von West-Berlin wenigstens zum Teil auf eine ähnliche Veränderung der Bevölkerungsstruktur zurückzuführen ist. Dies ist eine Hypothese, die präziser statistischer Bestätigung bedarf. Exzessive Überalterung einer Bevölkerungsgruppe kann natürlich nicht nur durch Abwanderung von den jüngeren Jahrgängen zustandekommen, sondern auch durch Zuwanderung älterer Menschen, wie dies in England in manchen Kurorten geschehen ist.

In den letzten Jahren ist in allen industriellen Ländern eine erstaunliche Zunahme der Selbstmordversuche, besonders mit Arzneimitteln, beobachtet worden. Dies betrifft besonders die jüngeren Altersgruppen, in denen auch ein Ansteigen der Selbstmordziffern beobachtet wurde. Die totalen Selbstmordziffern sind erfreulicherweise nicht angestiegen. Die enorme Zunahme der Selbstmordversuche ist schwer zu verstehen. Die leichtere Verfügbarkeit von Schlafmitteln und anderen Giften spielt wohl eine Rolle, kann aber kaum das Phänomen völlig erklären. Die Zunahme der Selbstmordversuche hat eine gewisse Beziehung zur Zunahme antisozialer Handlungen und der Aggressivität im allgemeinen, die in unserer Gesellschaft beobachtet werden kann. Ist doch der Selbstmordversuch ein aggressiver Akt, der sowohl gegen das eigene Selbst als auch gegen die Gesellschaft gerichtet ist.

Die steigende Häufigkeit der Selbstmordversuche, von denen viele einen stark demonstrativen Charakter haben, hat zu einer lebhaften Kontroverse über die Definition und Abgrenzung von Selbstmordhandlungen geführt. Manche Psychiater sind der Meinung, daß die Mehrzahl der sehr zahlreichen Arzneimittelvergiftungen nichts mit Selbstmord zu tun haben und einfach impulsive Demonstrationen darstellen, die das Ziel haben, andere Menschen zu beeindrucken und Erpressungen an ihnen auszuüben. Es wird oft das Argument vorgebracht, daß viele dieser Leute Selbstmordabsichten in Abrede stellen. Ich halte die Tendenz, die Selbstschädigungskomponente und die potentielle Gefahr dieser Selbstmordhandlungen zu verneinen, für irrig und gefährlich. Ist es doch gezeigt worden, daß die Wahrscheinlichkeit eines schließlichen Selbstmordes bei diesen Menschen selbst dann exzessiv ist, wenn der Selbstmordversuch keine Lebensgefahr mit sich bringt. Nichtsdestoweniger ist diese Kontroverse wichtig, da sie die Notwendigkeit demonstriert, dem Problem der Definition der Selbstmordhandlung mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Manche Psychiater beschränken den Begriff der Selbstmordhandlung auf jene Fälle, in denen der Drang und der Wille zur Selbstvernichtung das Bewußtsein beherrscht. Wenn man diese Definition akzeptiert, können nur wenige Selbstmordhandlungen eingeschlossen werden. Die meisten werden ja in Zuständen begangen, in denen Selbstvernichtungstendenzen recht unklar sind und keineswegs das Bewußtsein beherrschen. Der Ausgang der meisten Selbstmordhandlungen ist unbestimmt.

Nur eine Minorität der Selbstmorde, nach meiner Erfahrung nicht mehr als 15%, werden so durchgeführt, daß ihr tödlicher Ausgang unvermeidlich ist und nicht unter Umständen hätte verhindert werden können. Viele Leute, einschließlich manche Psychiater, haben eine allzu rationelle Vorstellung vom Selbstmord. Die Idee des sogenannten Bilanzselbstmordes, die manchen europäischen Psychiatern teuer ist, illustriert die Tendenz, die komplizierten und widerspruchsvollen Motivationen, die in der Selbstmordhandlung eine Rolle spielen, rationell zu klären. Wenn unser Sein

und Nichtsein von der Bilanz zwischen unseren Erfolgen und Mißerfolgen abhinge, wäre die menschliche Spezies schon lange ausgestorben. Ein anderer Begriff, der leicht mißverstanden werden kann und daher von zweifelhaftem Werte ist, ist der der Kurzschlußreaktion, weil er den Eindruck erweckt, daß es sich nahezu um eine physische Reaktion zu emotionaler Hochspannung handelt, bei der psychologische Motivationen unwichtig sind. Bei sorgfältiger Untersuchung des Einzelfalles kann man fast immer finden, daß eine Selbstmordtendenz lang vor diesen ungeplanten Impulshandlungen vorhanden war.

Wenn die Ermittlung einer bewußten Selbstmordabsicht nicht ein unerläßliches Kriterium der Definition der Selbstmordhandlung sein kann, — schon deshalb nicht, weil eine solche Absicht oft abgeleugnet wird, auch wenn sie vorhanden war — wie können wir dann die Selbstmordhandlung definieren? Ich schlage die folgende Definition vor: «Eine Selbstmordhandlung ist ein Akt von absichtlicher Selbstschädigung, von der das den Akt begehende Individuum nicht wissen kann, ob es ihn überleben wird oder nicht.» Diese Definition hat zwei Vorteile: erstens macht sie uns von der Bewußtheit und dem Eingeständnis der Selbstmordabsicht unabhängig, und zweitens vermeidet sie den Fehler, Schlüsse aus der objektiven Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit der Selbstschädigung, wie sie der Außenseiter sieht, zu ziehen. Manche Ärzte begehen diesen Fehler, wenn sie Selbstschädigungshandlungen, die nicht lebensbedrohend sind, als harmlose Gesten und nicht als ein ernstes Alarmsignal betrachten. In vielen Fällen besteht keine Beziehung zwischen der objektiven Gefährlichkeit des Aktes und der Stärke der Selbstmordtendenz. Keine Definition der Selbstmordhandlung kann auf objektiven Kriterien allein beruhen. Die von mir vorgeschlagene Definition schließt das Moment des Risikos ein, das man in der Regel unschwer erschließen kann und das zur Selbstmordhandlung gehört. Menschen, die solche Handlungen begehen, benehmen sich in der Regel nicht so, als ob sie entweder sterben oder leben wollten, sondern als ob sie beides zur gleichen Zeit möchten, gewöhnlich das eine mehr, oder viel mehr, als das andere. Die meisten Selbstmordhandlungen spiegeln das gleichzeitige Vorhandensein selbstvernichtender und selbsterhaltender Tendenzen wider. Die letzteren sind äußerst schwer völlig zu unterdrücken, selbst wenn die ersteren das Bewußtsein zu beherrschen scheinen.

Ich möchte bemerken, daß ich mich hier nur mit klar umschriebenen Selbstmordhandlungen befasse und nicht mit Lebensweisen, die selbstschädigend wirken und zum Tode führen können. Der amerikanische Psychiater Karl Menninger hat solche Verhaltensweisen, wie etwa den chronischen Alkoholismus und andere Suchten — heute muß man auch das Kettenrauchen hinzufügen — als Manifestationen einer unbewußten Selbstvernichtungstendenz interpretiert. Unbewußte und manchmal vorbewußte suizidale Tendenzen spielen zweifellos bei manchen Unfällen eine Rolle. Mit diesen interessanten Problemen kann ich mich hier nicht beschäftigen.

Sie haben aus meinen bisherigen Ausführungen entnommen, daß die moderne Selbstmordforschung traditionelle und scheinbar endgültig gesicherte Annahmen in Frage stellt und ihre Stichhaltigkeit kritisch überprüft. Dies gilt für die statistischen Daten und für den Begriff der Selbstmordhandlung, der keineswegs eindeutig ist. Dasselbe gilt für ihre Motive, die oft recht klar und einfach erscheinen, besonders wenn die Selbstmordhandlung eine Reaktion auf psychisches Trauma, schweres Leiden

oder unlösbaren Konflikt ist. Es gibt aber keine Lebenssituation, auf die die Mehrzahl der Menschen in der Regel mit einer Selbstmordhandlung reagieren. Selbst in der Melancholie geschieht dies nicht bei allen Kranken. Daher ist die Postulierung einer Selbstmordbereitschaft d. h. einer Prädisposition, auf schwer ertragbare Krisen in dieser Weise zu reagieren, unerläßlich. Einer der Faktoren, die zu dieser Prädisposition beitragen, liegt in der Kindheit des Individuums. Es hat sich gezeigt, daß der Verlust oder die langdauernde Abwesenheit eins oder beider Elternteile in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit von Selbstmordhandlungen später im Leben erhöht. Dies gilt sogar für das hohe Alter und für depressive Kranke. Möglicherweise prädisponiert der Mangel an Beziehungen zu den natürlichen Liebesobjekten der Kindheit zu sozialer Isolierung später im Leben. Soziale Isolierung ist einer der wichtigsten Faktoren in der Verursachung von Selbstmordhandlungen. Die Rolle der Persönlichkeit ist besonders von Ringel erforscht worden. Er ist der Meinung, daß Selbstmordhandlungen besonders bei einem bestimmten Typus von neurotischen Persönlichkeiten vorkommen, die frühen Versagungen ausgesetzt waren und zu neurotischen Fehlhaltungen neigen, welche zu Mißerfolgen auf vielen Lebensgebieten führen. Ich nehme an, daß Professor Ringel über die von ihm beschriebene Lebensgestaltungsneurose sprechen wird. Das Problem der Prädisposition zum Selbstmord ist trotz der Fortschritte der Forschung keineswegs völlig geklärt. Die zerbrochene Familie führt bei manchen Individuen nicht zum Selbstmord, sondern zu antisozialem Verhalten und zum Verbrechen. — Persönlichkeitsfaktoren sind wohl dafür verantwortlich, daß die Aggression sich in gewissen Fällen nach außen richtet, in anderen Fällen gegen das eigene Selbst und sehr oft hat sie glücklicherweise weder den einen noch den anderen Effekt.

Ich habe den Versuch unternommen, einige der aktuellen Fragen der heutigen Selbstmordforschung zu skizzieren. Meine Darstellung ist natürlich unvollständig. Ich habe zum Beispiel nicht über die Anwendung psychologischer Testmethoden gesprochen, die in den letzten Jahren auf diesem Gebiete versucht wurden. Auch hier hat Professor Ringel Interessantes beigetragen.

Ich möchte mir abschließend erlauben, die verschiedenen Aspekte der Selbstmordforschung, die ich besprochen habe, nochmals kurz zu erwähnen. Ich sprach einführend über die Rolle der Soziologie, über die Notwendigkeit einer kritischen Einstellung zur Statistik, deren Wert ich an dem Vergleiche der Selbstmordraten zweier englischer Städte demonstrierte. Ich erklärte, warum es notwendig sei, Selbstmord und Selbstmordversuch nicht nur gemeinsam, sondern auch getrennt zu behandeln und den Effekt des Selbstmordversuches auf das Individuum und auf die menschliche Umgebung zu untersuchen. Ich wandte mich dann der Frage der Häufigkeit der Selbstmordversuche zu und erwähnte den außerordentlichen Anstieg dieser Reaktionsweise in der letzten Zeit. Dies brachte uns zu dem Problem der Definition der Selbstmordhandlung, das neuerlich akut geworden ist. Schließlich sprach ich von der Prädisposition zur Selbstmordhandlung und warnte dagegen, Selbstmord und Selbstmordversuch aus der unmittelbaren Krisensituation allein zu erklären.

Prof. Erwin Stengel, Sheffield
Departement of Psychiatry
Sheffield University, Great Britain

Tranquo-Buscopan®

stabilise l'équilibre neuro-végétatif, procure la détente et supprime les états de tension psychique

Composition

1 dragée contient :
7-chloro-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phényl-2H-1,4-benzodiazépine-2-one (= Oxazépam) 10 mg

bromure de N-butyl-hyoscine (= Buscopan®) 10 mg

Tranquillisant et spasmolytique

Présentation

Flacons de 20 et 50 dragées

Boehringer Ingelheim

Concessionnaires :
Etablissements E. Baudrihaye
4800 Verviers

1510/B/frz

amphocycline® squib

l'antibiothérapie spécifique

pour vos patients "high risk"

l'antibiothérapie des patientes sous anovulatoires

les modifications locales de l'épithélium vaginal, les altérations générales du métabolisme glucidique favorisent l'apparition d'une candidose vaginale et intestinale.

l'antibiothérapie des patients à l'état général altéré

les défenses immunologiques sont fortement amoindries, les antibiotiques inhibent la synthèse des anticorps et l'activité phagocytaire. L'antibiothérapie chez ces patients peut provoquer des candidoses aux complications graves.

l'antibiothérapie du "3e âge"

la malnutrition, la malabsorp les modifications endocriniennes, l'immobilisa totale ou partielle altèrent leur état immunolog et peuvent entraîner une candidose viscérale ou généralisée.

squibb s.a. avenue des nénuphars 19 - 1160 bruxelles - tél. 73.61.55

Tremaril®

WANDER

TREMBLEMENT & PARKINSON

Puissant anticholinergique central doué de propriétés antihistaminiques intenses, le TREMARIL représente une association moléculaire originale de pipéridine et de thioxantène.

« C'est le **premier** médicament qui **agit sur le Tremblement d'une manière sûre** »

(Hartmann - Von Monakow)

Paralysie agitante. ▶
D'après les statuettes du professeur Richet.
Photo Larousse

Tremaril®

tremblement et Parkinson

Le Tremaril est tout spécialement indiqué dans le TREMBLEMENT et le PARKINSON :

— **TREMBLEMENT SENILE :**
dû à une lésion des centres extra-pyramidaux, à la suite d'artériosclérose.

— **TREMBLEMENT ESSENTIEL**
ou idiopathique : se manifeste lors du maintien volontaire d'une attitude déterminée et intéresse spécialement le membre supérieur.

— **TREMBLEMENT HEREDITAIRE :**
vraisemblablement causé par la fragilité hérédo-familiale de certains centres extra-pyramidaux.

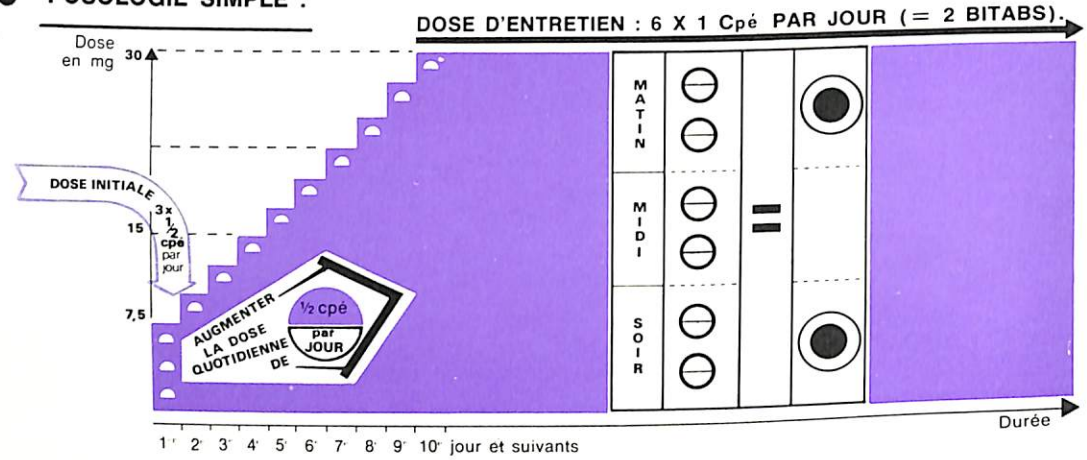
— **TREMBLEMENT DU PARKINSON :**
- Post - encéphalitique
- Artério-scléreux
- Idiopathique ou « paralysie agitante »

— **TREMBLEMENT « PARKINSONOÏDE »**
ou médicamenteux, résultant de l'imprégnation par les neuroleptiques.

— **TREMBLEMENT POST-OPERATOIRE**
ou « résiduel » chez les Parkinsoniens traités chirurgicalement (stéréo-taxie).

● **TOLERANCE EXCEPTIONNELLE vis-à-vis :**
- **des fonctions du FOIE et de l'ESTOMAC**
- **des fonctions des REINS**
- **de la FORMULE SANGUINE**
- **de la TENSION ARTERIELLE**
- **du POULS**

● **POSOLOGIE SIMPLE :**



EXEMPLE POSOLOGIQUE MOYEN
(patients âgés d'environ 60 ans)

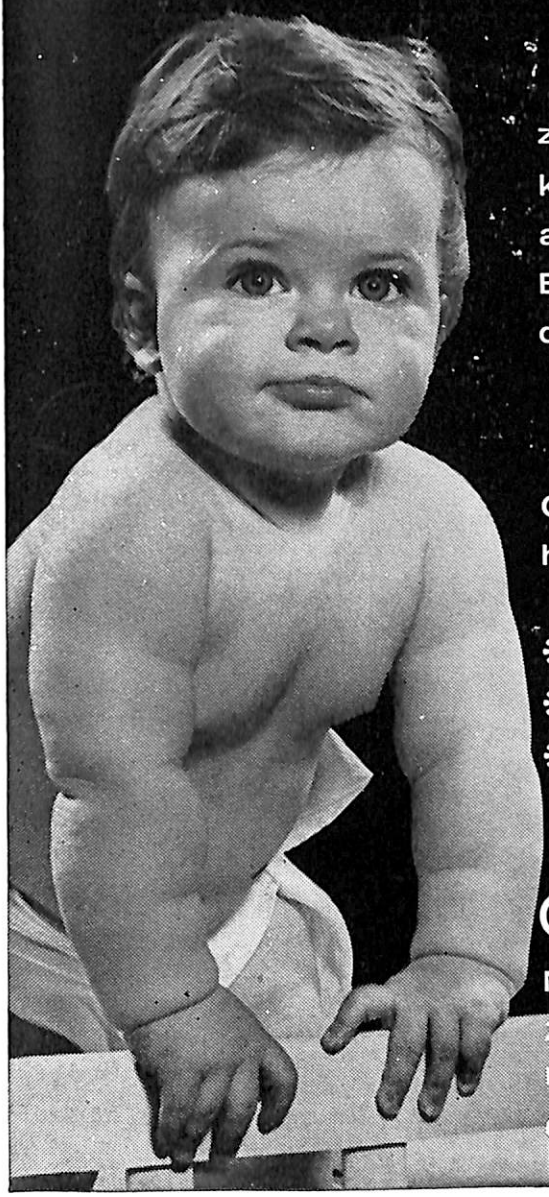
CAPACITE IRREPROCHABLE D'ASSOCIATION avec les autres antiparkinsoniens connus à ce jour

WANDER
1050 BRUXELLES

PRESENTATION :
- **flacon de 20 et 100 comprimés sécables dosés à 5 mg**
- **flacon de 50 bitabs dosés à 15 mg**

squibb s.a. avenue des nénuphars 19 - 1160 bruxelles - tél. 73.61.55

Cobed Gelee®



zur
kutanen Therapie
akuter und chronischer
Erkrankungen
der Luftwege

Cobed Gelee
hat 3fache Wirkung:

* lokal
* inhalatorisch
* reflektorisch

Merrell-Iptor

Merrell Pharma
Zweigniederlassung der
Richardson-Merrell GmbH
608 Groß-Gerau

INTEGRAL S.A. Luxembourg, 25, rue d'Epernay

lipoclair
lipoclair
lipoclair

hépato protecteur original

restaure la cinétique fonctionnelle du foie

composition :

Adénosine	20 mg
D.L. méthionine	100 mg
Bétaine base monohydrate	500 mg
Citrate de choline	1 g
Sorbitol	1 g
Chlorhydrate de pyridoxine	10 mg
Para-hydroxybenzoate de méthyle	10 mg
Para-hydroxybenzoate de propyle	2 mg
Excipient aromatisé à l'ananas q. s. pour 1 ampoule buvable	10 ml

AFFECTIONS HEPATIQUES

Hépatites ictérigènes et non ictérigènes

Hépatites infectieuses et séquelles d'hépatites infectieuses

Hépatites d'origine toxique

Cirrhoses compensées et décompensées

Stéatose hépatique

Sclérose hépatique

Troubles dyspeptiques

Migraines digestives

posologie moyenne :

3 ampoules par jour diluées dans un 1/2 verre d'eau et réparties en 3 prises avant les repas.

Cures de 15 jours à 1 mois.

Dans certains cas sévères, cette posologie peut être doublée.

Cures itératives, si nécessaire.

tolérance :

La tolérance est toujours excellente. Il n'existe aucun effet secondaire, ni aucune contre-indication.

Le LIPOCLAIR peut être associé à toute autre thérapeutique.

présentation :

Boite de 20 ampoules buvables de 10 ml

Remboursé par la Sécurité Sociale

N° d'autorisation de mise sur le marché: AD 4223 du 4-9-1968

LABORATOIRES AUCLAIR 4 & 6, RUE GUILLOT, 92 - MONTROUGE - PARIS TEL. : 735.42.01

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.
23, rue Mercier à Luxembourg

DER SUIZIDGEFÄHRDETE PATIENT

E. RINGEL (Wien)

Es zeigt sich immer wieder, daß ein überraschend hoher Prozentsatz von Personen, die Selbstmorde durchführen, relativ knapp vor ihrer Tat mit Ärzten in Kontakt stand. Der Verfasser mußte 1961 feststellen, daß von 50 Selbstmördern, deren Lebensgeschichte rekonstruiert wurde, nicht weniger als 27, also mehr als die Hälfte, in den letzten Monaten vor ihrem Suizid, ja größtenteils sogar unmittelbar vor diesem, in ärztlicher Behandlung waren bzw. ärztlichen Kontakt suchten. In letzter Zeit haben *Farberow* und *Simon* in einer Vergleichsuntersuchung zwischen Wien und Los Angeles gefunden, daß in beiden Städten zusammen 23% der untersuchten Menschen, welche die vollendeten Selbstmorde verüben, innerhalb der letzten Woche vor dem Suizid einen Arzt konsultieren, weitere 21% im Verlaufe des letzten Monats.

Die beiden genannten Autoren ziehen daraus mit Recht den Schluß, daß ein Besuch beim Arzt häufig ein Symptom des inneren Kampfes mit der Selbstmordabsicht ist, unternommen mit der zumindest unbewußten Hoffnung, durch den Arzt in der Widerstandstendenz gegen die Selbstmordintention gestärkt zu werden.

Die weitverbreitete Ansicht, daß der zum Selbstmord tendierende Mensch niemandem Gelegenheit gibt, ihn vum Selbstmord zurückzuhalten, ist wissenschaftlich unhaltbar. Mit Recht hat man in Amerika den Slogan geprägt, «daß niemand 100prozentig suizidal ist», weil jede Selbstmordhandlung unternommen wird gegen den stärksten Trieb, den der Mensch sein eigen nennt, den Selbsterhaltungstrieb. Dieser sucht im Kampf mit der Selbstdestruktion gleichsam Bundesgenossen, und es versteht sich von selbst, daß besonders der Arzt als ein solcher empfunden wird. Um so mehr muß der Arzt natürlich gerüstet sein, das eigentliche Anliegen des Patienten (nämlich vom Selbstmord bewahrt zu werden) zu erkennen und dementsprechende therapeutische Gegenmaßnahmen einzuleiten. Wenn eine deutlich depressive Verfassung vorliegt, wenn direkte Selbstmordabsichten ausgesprochen werden, wird dies nicht schwerfallen. Leider ist es aber so, daß zu wiederholten Malen die Selbstmordproblematik nur in indirekter und oft ausgesprochen maskierter Form an den Arzt herangetragen wird. Um so wichtiger erscheint es, daß dieser mit jenen Fortschritten vertraut ist, die gerade in den letzten 15 Jahren hinsichtlich der verbesserten Beurteilung der im einzelnen Fall gegebenen Selbstmordgefahr erzielt worden sind.

BEURTEILUNG DER SUIZIDALITÄT

Präsuizidales Syndrom

Auf Grund eingehender Untersuchungen geretteter Suizidanten hat der Verfasser ein Syndrom beschrieben, welches er für die psychische Verfassung vor einem Selbstmord als charakteristisch ansah und dementsprechend als präsuizidales Syndrom bezeichnete. Die Gültigkeit dieses Syndroms ist seither von vielen Seiten in zahlreichen Ländern überprüft

worden, und man darf heute wohl sagen, daß es einen wesentlichen Indikator bestehender Selbstmordgefahr darstellt. Es besteht aus

1. zunehmender Einengung,

2. gehemmter und schließlich gegen die eigene Person gerichteter Aggression und

3. immer intensiver werdenden Selbstmordphantasien.

ad 1) *Zunehmende Einengung:*

Hier ist zuerst einmal eine eventuell gegebene *situative Einengung* der persönlichen Möglichkeiten zu berücksichtigen (z. B. plötzlicher Verlust mehrerer Familienangehöriger durch einen Unfall). Es wird dabei aber eine große Rolle spielen, ob diese situative Einengung durch einen Schicksalsschlag zustandekam oder ob sie das Resultat eigenen Fehlverhaltens ist; ferner gibt es auch Menschen, die sich situativ eingeengt fühlen, ohne es in Wirklichkeit zu sein.

In den beiden letzteren Fällen erscheint die Annahme berechtigt, daß die betreffende Persönlichkeit psychisch gestört ist, es erhöht sich somit die Wahrscheinlichkeit, daß sich die situative Einengung mit einer *dynamischen Einengung* koppelt. Man darf bei dieser Gelegenheit vielleicht daran erinnern, daß es keine Situation im Leben gibt, und sei sie auch noch so negativ, die zum Selbstmord zwingen könnte. Die letzte Entscheidung über Sein oder Nichtsein fällt immer in der Persönlichkeit, d. h. in ihrer psychischen Verfassung.

Wenn die psychische Verfassung durch dynamische Einengung gekennzeichnet ist, bei welcher sich die Dynamik der Persönlichkeit in eine einzige Richtung (negativer, depressiver, selbstaufgebender, zu Verzweiflung und Panik drängender Art) entwickelt, dann nimmt die Gefahr des Selbstmordes enorm zu. Im Dienste dieser dynamischen Einengung steht ein starrer Ablauf der Apperzeptionen und Assoziationen (tendenziöse Apperzeption in negativer Richtung), die Anwendung von fixierten und damit gleichbleibend wiederkehrenden falschen Verhaltensmustern, die Einengung der Affekte in die Richtung von Trauer und Angst, wobei Gegenregulationsmechanismen fehlen oder versagen — so daß schließlich als Resultat der dynamischen Einengung das Gefühl eines drängenden Zwanges zum Selbstmord entsteht.

Schließlich muß im Rahmen der Einengung noch die *Reduktion zwischenmenschlicher Beziehung,* über deren Devalorisierung und Konstriktion bis zum Extrem der völligen Vereinsamung, und die *Einengung der Wertwelt,* im Sinne geringer und subjektiv bleibender Wertbezogenheit (Wertverarmung und Wertisolierung) sowie einer mangelhaften Wertverwirklichung, berücksichtigt werden.

Fassen wir zusammen: Im Rahmen der dynamischen Einengung, die man vielleicht als die zentrale psychopathologische Kraft des Selbstmordgeschehens bezeichnen könnte, findet eine einseitige Ausrichtung der Persönlichkeit statt, bis man sich schließlich von dieser einen überstarken Tendenz zum Selbstmord getrieben, ja gezwungen fühlt. Mit anderen Worten: die dynamische, besonders die affektive Einengung, erreicht im Moment des Selbstmordes ihren Höhepunkt (von wenigen Ausnahmen abgesehen, handelt es sich beim Selbstmord um ein triebhaft-emotionales,

keineswegs um ein rationales Geschehen; verstandesmäßige Überlegungen haben lediglich den Stellenwert von Rationalisierungen eines im Grunde irrationalen Vorganges). Daraus geht klar hervor, daß der Ausdruck Freitod, der so oft als Synonym für Suizid verwendet wird, zumindest in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle falsch ist.

ad 2) *Selbstaggression:*

Für die präsuizidale Entwicklung der Aggressionsproblematik sind drei Voraussetzungen nötig.

★ *Der Mensch muß unter starkem Aggressionsdruck stehen.* Dies kann durch zu starke primäre Aggressionsbildung zustande kommen (wie z. B. bei den asozialen Psychopathen) oder unter dem Einfluß eines überstrengen Gewissens, welches auch die geringste Aggressionsentladung nach außen verbietet (vor allem bei der neurotischen Entwicklung), in unserer Zeit aber auch unter dem zunehmenden Druck von Zivilisationsbedingungen.

★ *Der Mensch ist unfähig, die Aggressionen nach außen abzureagieren.* Neben der bereits erwähnten neurotischen Struktur können hier auch andere Faktoren eine Rolle spielen, z. B. eine allgemeine körperliche und psychische Hemmung, wie sie bei der endogenen Depression vorhanden ist, oder aber das Fehlen zwischenmenschlicher Beziehungen, die ja zweifellos auch der Aggressionsabfuhr dienen (dementsprechend ist die bereits erwähnte Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen in der präsuizidalen Phase oft mit Aggressionsanstauung verbunden).

★ *Schließlich sucht die Aggression als einzig verbliebene Möglichkeit die eigene Person als Entladungsobjekt.* Auch bei den Abwehrmechanismen, wie sie *Sigmund* und *Anna Freud* beschrieben haben, macht sich präsuizidal ein Einengungsmechanismus bemerkbar, insofern, als der Abwehrmechanismus «Aggressionsumkehr» zu dominieren beginnt, während die anderen Abwehrmechanismen verkümmern (für die Beurteilung der Suizidalität wird daher immer der Grundsatz gelten: Je mehr Abwehrmechanismen vorhanden sind — wie z. B. bei der Hysterie — desto geringer bzw. abgeschwächter ist die Selbstmordtendenz). Gefördert wird die Aggressionsumkehr besonders auch dann, wenn infolge von bewußten oder unbewußten Schuldgefühlen eine Selbstbestrafungstendenz besteht: Der Selbstmord ist u. a. auch die schwerste Form der Selbstbestrafung, die ein Mensch durchführen kann.

ad 3) *Selbstmordphantasien:*

Wenn man gelegentlich an Selbstmord denkt, ist das noch nicht pathologisch; wir alle haben irgendeinmal in Erwägung gezogen, daß man «so etwas tun könnte». Werden aber solche Gedanken chronisch, so handelt es sich bereits um einen alarmierenden Bestandteil des päsuizidalen Syndroms. Man kann dabei zwischen aktiven (als «Entlastungsmechanismus» selbst intendierten) und passiven (sich gegen den Willen aufdrängenden) Selbstmordphantasien unterscheiden; letztere sind besonders gefährlich, drohen sie doch, unter dem Einfluß der beiden anderen Punkte des präsuizidalen Syndroms, den Menschen schließlich in die Richtung der Selbstvernichtung zu zwingen.

Auch vom Inhaltlichen her kann man bei den Selbstmordphantasien mehrere Stadien differenzieren: Das erste (noch relativ harmlose) ist das Phantasieren des «Totseins»; die Vorstellung, Hand an sich zu legen, ist schon gefährlicher; die höchste Alarmstufe ist erreicht, wenn sich die Phantasie bereits mit einer bestimmten Durchführungsart des Selbstmordes beschäftigt. (Nähere Einzelheiten über das präsuizidale Syndrom im Buch des Verfassers: Selbstmordverhütung. Huber, Bern und Stuttgart, 1969.)

Im Zusammenhang mit der praktischen Wertung des präsuizidalen Syndroms zur Beurteilung der Selbstmordgefahr durch den Arzt seien noch drei Bemerkungen gestattet:

1. Das präsuizidale Syndrom stellt den gemeinsamen Nenner aller jener psychischen Erkrankungen dar, die zum Selbstmord führen können, es gibt daher — unabhängig von der Diagnose — *Hinweise auf das quantitative Ausmaß der Selbstmordgefahr* in einem bestimmten Falle. Was die Diagnosen selbst betrifft, so hat man es bei selbstmordgefährdeten Personen heute ziemlich übereinstimmend in der ganzen Welt vor allem mit folgenden Problemen zu tun:

a) endogene Depression (Melancholie),

b) chronische Entwicklung zum Selbstmord hin (vom Verfasser als «neurotische Lebensverunstaltung» bezeichnet),

c) neurotische Reaktion (krisenhafte Verdichtung aktueller Konfliktsituationen),

d) Altersdepression (mißglückte Adaptation an die Altersproblematik) und

e) Alkoholismus und alle anderen Formen von Süchtigkeit (jede Sucht stellt bis zu einem gewissen Grad einen indirekten chronischen Selbstmord dar, der aber unter bestimmten Umständen sehr leicht auch in einen tatsächlichen übergehen kann).

2. Das präsuizidale Syndrom kann sich natürlich entweder langsam oder aber relativ plötzlich (innerhalb von wenigen Tagen oder Stunden, in einzelnen Fällen sogar innerhalb von Minuten) konstituieren. In der Tabelle wurde versucht, eine diesbezüglich Unterscheidung zu treffen, wobei immer wieder fließende Übergänge möglich sind.

Präsuizidales Syndrom

langsame Entwicklung:	**plötzliches Auftreten:**
Neurose	*amentielle Zustandsbilder*
endogene Depression	*Alkoholhalluzinose*
Paranoia und Paraphrenie	*Katatonie*
Hebephrenie	*fortgeschrittene Schizophrenie*
beginnende Schizophrenie	*neurotische Reaktion*
	Psychopathie
	Schwachsinn

Diese Differenzierung ist natürlich für die Praxis von besonderer Bedeutung. Dort, wo sich das präsuizidale Syndrom langsam-progredient entwickelt, wird man reichlich Gelegenheit haben, auf das Entstehen und

die Zunahme der Selbstmordgefahr aufmerksam zu werden. Bei seinem plötzlichen Auftreten sind sicher weniger Möglichkeiten gegeben, wenngleich es dabei eine große Rolle spielt, ob sich das Syndrom in Tagen oder bereits in Stunden entwickelt. Als logische Konsequenz dieser Tatsache müßte man bei allen Erkrankungen, bei denen sich erfahrungsgemäß das Syndrom rasch etablieren kann, in der Praxis umso vorsichtiger und wachsamer sein, um den bestehenden Nachteil wenigstens einigermaßen, wenn auch selbstverständlich nicht restlos, auszugleichen.

3. Das präsuizidale Syndrom bietet den großen Vorteil, daß man zur Beurteilung des Selbstmordrisikos den Weg der indirekten Befragung wählen kann: Das Wort Selbstmord oder Lebensüberdruß muß in der Fragestellung (zumindest nach den beiden ersten Punkten des präsuizidalen Syndroms) gar nicht erscheinen. Dies wird von umso größerer Bedeutung dort sein, wo — wie schon einleitend betont — die Selbstmordproblematik nur in maskierter Form an den Arzt herangetragen wird.

Risikoliste der Suizidalität

Aufbauend auf bestimmte Kriterien, die *Kielholz,* in Übereinstimmung mit *Stengel, Im Obersteg* und dem Verfasser, für die Beurteilung der Suizidalität erarbeitet hat, und unter Auswertung jener Faktoren, die bei den Patienten der Basler phychiatrischen Klinik in einem besonders hohen Korrelationsverhältnis zum Selbstmord standen, gelang es *Pöldinger,* eine Risikoliste für die Beurteilung der Suizidalität aufzustellen, deren Anwendung es dem Arzt in *kurzer Zeit durch relatv unkomplizierte Fragestellungen* an den Patienten gestattet, zu einem Urteil über das Ausmaß der Selbstmordgefahr zu kommen. Werden bei dieser Untersuchung Werte unter 50 Punkten gefunden, ist das Suizidrisiko als gering anzusehen, bei Werten über 100 hingegen liegt eine besonders intensive Selbstmordgefahr vor. (Näheres in: *W. Földinger:* Die Abschätzung der Suizidalität. Hans Huber, Bern 1968.)

Die ärztliche Verantwortung

Die Beurteilung der Selbstmordgefahr ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben, vor die sich der Arzt gestellt sieht, geht es doch hier im Wortsinn um Sein oder Nichtsein, um die Berücksichtigung und Erfüllung des hippokratischen Eides in seiner ursprünglichsten Form. Jedenfalls besitzt der in Amerika geprägte Slogan: «Jedes Doktors Ordination muß ein Selbstmordverhütungszentrum sein» ebensolche Berechtigung wie das Wort von *Menninger-Lerchenthal,* welches den Ärzten die Funktion von «Vorposten der Selbstmordprophylaxe» zuweist. Die Identifizierung des selbstmordgefährdeten Patienten und die richtige Abschätzung des Ausmaßes der bei ihm gegebenen Selbstmordgefahr ist hierbei die wichtigste Aufgabe, da sie ja die Grundvoraussetzung für die Einleitung entsprechender therapeutischer Maßnahmen und für die schicksalhafte Frage, ob diese Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werden muß, darstellt. *Mit Nachdruck soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß jene Erkrankungen, die zum Selbstmord führen, wenn sie rechtzeitig entdeckt werden, heutzutage erwiesenermaßen erfolgreich behandelt werden können.*

Leider muß man sagen, daß sich die Ärzte der gestellten Aufgabe nicht immer gewachsen erweisen. Dabei mag eine Rolle spielen, daß ihnen nicht immer genügend Zeit zur Verfügung steht, um auf den einzelnen Patienten wirklich hinreichend einzugehen. Auch ist die fachliche Information der Ärzteschaft über das so wichtige Problem vielfach noch insuffizient; ferner hat sich die Idee der Ganzheitsmedizin in der ärztlichen Ausbildung noch immer nicht genügend durchgesetzt: So mag es geschehen, daß der Arzt zwar den körperlichen Symptomen, nicht aber den psychischen genügend Aufmerksamkeit schenkt. Schließlich aber — dies darf nicht verschwiegen werden — mag eine eigene fehlerhafte Einstellung zum Phänomen Selbstmord eine entscheidende Ursache für das Nichterkennen der Selbstmordgefahr beim Patienten sein. Immer wieder stehen die Ärzte unter den Berufsgruppen mit der höchsten Selbstmordquote. Wer für sich selbst das Recht auf Selbstmord in Anspruch nimmt, wer für die eigene Person zumindest unbewußt wünscht, daß der Selbstmord als Privatsache angesehen werde, in die sich niemand einmischen dürfe, der wird für die aktive Selbstmordverhütung weitgehend ausfallen, weil er ähnliche Grundsätze auch auf seine Patienten überträgt. Der von der Wissenschaft erarbeiteten Erkenntnis, daß der Selbstmord größtenteils auf der Basis psychischer Krankheit zustandekommt, wird er anhaltenden Widerstand entgegensetzen und damit die Bestrebungen der Selbstmordverhütung lähmen.

Wir glauben, daß allein jener Arzt seine selbstmordprophylaktischen Aufgaben wird erfüllen können, der gelernt hat, an sich selber zu arbeiten und die eigenen Probleme zu bewältigen, etwa in dem Sinne, wie es Gottfried Benn in einem seiner schönsten Gedichte ausdrückt:

Tauchen mußt du können, mußt du lernen,
einmal ist es Glück und einmal Schmach,
gib nicht auf, du darfst dich nicht entfernen,
wenn der Stunde es an Licht gebrach.

Anschrift des Verfassers:
Dr. E. Ringel, A 1090 Wien, Spitalgasse 23, Psychiatrisch-neurologische Universitäts-Klinik.

RÉSULTAT DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE.

Atromidin 500mg

: Lennart Nilsson

Pharma-Union S.A. Destelbergen ICI Pharmaceuticals Division

Atromidin 500 mg

Des taux élevés de cholestérol et de triglycérides sont les principaux facteurs favorisant l'athérosclérose.

L'hyperlipidémie favorise le développement précoce de la sclérose des coronaires.

Atromidin réduit le tau
sanguin des lipides et dim
nue le risque de thrombos

Grâce à la capsule d
500 mg, trois à quatre cap
sules par jour suffisent pou
une prévention et un traite
ment sûr et efficace.

ICI

Pharma-Union S.A. Destelbergen ICI Pharmaceuticals Division

infundibilia salvia

aminomel L - - salvia

Alimentation parentérale optimale
par les acides aminés lévogyres,
les éléments constitutifs naturels de l'albumine humaine.

elomel salvia

Solutés parentéraux
dans les troubles électrolytiques
et du métabolisme de l'eau.

salvia-werk

Gesellschaft zur Herstellung chemischer und pharmazeutischer Erzeugnisse mbH

665 Homburg/Saar, Telefon 8001/8003

vasodilatateur
périphérique

surhème

surmonte
l'ischémie

troubles vasculaires cérébraux
artériopathie des membres inférieurs
syndrome d'insuffisance vasculaire distale

4 à 6 comprimés par jour

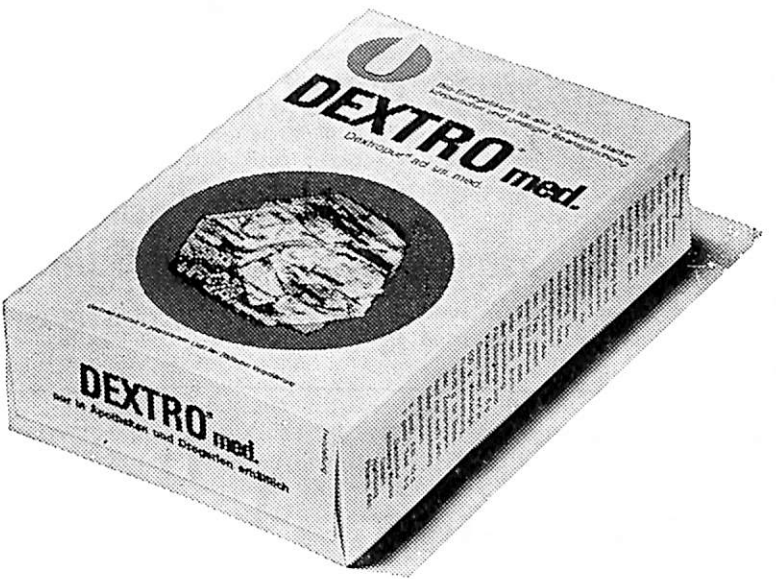
boîtes de 20 et 50 comprimés
dosés à 0,040 de phényl 3 dibutyl
amino éthyl amino 5 oxadiazole
1. 2. 4. (chlorhydrate)

S.S. collectivités
15,20 f + 0,20 f (20 comprimés)
34,45 f + 0,20 f (50 comprimés)
visa NL 4735 tableau A.

S.N.E. laboratoires ARON - 116 rue carnot - 92-suresnes

Représentant général au Grand-Duché:
COMPTOIR PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURGEOIS S. A.
23, rue Mercier à Luxembourg

Es ist an der Zeit, sich auf DEXTRO med. umzustellen.



DEXTRO med.
Das neue Dextrose-Spezialpräparat.
Speziell für Klinik und Praxis.

- Weiterentwickelt aus dem bekannten Dextropur
- von unübertroffener Reinheit
- entspricht den im DAB 7 vorgesehenen Reinheitsanforderungen

Dextro med. - Bio Energetikum für alle Zustände starker körperlicher und geistiger Beanspruchung.

Packungsgrößen: 250 g, 400 g, 1000 g für Klinikbedarf: 2,5 kg, 25 kg

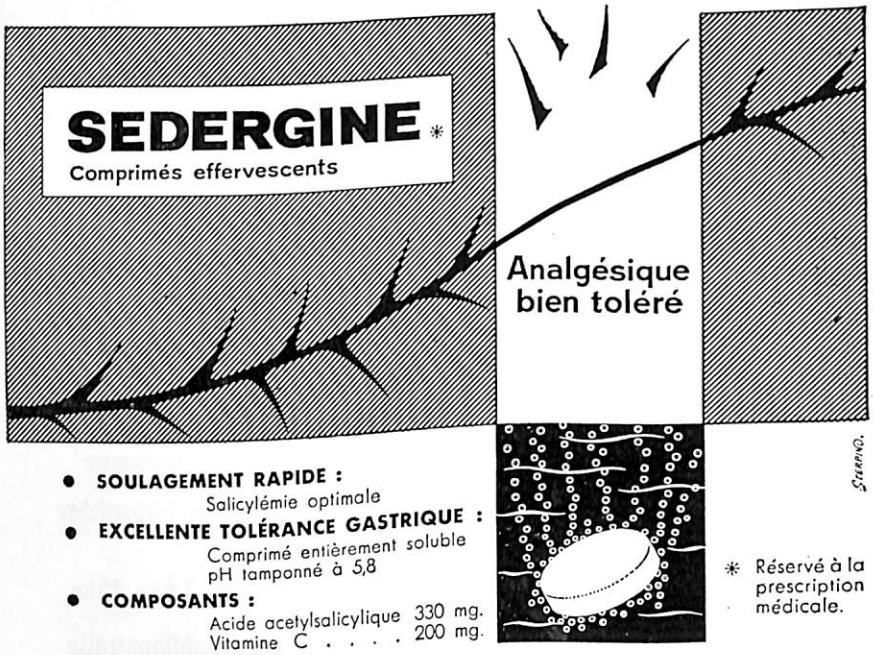
Deutsche Maizena Werke GmbH., Hamburg 1, Spaldingstraße

glifanan

ROUSSEL

antalgique pur et puissant

sans action | ***rénale sanguine digestive***



- **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

LA PREVENTION PRATIQUE DU SUICIDE

J.-P. SOUBRIER

I.

Les bases de la prévention du suicide et la reconnaissance d'un syndrome pré-suicidaire, sont les éléments fondamentaux de l'abord du problème du suicide aujourd'hui, représentant les données suicidologiques modernes. Cependant, le problème pratique est différent quand on se place devant une récidive et devant un malade ou individu venant d'effectuer son suicide ou son intoxication volontaire aiguë. «Rien n'est fini, tout commence» déclarait le Docteur Gallot. Or, sans rappeler le fléau social mondial que représente le suicide avec le nombre indéfinissable des tentatives et indéfini des suicides réussis, il faut dire que, quel que soit le pays, il n'est pas de médecin spécialiste ou non qui ne soit confronté avec ce problème.

Haim dans son livre sur «le suicide des adolescents» terminait en insistant sur «la rareté des recherches jusqu'à ces dernières années, témoignant des résistances». Ce facteur «résistance», alias l'assimilation du suicide au grand Tabou, constitue une barrière opposée au malade et au suicidologue par la société.

De fait, la prévention pratique devient paradoxalement difficile quand on a à s'occuper d'un «malade rescapé». On sait pourtant qu'un malade venant de «ne pas se tuer» risque encore plus de réussir son acte dans l'immédiat, évoluant toujours dans une crise psychologique avec toutes les difficultés d'adaptation de son Moi au monde extérieur.

De là, nous devons en déduire qu'un individu ayant tenté un suicide est suicidaire, encore qu'à mon sens, le terme de «tentative», finit par être discutable, préférant, comme Scheidman, juger de la léthalité et de l'intentionalité de la mort plus que d'évaluer la profondeur d'un geste difficilement et dangereusement évaluable car l'erreur peut être fatale. D'où l'emploi du terme de suicidalité.

Ainsi que je viens de déclarer, hélas ce qui n'est pas une constatation personnelle mais officielle, un individu venant de commettre un suicide, le contemplant encore, risque de récidiver. Il faut donc considérer qu'il peut mourir. Je ne peux vous donner de chiffres exacts, mais une remarquable publication de l'O.M.S. sur la Prévention du Suicide reconnaît officiellement ce fait.

*

Ainsi, pour revenir à notre sujet, nous devrions ne pas rencontrer d'obstacles quant à l'application de la prévention pratique du suicide. En fait, c'est alors que nous entrons dans la complication.

Je donnerai mon expérience personnelle de l'Hôpital Fernand-Widal et de l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police. Je décrirai briè-

vement, dans un premier temps, quels sont les organismes principaux actuels intéressés directement dans la prévention du suicide. C'est dire que j'insisterai sur la Prévention vue du dedans, à partir de l'institution, le malade ayant déjà effectué son suicide.

Existe-t-il, tout d'abord, des centres organisés dans la Prévention du Suicide?

Beaucoup et peu.

Beaucoup, parce que toute communauté et toute institution (religieuse ou hospitalière) participe quotidiennement à ce but de sauvegarder son prochain mais bien souvent, le suicidant n'est qu'un élément humain au sein d'autres problèmes sociaux ou somatiques urgents et passera en second.

Cependant, la banalisation de l'idée du suicide est fréquente. Ainsi, que son extrême, l'exagération, conduisant alors à l'aliénation (c'est un fou), ou l'incarcération: «c'est un criminel».

Dès lors, le suicidant admis dans un hôpital ne sera pris en considération qu'une fois le risque somatique mortel passé. Dans un travail de 1965, j'ai démontré que 50% de malades conduits par la police à l'infirmerie spéciale située dans ses locaux, étaient des récidivistes prématurément sortis de l'hôpital sans orientation spécialisée ni aucun conseil.

Ringel, comme nous-même, dans un travail, avait noté qu'il apparaissait «insensé» que des moyens de réanimation importants soient mis en oeuvre pour sauver la vie d'un patient, sans qu'aucun abord psychologique ne soit effectué! Il n'existe donc que peu d'organismes.

Je reviendrai sur ce détail en vous donnant des détails sur notre activité de Paris. Mais, auparavant, je décrirai très brièvement les trois systèmes de prévention pratique.

1. Le Centre de Vienne (Lebensmüdenfürsorgestelle)

Le premier créé au monde en 1948 par Ringel, activité de prévention, de recherche et d'enseignement. Lieu: l'Université de Vienne, qui est en rapport direct avec un centre psychiatrique, avec les hôpitaux généraux, police, l'université, sous le patronage de l'archevéché (Caritas).

2. Les Samaritains

Organisme créé en 1953 et dirigé par le Révérend Chad Varah avec l'aide du Professeur Stengel, activité uniquement centrée sur la prévention

— ayant des rapports avec la police, connus du public dans leurs campagnes publicitaires. Ils agissent sur place dans leurs centres mais aussi au dehors. En rapport avec des professionnels mais basant leurs relations thérapeutiques sur le mode du «Befriend» (relation sur un mode amical).

3. Le centre de Prévention du Suicide de Los Angeles

Créé en 1958 par Farberon et Schneidman dans un but de recherche, l'arrivée de Litaman et de Tabachnick ensuite, a conduit à une activité triple:

— recherche,

— prévention téléphonique,

— enseignement.

Ils utilisent des professionnels: psychiatres, psychologues, assistantes sociales, clergyman, etc... donc multidisciplinaires. Leur rayonnement est mondial et a conduit aux U. S. A. à la création d'un Centre National de Washington.

Il y a d'autres genres d'organismes, avec ou sans volontaires du «bénévoles» mais ce n'est qu'aux U. S. A. que le programme est reconnu sur un angle national et qu'il existe plus ou moins 106 centres.

Se rapprochant du centre de Vienne, je citerai le nouveau Centre de Buenos Aires: dans une ambiance de toxicologie, médecine-légale, avec un département réservé aux cas de suicide récents ou futurs, (Astolfi) et le futur centre de Lyon en France.

III.

MON EXPERIENCE

Vous me permettrez de parler maintenant de la France.

A Paris, à l'Hôpital Fernand-Widal, nous avons à nous occuper d'un nombre important de suicidants. Pour situer, je donnerai les chiffres de 1969 (équivalents à 67-68 avec des différences en ce qui concerne l'âge).

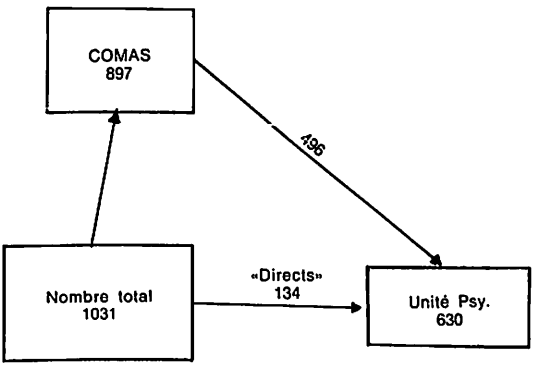


Schéma I:
«Les entrées» à Lecorché. Unité psychiatrique.

Fernand-Widal 1969

1. — 1.031 intoxications aiguës,

dont . . . . . 897 comas { 606 femmes / 291 hommes

2. — Origine des 630 dont j'ai eu à m'occuper:

Entrée directe 134
Transférés 496
} 52/mois

3 — Age: (de 13 à 84 ans)

âge moyen 32 ans . . . . . { femmes = 31.7 / hommes = 32.8

156 adolescents soit 25%

Si l'on prend le chiffre d'adultes jeunes 19 —> 25 = 104

23 de — de 15 ans, 17 de l'âge de 15 ans

de 22 à 45 ans: . . . . . { 22 —> 25 = 95 / 26 —> 35 = 165 / 36 —> 45 = 116 } 376

de 46 à 84 ans: . . . . . 96 dont > 70 ans = 6
(soit 90 de 46 à 70 ans).

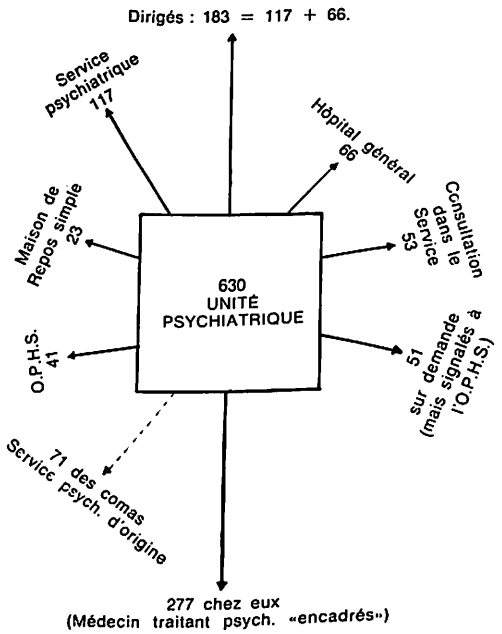


Schéma II:
Sortie des malades. Ventilation.

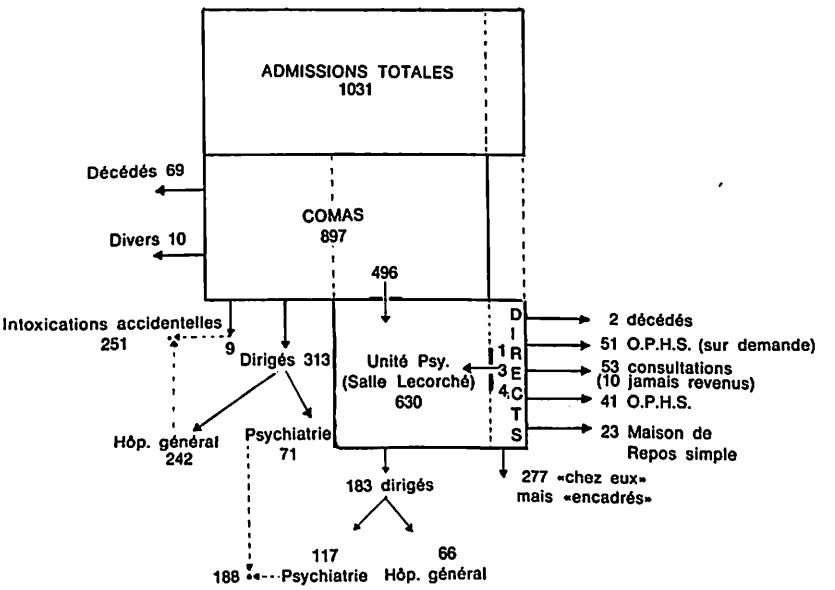


Schéma III:

Centre de Pathologie toxique. Mouvement des malades (année 1969).

Le problème qui m'est confié est de savoir:

1. Comment aborder le malade,
2. L'orienter,
3. Agir pour qu'il ne récidive pas.

Notre travail consiste à:

1. Etablir une relation correcte entre l'individu et le monde extérieur,
2. Faciliter les contacts et inter-communications affectives,
3. Insérer socialement et réévaluer dans ce contexte,
4. Traiter soit par voie chimique en cas de dépression aiguë, du délire si besoin,
5. Poser l'indication d'une psychothérapie,
6. Agir si possible sur l'environnement.

Finalement, on ne sait plus si l'on fait ou de la simple prévention du suicide ou de la rééquilibration psychologique. Mon rôle a été d'institutionaliser le service appelé «Post-Coma» et de créer une équipe de thérapeutes comprenant aussi bien dans ce rôle l'infirmière que le psychiatre en formation. Or, ce rôle de thérapeute nous l'exerçons aussi bien sur le malade que sur son entourage. Nous nous posons en thérapeute avant tout.

Je crois que ceci est une base de la prévention du suicide dans sa forme pratique.

En fait, les moyens de suite sont faibles. Je les explique:

Ce que nous faisons: des 630 malades en question de 1969, 183 furent dirigés sur un HP (de secteur ou d'origine) dont 117 en milieu psychiatrique, le reste après séjour prolongé plus ou moins en moyenne de 10 jours fut, soit confié:

1. à leur médecin-psychiatre,
2. à leur médecin de famille qui les enverra à un psychiatre,
3. au dispensaire d'hygiène mentale du secteur,
4. 50 furent suivis par moi à la consultation.

Il reste 50 malades sortis sur leur demande, accusant de gros troubles caractériels mais ne bénéficiant pas d'un internement. Néanmoins, ils furent signalés à l'Hygiène Mentale de leur secteur.

Nous avons établi une correspondance directe avec les divers centres d'hygiène mentale auxquels nous signalons, comme nous le ferions pour les alcooliques, ces malades devant être soignés dans leur communauté et secteurs d'habitation tant par une assistante sociale que par un psychiatre.

Nous restons pour tous les malades, un centre, un abri éventuel et il arrive d'en ré-hospitaliser directement... si nous avons la place.

Il est en effet difficile parfois d'expliquer, et mal vécu, que l'on ne pourra aider totalement celui qui avec lequel s'est établi une relation et de ne pouvoir le réhospitaliser si nécessaire. Il est aussi difficile de confier notre malade à quelqu'un d'autre qui, lui, n'a pas eu la responsabilité et finalement n'est pas son malade.

Nous en avons la contre-expérience. Dans un service voisin sans équipe psychiatrique attachée à l'équipe médicale, chaque malade récent, suicidé ou intoxiqué, est dirigé sur un autre centre, uniquement psychiatrique et destiné à orienter vers un hôpital psychiatrique. Bien entendu, tout suicidant ne mérite pas l'Hôpital Psychiatrique. Il ne mérite pas non plus l'hôpital général. Alors, il sort prématurément, se retrouve dehors très vite sans qu'un spécialiste ait pu agir sur l'entourage, sans qu'un médecin ou une assistante sociale n'ait pu accorder du temps à ce récent et futur suicidé.

Existe-t-il un idéal en matière de prévention pratique?

Si je compare ce que je connais c'est-à-dire l'Hôpital Fernand-Widal et Los Angeles, je dirai la proximité d'un hôpital et la possibilité de communication permanente avec la police, l'hygiène mentale, le médecin de famille, au sein d'un centre spécialisé, est l'idéal.

L'idée de pouvoir se référer à un groupe de spécialistes «écoutant» le suicide avec la possibilité d'une psychothérapie individuelle de groupe ou institutionnelle est le grand idéal. La possibilité d'offrir une référence valable au suicidant (que ce soit temporairement ou définitivement peu importe) est capitale. Enfin, la possibilité de pouvoir suivre son malade avec lequel s'est créée une relation thérapeutique transférentielle permet la prévention et on évite ainsi le rejet qui serait jugé fatal par le malade.

V.

DISCUSSION

Le problème de l'Institution

Ainsi, pour reprendre notre expérience, nous avons donc eu à institutionaliser la prévention du suicide:

1. Car nous avions les malades.

2. Car nous avons, comme Paumelle, dans son expérience de psychiatre de secteur, eu «le souci de continuité de la prise en charge psychothérapique» (PCR p. 364). Nous sommes passés de l'étape diagnostic parfois agressive et de faible utilité, car voyeuriste et les tests psychologiques entre autres n'ont rien apporté de positif. Seul De Vries semble effectuer une recherche valable dans ce sens. Ce qu'il importe c'est de considérer le suicidant non comme un objet isolé, mais comme un être humain, évoluant dans un milieu ou situation conflictuelle.

3. Car il a bien fallu créer ou que se crée cette ambiance socio-thérapique tant pour les malades entre eux que les contacts avec le personnel et le malade suicidaire afin qu'ils soient en constante relation d'échange et finalement ce n'est pas le personnel et le malade qui s'adapte au psychiatre, comme on le croit, mais le psychiatre qui doit s'intégrer dans ce groupe (néogroupe).

Avant de conclure, je dirai: tel que dans tout phénomène socio-thérapique, nous avons à réinsérer le malade dans son milieu duquel il ne peut être séparé de crainte d'une aliénation subjective (donc, pas d'a priori, et de «reflexe d'internant».)

C'est cela que nous définirons comme Prévention du Suicide (cf Schneidman significant other).

L'INFORMATION

L'information du public comme des médecins nous paraît enfin un moyen des plus faciles donc pratique de prévenir le suicide, et l'on évite ainsi cette constatation de Litman en 1965: chez 15% des morts par suicide à Los Angeles, il avait été recommandé de voir un psychiatre. En avaient-ils peur? Eux aussi étaient-ils prisonniers du tabou?

CONCLUSION

La prévention pratique du suicide n'est pas un mythe. Dans les unités médicales traitant le malade de sa tentative de suicide, la présence d'une équipe entraînée peut prévenir la récidive en écoutant son malade, en s'efforçant d'agir sur l'entourage.

L'avenir et la recherche doivent s'orienter dans ce sens qui est celui de l'avenir de la psychiatrie même.

A partir de là, l'information du public médical et non médical doit permettre l'arrêt de ce phénomène tragique.

Dr. J. P. Soubrier
Hôpital Fernand-Widal, Paris

Zur Revitalisierung

Procain + Vitamine B_1, B_6 und B_{12}

— intensiviert durch Vitamin B_{15} —

Zettaviran® G

hervorragend bewährt bei
körperlichen und psychischen
Erschöpfungs- und Streßsituationen
Alters- und Voralterungserscheinungen

Originalpackung mit 5 Ampullenpaaren

ALFRED ZWINTSCHER
HEIDELBERG

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

Neu!
Esberiven®-Liniment

bei entzündlichen und ödematösen Gewebsprozessen

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation

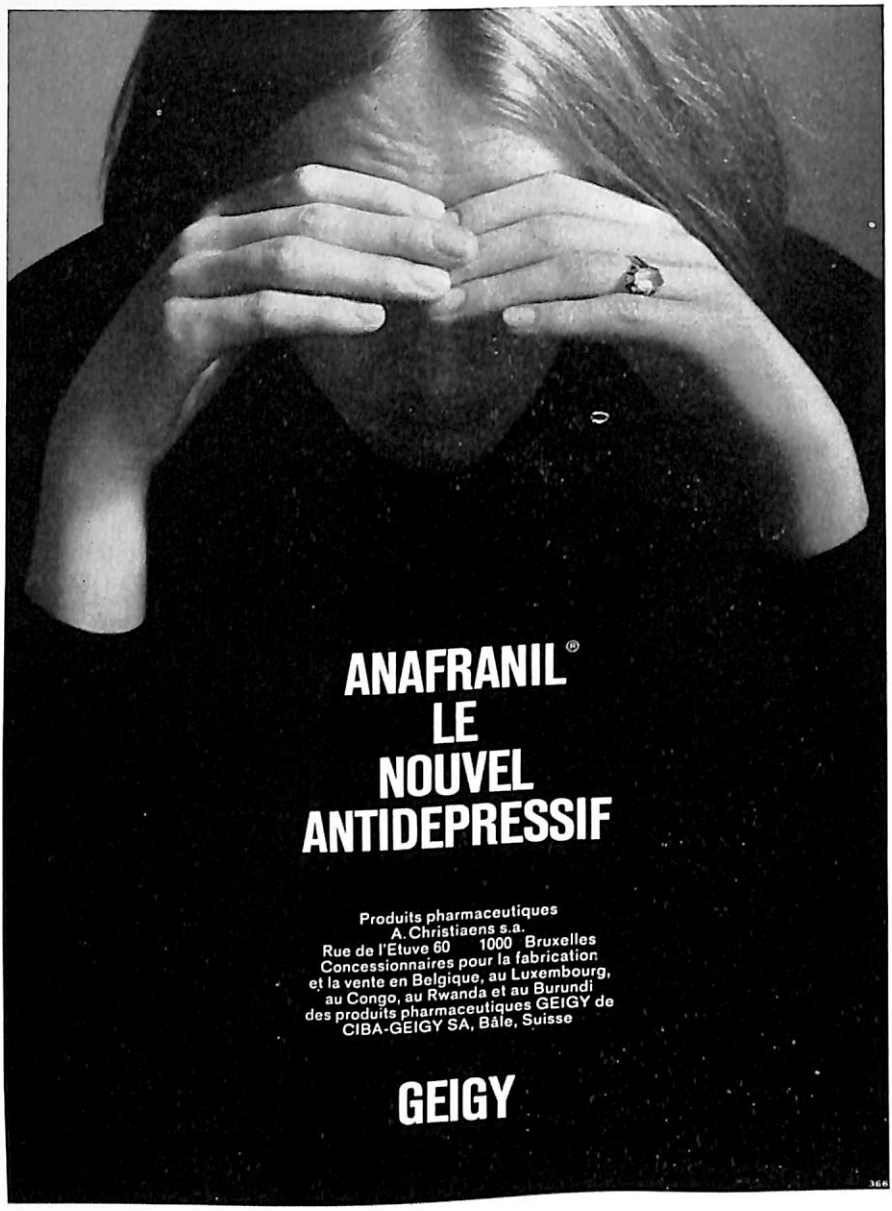
Antiphlogistische Wirkung

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit

bereits eingeführte Formen: **Esberiven** Depot
Esberiven forte
Esberiven Salbe

Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim
Dépôt: 52, Grand-rue, Luxembourg **Pharmacie LEGROS**


ANAFRANIL®
LE
NOUVEL
ANTIDEPRESSIF
Produits pharmaceutiques
A. Christiaens s.a.
Rue de l'Etuve 60 1000 Bruxelles
Concessionnaires pour la fabrication
et la vente en Belgique, au Luxembourg,
au Congo, au Rwanda et au Burundi
des produits pharmaceutiques GEIGY de
CIBA-GEIGY SA, Bâle, Suisse
GEIGY
366

SOCIETE BENELUXIENNE DE PHLEBOLOGIE

(Luxembourg)

2ème Partie

LES TROUBLS ARTERIELS AIGUS (T.A.A.)

L. C. BRANDS (La Haye)

Les troubles artériels aigus donnent lieu à des états graves. Non traités, ils mènent le plus souvent à la gangrène du membre atteint et mettent ainsi la vie des malades en danger. Ces gangrènes ont généralement une évolution très progressive. Aussi n'observe-t-on pas de mommification, comme cela arrive souvent dans les états d'ischémie chronique, mais il se produit une rapide décomposition des protéines tissulaires. Une partie des métabolites toxiques qui en résultent peut être résorbée. Les réactions toxiques concomitantes menacent alors directement la vie des malades, de sorte qu'une amputation précoce est nécessaire. Non traitée, l'oblitération aiguë du carrefour aortique est mortelle dans 100 p. 100 des cas, ainsi que l'oblitération aiguë de la bifurcation iliaque. Cependant les troubles artériels aigus traités par amputation ont également une mortalité élevée. La littérature mentionne une mortalité de 15 à 30 p. 100 et considère le diabète, l'obésité et les cardiopathies comme des facteurs aggravants. Au cours de 5 années, 151 patients atteints d'une gangrène grave d'une extrémité ont été hospitalisés dans notre Service chirurgical. Une amputation s'imposait donc; 39 patients moururent, ce qui correspond à une mortalité opératoire de 26 p. 100.

Seul un traitement précoce et efficace des troubles artériels aigus, avec rétablissement de la circulation, pourra prévenir les amputations et réduire ainsi la mortalité.

Jusqu'il y a peu de temps, les résultats du traitement chirurgical précoce des troubles artériels aigus étaient très mauvais. En 1960, un orateur célèbre s'étonnait encore dans un «Hunterian Lecture» du fait que l'on pratiquait toujours l'embolectomie, alors que les chances de succès étaient si faibles.

Depuis lors, bien des choses ont changé en ce qui concerne le traitement de l'ichémie aiguë. La connaissance pratique de l'hémodynamique et de la pathophysiologie de l'oblitération artérielle aiguë d'une part, la connaissance des nouvelles méthodes opératoires au moyen d'un cathéter à ballon de Fogarty d'autre part ont complètement modifié le tableau clinique. Le traitement de l'embolie artérielle aiguë garantit actuellement un pourcentage de résultats favorables si élevé que le diagnostic et le traitement précoces, c.-à-d. antérieurs à l'apparition d'altérations ischémiques irréversibles sont devenus d'une grande importance.

Dans de nombreux cas, un diagnostic précoce est rendu facile par la présence d'un certain nombre de symptômes typiques tels qu'apparition subite de douleurs, de pâleur, de basse température, disparition des pouls artériels et perturbation de la sensibilité et de la motricité. Moins de la moitié des malades atteints de troubles artériels aigus (T.A.A.) présentent cependant ce tableau d'ichémie aiguë.

Dans de nombreux cas, les douleurs violentes aiguës font défaut.

La notion d'embolie «silencieuse» désigne l'embolie sans début aigu, sans douleur simplement avec absence des pouls artériels, avec pâleur,

basse température des extrémités, perte de la motricité et de la sensibilité. L'aspect que présente l'ischémie artérielle aiguë et la gravité des manifestations dépendent d'un certain nombre de facteurs:

1. degré d'occlusion du vaisseau principal;
2. circulation collatérale;
3. formation de thrombus secondaire;
4. spasme;
5. durée de l'ischémie.

Une oblitération v r a i m e n t c o m p l è t e d'un vaisseau qui empêche toute circulation du sang vers une extrémité est rare, même en cas d'embolie. Un embolus qui reste coincé à une bifurcation n'oblitère pas toujours complèmentent le veisseau principal, de sorte qu'une faible quantité de sang peut passer.

Dans la thrombose artérielle aiguë par suite d'un état pathologique de la paroi vasculaire, l'oblitération du vaisseau principal est complète, mais en général l'état pathologique préexistant a déjà donné naissance à une circulation collatérale.

La c i r c u l a t i o n c o l l a t é r a l e dépend quantitativement du site d'interruption de la circulation sanguine et des facteurs suivants:

le fonctionnement du coeur;

l'état de la paroi vasculaire dans la partie qui précède et dans celle qui suit l'occlusion;

la résistance périphérique;

le facteur temps.

En ce qui concerne le fonctionnement du coeur: celui-ci détermine la vitesse initiale de la circulation sanguine. Une réduction aiguë très marquée du débit cardiaque accompagnée d'un sténose au niveau de la paroi vasculaire ou d'une augmentation de la résistance périphérique peut provoquer une ischémie périphérique aiguë. En ce qui concerne l'état de la paroi artérielle: l'entrée de la voie collatérale en détermine la capacité. Dans la paroi vasculaire athérosclérotique, le diamètre de l'entrée n'est pas modifiable. Une dilatation de la branche collatérale ne fait pas augmenter la circulation.

La résistance périphérique est un facteur de très grande importance. Elle est déterminée par la lumière du vaisseau précapillaire et des shunts artérioveineux précapillaires ainsi que par le reflux du sang veineux. La stase du sang dans le territoire capillaire, avec paralysie des vaisseaux post-capillaires, détermine également une forte augmentation de la résistanée d'une ischémie aiguë.

Enfin, il faut un certain temps avant que les vaisseaux sanguins collatéraux aient acquis une capacité suffisante par dilatation.

C'est là que se situe une des rares possibilités d'amélioration spontanée d'une ischémie aiguëe.

La t h r o m b o s e s e c o n d a i r e dans les parties qui précèdent et qui suivent la partie oblitérée du vaisseau sanguin est un facteur tout à fait déterminant pour le pronostic. Le sang arrêté ou circulant lentement

dans la partie qui suit le siège de l'oblitération se coagule et oblitère également les branches latérales qui doivent entretenir la circulation collatérale. Les nombreux échecs, par exemple d'embolectomies pratiquées antérieurement, doivent sans doute être attribués au fait que ces masses que sont les thrombi secondaires ne pouvaient pas encore être éliminées à cette époque.

Plus l'interruption de la circulation sanguine est prolongée plus la thrombose secondaire sera étendue. La durée de l'ischémie est donc d'une importance considérable, bien qu'inférieure à ce qu'elle était avant l'application des nouvelles méthodes opératoires.

Antérieurement le s p a s m e de la paroi artérielle était considéré comme étant d'une grande importance dans le syndrome ischémique aigu. Cela n'est certes pas le cas pour les embolies et pour les thromboses aiguës. Le spasme n'a quelque importance qu'au cours des premières heures. Par l'acidose des tissus qui augmente rapidement, la paroi vasculaire perd son pouvoir de contraction et une paralysie se produit. Les spasmolytiques ne peuven avoir d'effet qu'au cours des premières heures, quand ils sont injectés par voie intraartérielle, à même le vaisseau atteint.

On peut donc dire en résumé que les chances de survie du tissu dépendent de deux facteurs corrélatifs:

le degré d'ischémie;

la durée de l'ischémie.

Aussi ne peut-on pas prendre la durée de l'ischémie comme seul critère pour l'évaluation des chances de survie des tissus. L'état des muscles sensibles à l'ischémie est un meilleur critère pour déterminer les chances de survie des tissus, une fois que la circulation artérielle a été rétablie. Si les muscles sont rigides, il est certain que des modifications ischémiques irréversibles se sont produites.

En ces cas, on ne peut pas d'attendre à un rétablissement du fonctionnement musculaire après le rétablissement opératoire de la circulation. Il se peut cependant, dans certains cas, que la masse musculaire n'ait subi de lésions irréversibles que partiellement.

En ces cas, une tentative de rétablissement de la circulation n'est acceptable qu'à une seule condition: Il faut tenir compte de l'apparition du syndrome post-ischémique ou syndrome du tourniquet.

Ici deux mécanismes entrent en jeu:

La revascularisation de la masse musculaire lésée détermine le stockage d'une quantité énorme de liquide intra- et extracellulaire. Ceci provoque une formation d'oedème avec forte tension sous-fasciale et par conséquent nouveau risque d'ischémie artérielle aiguë. La formation rapide d'oedème peut de nouveau conduire à une hypvolhémie aiguë, avec état de choc et, par là-même, diminution de l'irrigation des tissus. D'autre part de grandes quantités de métabolites acides et d'ions de potassium provenant des masses musculaires lésées échouent dans le sang après le rétablissement de la circulation. Une insuffisance rénale aiguë, avec anurie et arrêt du cceur par hyperkaliémie, menace la vie du malade, opéré avec succès. Chez une jeune fille de 20 ans, nous avons observé la formation d'oedème sous-fascial après une ischémie de 4 heures, par

suite d'une lésion artérielle. En fendant complètement — quelques heures plus tard — les fasciae de la jambe et de la cuisse, nous n'avons pu sauver qu'une faible partie des muscles.

Après une oblitération complète de l'artère fémorale pendant 8 heures, une autre femme, âgée de 44 ans, fut atteinte d'une acidose grave avec anurie. La fonction rénale se rétablit après une dialyse.

Le seul moyen de prévenir une nécrose musculaire dans les cas suspects est de fendre immédiatement la fascia. De grandes quantités de bicarbonate peuvent combattre l'acidose. Il ne faut pas attendre trop longtemps avant de procéder à une dialyse.

Nous pouvons dire en résumé:

a. plus l'oblitération est de longue durée, plus est élevé le risque de formation d'un thrombus secondaire;

b. plus l'arrêt de la circulation sanguine est complet plus est rapide l'apparition de lésions irréversibles;

c. plus les lésions irréversibles sont graves, plus est grand le risque d'apparition du syndrome post-ischémique (odème, état de choc, anurie, asystolie) lors du rétablissement de la circulation artérielle.

CAUSES DES T.A.A.:

1. embolie;
2. thrombose artérielle aiguë;
3. lésions vasculaires traumatiques;
4. anévrisme disséquant;
5. phlegmatia coerulea dolens (spasme + augmentation de la résistance);
6. Insuffisance cardiaque lors d'un trouble vasculaire avec oblitération;
7. État de choc lors d'un trouble vasculaire avec oblitération.

L'embolie est la cause la plus fréquente. Cependant il n'est souvent pas possible de différencier nettement une embolie d'une thrombose artérielle aiguë. Même l'anatomo-pathologiste ne peut parfois pas se prononcer.

Un homme avec des antécédents cardiaques avait été hospitalisé avec le diagnostic d'embolie artérielle aiguë. Angiogramme: tableau typique d'une embolie dans une artère sclérotique.

Constat opératoire: Masse tissulaire sur paroi vasculaire athérosclérotique. Examen au microscope: probablement thrombose, possibilité d'un embolus.

Sites où les embolies artérielles prennent naissance.

Distribution des embolies des extrémités, principalement aux bifurcations.

Le diagnostic local est fondé sur:

a. la disparition des pouls artériels;

b. l'angiographie.

S'il y a le moindre doute, l'angiographie est à conseiller. Elle seule permet de connaître de façon certaine l'état réel du système vasculaire.

En raison du caractère extrêmement douloureux de l'examen, il vaut mieux ne pas avoir recours à l'oscillographie ni à l'oscillométrie de l'extrémité ischémique.

Le maintien complet de la suppression de la sensibilité et de la motricité est un indice urgent que la circulation doit être rétablie aussi rapidement que possible par voie chrurgicale. Si les groupes de muscles sont déjà rigides, il est certainement trop tard pour obtenir des résultats complètement favorables.

L'anévrisme disséquant a une symptomatologie particulière, avec des troubles artériels aigus intermittents.

L'insuffisance cardiaque avec augmentation de la résistance peut donner un tableau à peu près identique à celui d'une oblitération mécanique aiguë.

Quand le diagnostic d'embolie a été posé, l'indication d'intervention chirurgicale doit en résulter. Dans l'ischémie embolique, l'attente dans l'espoir d'une amélioration spontanée est cause de la perte de nombreuses extrémités. Cependant la durée de l'ischémie n'est pas un critère en l'occurrence.

Les chances qu'un traitement donne de bons résultats dépendent des manifestations au moment même de l'examen.

TRAITEMENT

Au cours de ces 10 dernières années, certaines découvertes ont ouvert quelques nouvelles perspectives de grande importance pour le traitement de la T.A.A., par suite de processus thrombo-emboliques.

Il résulte de ce qui précède qu'il faut viser aux buts suivants:

1. maintenir une pression sanguine centrale normale;
2. rétablir le volume de sang en circulation;
3. normaliser la résistance périphérique (pas de chaleur ou de froid extrême et bon reflux veineux);
4. obtenir que le sang soit suffisamment incoagulable;
5. éliminer aussi rapidement que possible ce qui détermine l'oblitération artérielle.

Sur ce point surtout, l'introduction du cathéter à ballon de Fogarty a permis une amélioration considérable.

Les avantages les plus importants de cette méthode opératoire sont:

a. au moyen du cathéter à ballon, tous les emboli et thrombi peuvent être retirés à partir de l'aine;

b. l'intervention peut se faire sous anesthésie locale, au moyen d'une petite incision;

c. comme l'ablation complète du thrombus secondaire est également possible, l'intervention peut même encore donner des résultats favorables après plusieurs jours; l'ancienne limite des 8 heures n'est plus valable!

Dans la thrombose artérielle aiguë, le succès est moins assuré. Chez ces malades le retrait du thrombus aigu dut être associé à une endartériectomine, afin de rétablir la circulation sanguine.

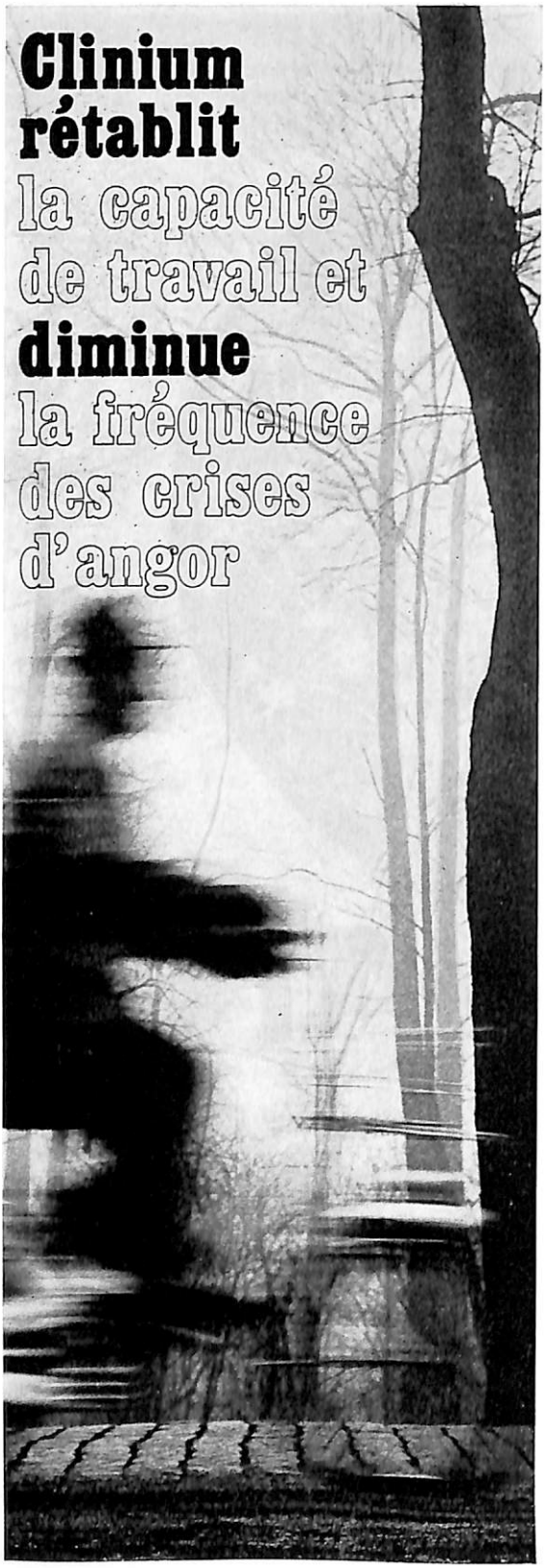
Quand une thrcmbo-embolectomie a échoué, on fait bien de ne pas ajourner trop longtemps l'inévitable amputation. Il ne faut, d'autre part, pas non plus renoncer trop vite aux tentatives de rétablir la circulation.

Adresse de l'auteur:
Esther der Boer van Rijklaan, 11, La Haye

MERVAN®

Antalgique majeur
non-morphinique
doué d'activité
antipyrétique et
anti-inflammatoire

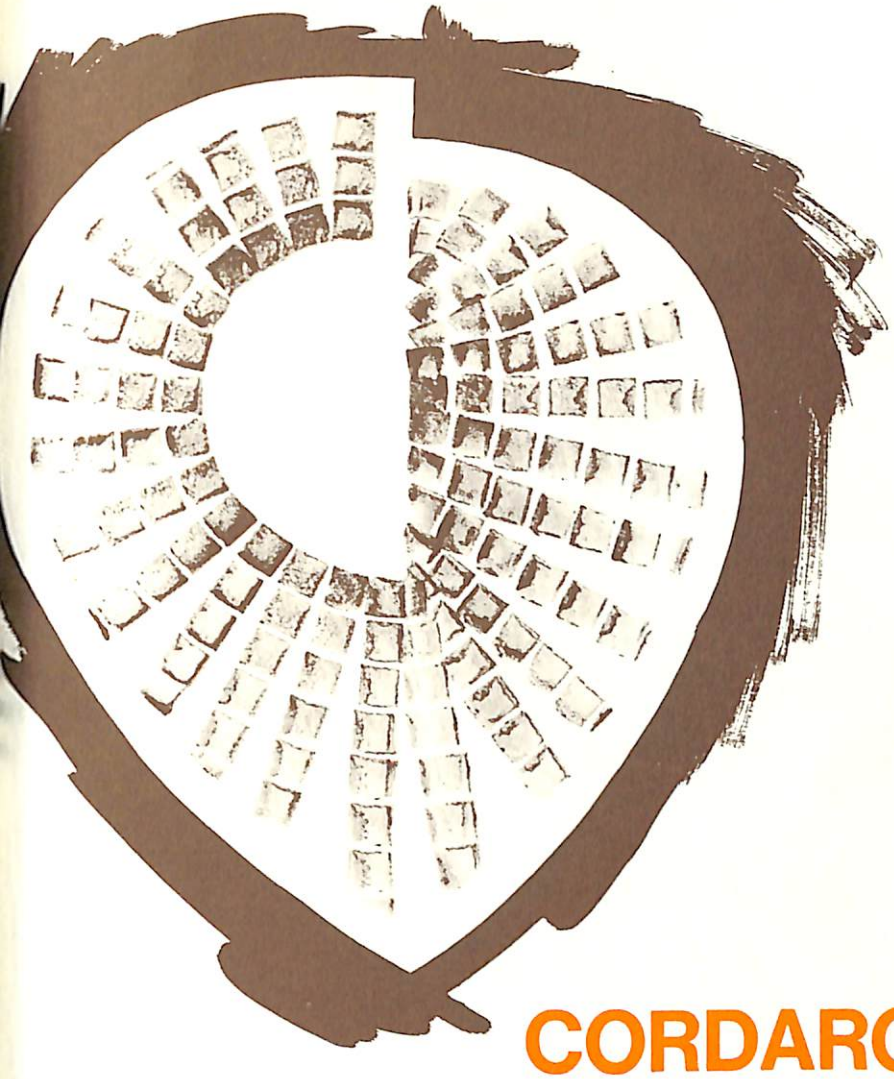
Substance originale
développée
par les
Laboratoires de Recherches
CONTINENTAL PHARMA



Clini
constitue
entraînement inter
et
pour votre patient angine

Clinium
indic
dans le traitem
de l'angine de poitr
et de l'infarctus du myoca
(après la phase aig

Disponible
50 et 125 compri
à 60 mg de lidoflaz



CORDARONE®

S'OPPOSE AUX CAUSES DÉCLENCHANTES DES CRISES ANGINEUSES
PAR RÉDUCTION DU TRAVAIL CARDIAQUE
ET PAR DIMINUTION DU DEGRÉ D'APPEL A LA RÉSERVE CORONAIRE

LABAZ
1, AVENUE DE BÉJAR, 1120 BRUXELLES

MERINAX®

HYPNOGÈNE D'INDUCTION

PROCURE UN SOMMEIL PHYSIOLOGIQ

SUIVI D'UN RÉVEIL DISPOS

LABA

LES EMBOLIES ARTERIELLES ET LES EMBOLIES PULMONAIRES

M. GOLDSTEIN, J. BELENGER, J. P. FLAMAND et J. VAN DER STRICHT
(Bruxelles)

Certaines affections vasculaires mènent invariablement à la mort, les progrès thérapeutiques récents permettent d'en sauver certains.

Il est superflu de citer les greffes synthétiques pour corriger les anévrysmes aortiques dont la rupture est mortelle et comment ne pas évoquer la greffe du coeur.

Notre propos portera ce jour sur les embolies artérielles et les complications emboliques pulmonaires.

I. LES EMBOLIES ARTÉRIELLES

A. Signes cliniques

L'ischémie aiguë provoque:

— douleur

— pâleur des extrémités

— refroidissement

— état de choc

— mort tissulaire

La palpation artérielle montre une disparition des pulsations.

Dans un 2e stade apparaissent: marbrures, purpura, pétéchies, phlyctènes hémorragiques et gangrène.

La gravité est fonction des régions atteintes et de l'étendue des lésions.

B. Étiologie

— coeur gauche (fibrillation etc. . .) 95 %

— les petits emboles peuvent venir des anévrysmes et des palques d'athérome.

L'ischémie aiguë entraîne un spasme secondaire et une thrombose secondaire.

Le diagnostic différentiel avec une thrombose artérielle est parfois difficile et l'avenir du patient est lié à l'affection primitive.

C. Localisation de l'embole

L'état clinique est presque toujours assez net pour ne pas avoir recours à l'artériographie.

D. Évolution

Sans traitement cette ischémie aiguë entraîne la perte d'un membre ou la mort. Les conséquences sont plus graves chez les patients âgés avec lésions cardiaques ou artérielles.

Les embolies du carrefour aortique entraînent 60 à 80% de décès.

E. Traitement

Dans les cas peu graves un traitement médical intense peut permettre de passer la phase aiguë (anticoagulants, antialgiques, traitement de choc).

Si échec: chirurgie.

Traitement chirurgical. — Devant l'échec du traitement médical il faut entreprendre une embolectomie.

Les auteurs présentent quelques exemples de patients traités pour embolie artérielle importante.

II. L'EMBOLIE PULMONAIRE (E. P.)

L'embolie pulmonaire est une suite grave de la thrombose veineuse profonde (décrite par Virchow en 1860).

Avant la mobilisation précoce des opérés, avant les anticoagulants et les embolectomies pulmonaires cette complication était souvent mortelle.

Si la première E. P. n'est pas immédiatement mortelle, quelles sont les mesures à prendre pour sauver le patient?

1. Préparer en urgence une embolectomie de l'artère pulmonaire avec ou sans circulation extracorporelle.

2. Si l'urgence est passée, que le traitement de choc a été utile, il faut:

— Anticoagulant

— Electrocardiogramme — Radiographie du thorax. Scanning plumonaire.

— Phlébographie complète

— Traitement de l'anoxie

— Exercices respiratoires

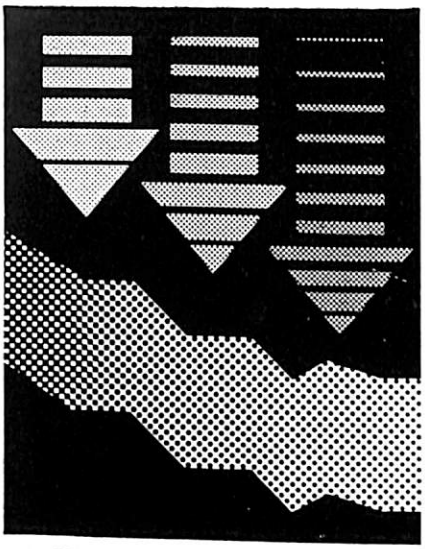
— Mobilisation active du malade.

3. Eventuellement traitement fibrinolytique.

4. Mesures pour prévenir la récidive de l'embolie pulmonaire (thrombectomie, ligature veine cave inférieure).

Les auteurs présentent quelques cas d'embolies pulmonaires qu'ils ont traités récemment.

Adresse de l'auteur:
M. Goldstein, 15, rue de la Treille, Ixelles-Bruxelles
J. van der Stricht, 114, av. Henri Jasper, 1060 Bruxelles



Brinerdine®

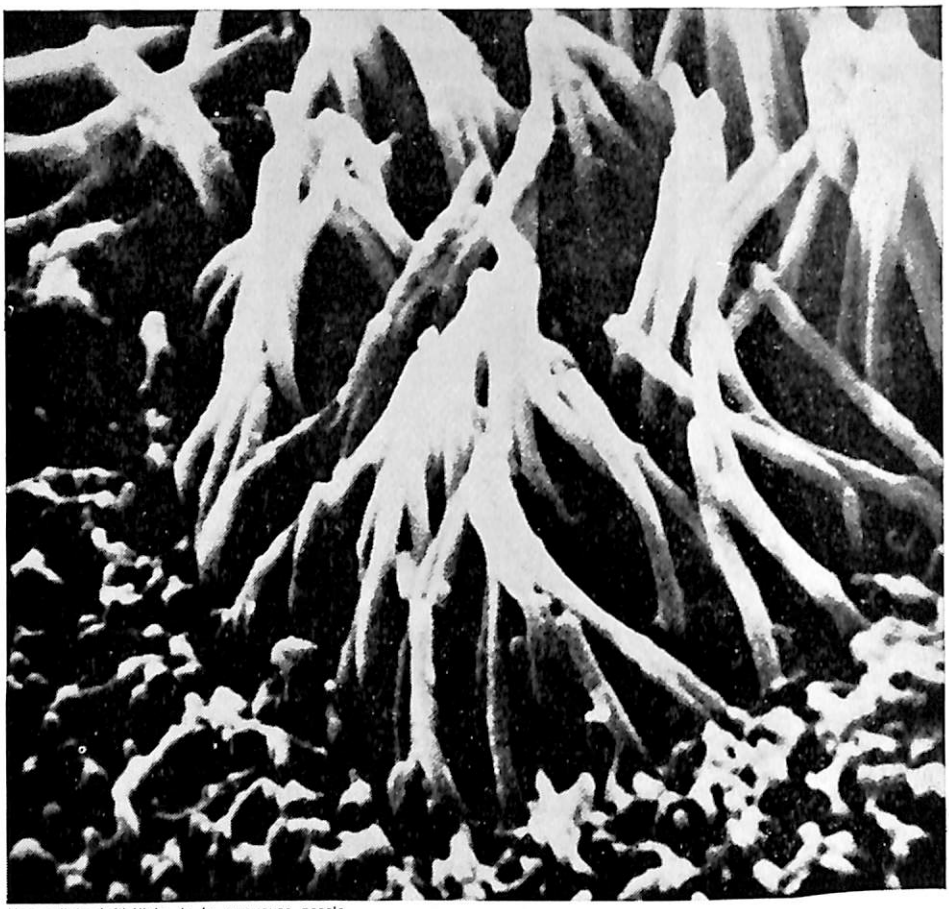
L'antihypertenseur
pour cas graves et résistants
comme pour cas légers

posologie simple
action progressive et durable
excellente tolérance

1 dragée par jour fait disparaître
les troubles subjectifs en l'espace de 4 à 7 jours
et normalise la tension artérielle
en 2 à 4 semaines

2-3 dragées par jour en cas d'hypertension
grave ou résistante
Admise par les caisses-maladie!

SANDOZ



Une cellule épithéliale de la muqueuse nasale délimitée par une forêt de cils vibratiles surgissant de la surface. Le reste de la cellule est recouvert d'un grand nombre de microvillosités. (Photo : Dr Alan Boyde, University College London, reproduit de *Forum Medici* 11.)

L'action physiologique de Vibrocil® s'exerce ici

Vibrocil maintient le mécanisme naturel de protection du nez
Vibrocil garantit l'intégrité fonctionnelle des cils vibratiles

Rhinites : Vibrocil

Lab. Zyma-Galen S.A. 1020 Bruxelles

L'EMBOLECTOMIE ARTERIELLE: UNE ATTAQUE COMBINEE EN 100 EMBOLECTOMIES CONSECUTIVES

J. M. GREEP * - P. J. ALEMAN **
(Amsterdam)

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical d'un embolus dans une artère périphérique ne reçoit toujours pas l'attention qu'il mérite. Le diagnostic se fait souvent dans un stade avancé et on perd du temps en utilisant des moyen conservateurs inadéquats.

Un embolus qui obstrue une artère importante compromet non seulement l'extrémité en question, mais encore la vie du malade. Rien n'affirme la conception disant qu'après un laps de temps de 10 heures une opération n'a pas de chance de réussite. Les résultats peu satisfaisants obtenus dans le passé ne peuvent être attribués ni à une embolectomie, ni à la longueur de l'occlusion artérielle, mais plutôt à la façon inadéquate dont les caillots ont été éliminés de l'artère au-delà de l'embolus.

Quand on se base sur le matériel des cliniques chirurgicales de l'Hôpital Dijkzigt (Rotterdam) et de l'Hôpital St. Luc (Amsterdam) sur la période 1964-1969, composé de 100 emboli consécutifs d'une artère périphérique en 90 malades, on verra qu'il faut attaquer fermement l'élimination de l'embolus et du thrombus distal. En combinant des techniques chirurgicales simples il est possible d'obtenir des résultats qui permettent de sauver non seulement des extrémités, mais encore des vies humaines, même si les emboli datent de plusieurs jours.

MALADES

Les 90 malades ont été traités entre 1964 et 1969. A l'inverse des données de la littérature ce groupe-ci comprenait plus d'hommes que de femmes

Tableau I

Distribution des malades d'après l'âge et le sexe

Age (en années)	Hommes	Femmes	Nombre total	Pourcentage
30-40	—	3	3	
40-50	11	6	17	
50-60	7	—	7	
60-70	18	8	26	49
70-80	9	9	18	
80-90	4	13	17	21
90-100	—	2	2	
En tout	49	41	90	

* Hôpital St. Luc, Amsterdam ** Hôpital des Diaconesses, Eindhoven

Il y avait 49 hommes et 41 femmes. Le malade le plus jeune avait 35 ans, le plus vieux 94 ans; l'âge moyen était de 65 ans. 4 malades avaient des emboli dans plus d'une extrémité et 6 malades devaient être opérés à cause d'emboli récurrents.

En tout 100 embolectomies ont été pratiquées.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNÈSE

L'embolie artérielle est une complication d'un grave processus pathologique localisé dans le coeur ou dans les vaisseaux majeurs.

Dans 80 à 90% des cas le coeur est la source de l'embolus (Tableau II). Quant à la genèse, la réversion du rythme cardiaque anormal à l'aide de

Tableau II

Origine de 100 emboli artériels périphériques

	Série courante de 90 malades	%	Malades McGarity et al. (1958) %	Malades Deterling (1966) %
Coeur				
Fibrillation auriculaire auriculaire	47			
Lésions valvulaires rhumatismales	14			38
Athérosclérose	22			15
Infarctus récent du myocarde	21			38
Post-commissurotomie	1			6
Endocardite bactérienne subaiguë	—			—
		81	86	97
Aorte				
Plaquette	3		4	
Artère sous-clavière	1			
Embolie paradoxale	1			
Inconnu	14	19	10	3
Pourcentage total		100	100	100

digital ou de quinidine mène souvent à l'embolisation, spécialement dans les malades qui n'ont jamais été traités avec des anticoagulants. L'activité cardiaque améliorée provoque le décollement du thrombus, spécialement quand la fibrillation auriculaire est transformée en rythme sinu-coronaire.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les emboli des artères périphériques causent un certain nombre de symptômes caractéristiques tant subjectifs qu'objectifs. Les douleurs et les troubles de sensation provoqués par l'ischémie, ainsi qu'une sensation de froid dans l'extrémité affectée, dominent habituellement l'aspect clinique.

Pour cette raison le plus souvent le diagnostic n'est pas difficile; l'examen du pouls, la localisation des douleurs initiales, les changements de couleur, la température et la sensibilité, puis l'expérience clinique qui a démontré que les emboli sont presque toujours arrêtés à l'endroit d'une bifurcation artérielle, le rendent possible de déterminer exactement la localisation de l'embolus. Parmi nos cas il n'y avait que 5 malades qui avaient besoin d'une exploration radiologique avant l'opération (4 cas d'artériographie et un seul cas d'aortographie).

LOCALISATION

Conformément à la littérature (McCarity et al. 1958; Deterling 1966), 15% de tous les emboli périphériques se produisent dans le bras et 85% dans l'aorte ou dans les vaisseaux des membres inférieurs. Nous avons pu constater qu'en 9% des cas l'embolus se présentait dans le bras, tandis que les localisations dans l'aorte ou dans les artères iliaques, fémorales ou poplitées constituaient ensemble 91% des cas (Tableau III).

Tableau III

Repérage de 100 emboli artériels

Localisation	Nombre	%	McGarity et al. (1958)	Deterling (1966)	
Aorte	9			13	
Iliaque	14			15	
Fémorale	56			42	
Poplitée	12			13	
		91%	84%		87%
Axillaire	6			4	
Brachiale	3			7	
		9%	16%		13%

THROMBOSE SECONDAIRE

En 1941 Linton a décrit les facteurs qui déterminent le degré de l'ischémie et par conséquent le sort de l'extrémité. La stase par suite de l'élimination du courant sanguin au-delà de l'occlusion et les lésions internes par suite de l'anoxémie de la paroi du vaisseau favorisent la coagulation intra-vasculaire. Cela peut être la cause d'une thrombose secondaire très étendue. Dans plusieurs cas cette thrombose secondaire s'étend en direction proximale, en général vers l'origine de la première branche majeure. L'ensemble de la localisation de l'embolus, de l'extension de la thrombose secondaire et de la circulation collatérale détermine s'il y aura un syndrome ischémique complet ou incomplet.

C'est sur ces faits que Fontaine et al. (1956) ont basé une classification importante pour le diagnostic, le traitement immédiat et le pronostic

Nous considérons le **syndrome ischémique incomplet** comme une indication d'embolectomie. Dès que l'ischémie cause des dérangements d'innervation sensorielle, comme par exemple l'engourdissement d'une jambe, la paresthésie dans les orteils et le pied, l'embolectomie s'impose d'urgence.

Tableau IV

Syndrome ischémique

	Incomplet	Complet
Pouls	absent	absent
Douleurs	modérées	violentes
Couleur	cyanotique	pâle
Température	baisse modérée	froide
Sensibilité	présenté	supprimée
Fonction motrice	présenté	supprimée

Le traumatisme chirurgical est tellement léger que l'on peut exposer presque tous les malades à cette forme de traitement sans encourir des risques sérieux.

Cependant, pour ce qui est du syndrome ischémique la situation clinique est susceptible de changer continuellement et rapidement. Le laps de temps entre l'occurrence de l'embolus et la possibilité d'une opération réussie (toujours mentionné dans beaucoup de manuels) est un critère extrêmement inadéquat. **L'embolectomie est justifiée même si plusieurs jours se sont écoulés, tant qu'il n'y a pas de signes de nécrose musculaire.**

TRAITEMENT

Le principe qui est à la base du traitement d'embolie artérielle aiguë saute aux yeux. L'embolectomie est la seule méthode qui offre la possibilité de rétablir complètement la fonction des extrémités et, comme les résultats de notre série le suggèrent, qui influe selon toute probabilité également sur la mortalité. Dans les cas d'embolie de l'aorte, de l'artère iliaque ou de l'artère fémorale on est presque toujours d'accord sur la nécessité d'une embolectomie pour sauver l'extrémité. Pour l'embolie des artères brachiales, axillaires ou poplitées l'aspect clinique est plus varié à cause des différences anatomiques. Cependant le principe du traitement ne change pas, donc l'embolectomie, à moins que la circulation de l'extrémité au-delà de l'occlusion ne soit tellement efficace que le traitement n'est pas nécessaire.

Dès que le malade entre dans la clinique chirurgicale il faut diagnostiquer le syndrome ischémique complet ou incomplet. Si le malade ne présente aucun dérangement sensoriel ou moteur le traitement conservateur est justifié pendant quelques heures. Cela veut dire le lit, une gouttière jambière sur l'extrémité, une infusion goutte-à-goutte intra-veineuse d'héparine (100 mg toutes les 6 heures) avec le chevet du lit monté sur des blocs. Aussitôt que l'on constate des dérangements des fonctions sensorielles ou motrices il faut passer à l'opération.

Même si l'embolectomie a été pratiquée dès l'arrivée, le malade doit être héparinisé intra-veineusement avec 100 mg. Cette héparinisation sert à empêcher l'extension du thrombus secondaire.

Si l'on constate la rigidité cadavérique locale, l'embolectomie est inutile. Dans ce cas il est même dangereux de rétablir le courant sanguin vers un tissu irrévocablement endommagé, parce que cela pourrait provoquer un syndrome d'écrasement.

TECHNIQUE

Comme les malades ayant des emboli souffrent en général de troubles cardiaques les transfusions sanguines ne s'administrent que lorsqu'elles sont indispensables. Pour l'embolectomie on se sert qresque toujours de l'anesthésie locale. Après l'exposition chirurgicale de l'artère la localisation exacte de l'embolus est possible à l'aide de palpation. Le vaisseau est encerclé au moyen de drains de caoutchouc au-dessus et au-dessous de l'embolus et on fait une incision longitudinale de 1½ cm. Il est préférable de faire cette artériotomie en face de l'origine d'une branche majeure, de sorte que l'on peut également nettoyer ce vaisseau de façon adéquate. Normalement en cas d'une embolie récente le procédé d'ouvrir le vaisseau et d'éliminer l'embolus à vue directe suffit pour rétablir la circulation dans l'extrémité. Cependant, il est souvent nécessaire d'éliminer le thrombus secondaire situé au-delà de l'embolie. Cependant l'extension d'un thrombus secondaire ne correspond pas directement à l'intervalle entre l'occurrence de l'embolie et l'opération.

Une technique nouvelle pour éliminer le thrombus secondaire ayant pour résultat un style nouveau d'embolectomie nous permet de sauver des extrémités de l'amputation. Il y a trois méthodes pour éliminer d'une façon simple et effective les thrombi secondaires.

En premier lieu on peut employer des cathéters Fogarty (Fogarty et al. 1963) pour éliminer les thrombi secondaires. Ce cathéter s'introduit par l'artériotomie, le ballon terminal se gonfle et le ballon gonflé se tire par l'artère du bout distal au bout proximal.

Le ballon chassera tous les thrombi secondaires qui sont là. Cette manoeuvre peut être pratiquée dans l'artère fémorale tant dans la direction distale à l'aide d'artériotomie. Pour l'évacuation de l'aorte et des artères iliaques on pratique une artériotomie dans les deux artères fémorales

En général cette méthode est inadéquate si l'embolectomie est pratiquée après un intervalle plus long. Il est impossible d'éliminer les thrombi de cette façon, parce qu'ils adhèrent à la paroi du vaisseau. Cependant, à l'aide d'un cathéter employé en urologie pour l'extraction de concrétions (le soi-disant cathéter Dormia (Lynch, 1963, presque tous les thrombi peuvent être décollés de la paroi du vaisseau.

Après avoir introduit et ouvert le cathéter Dormia (Fig. 3) on peut le tirer à travers le vaisseau du bout distal au bout proximal tout en le tournant en même temps; de cette façon les caillots se détachent de la paroi du vaisseau. Ensuite l'élimination définitive des caillots s'effectue effectivement à l'aide du cathéter Fogarty ou bien par succion après un lavage avec un sérum physiologique héparinisé. Après l'évacuation du vaisseau à l'aide des cathéters Fogarty et Dormia on peut se servir de la troisième méthode, à savoir le lavage rétrograde, si le reflux s'avère inadéquat. Dans ce but on lave l'artère pédieuse ou l'artère tibiale postérieure de la jambe et l'artère radiale du bras avec 30 ml de sérum physiologique héparinisé. Sil subsiste encore des doutes sur l'élimination complète des thrombi secondaires, on introduit le cathéter Dormia et le cathéter Fogarty dans l'artériotomie distale et on les tire par les vaisseaux du bout proximal au bout distal.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Pendant les 48 heures à venir les malades reçoivent des anti-coagulants sous forme d'héparine. On commence en même temps le traitement oral avec du dicoumarol (sintrom). On contrôle l'effet sur la coagulation du sang au moyen de tests de tolérance de prothrombie et d'héparine. Afin de combattre l'acidose qui se présente après le rétablissement du courant sanguin vers une partie ischémique du corps le malade reçoit du bicarbonate (200 à 300 mg) et ensuite une infusion de rhéomacrodex. Le chevet du lit est monté sur des blocs. Le troisième jour les drains à vide sont retirés et s'il n'y a pas de contre-indications le malade est mobilisé le premier jour post-opératoire.

RÉSULTATS

Cette analyse se base sur les données de 90 malades, sur lesquels 100 embolectomies ont été pratiquées. L'âge moyen des malades était de 65 ans (S. D. environ 12 ans).

Dans le Tableau V les résultats de l'opération et la durée de l'ischémie sont confrontés. Pour 63% du groupe entier cet intervalle a été de plus de 10 heures.

Tableau V

Résultats des opérations

Intervalle en heures	Nombre		Mortalité		Amputations	
	Emboli	Malades	Prompte dans un délai de 24 heures	Retardée	Opération échouée	Gangrène - circulation améliorée
1- 6	14	13	—	1	2	2
6-10	23	20	1	2	1	—
10-24	22	20	1	5	2	—
24-48	11	10	1	4	2	1
48-72	9	6	—	1	—	1
Plus de 72	19	19	—	2	2	1
Inconnu	2	2	—	1		
En tout	100	90	3	16	9	3
			19			12

Le nombre des complications par suite de ces opérations était minime comme le fait voir le Tableau VI.

Tableau VI

Complications

Nombre total des malades: 90, âge moyen: 65 ans.	
Hémorragie	6
Erreur technique (la tunique interne a été soulevée avec le cathéter Dormia)	2
Circulation insuffisante	7
Thrombose veineuse	3
Embolie pulmonaire	2
Guérison retardée de la plaie	5
	1

La mortalité (Tableau VII) s'élevait à 22% pour le groupe entier. L'âge moyen des personnes décédées était de 72 ans (S. D. environ 10). Il va sans dire que ce degré élevé de mortalité ne se rapporte pas exclusivement à la mortalité chirurgicale, mais qu'il est tout d'abord la conséquence du trouble cardiaque préexistant.

Tableau VII

Cause de la mort (90 malades)

Décédés: 19 malades = 21%; âge moyen: 72 ans.	
Trouble cardiaque congestif	6
Accident vasculaire cérébral	4
Embolie pulmonaire	2
Ulcère duodénal perforé	3
Syndrome d'écrasement	2
Embolie vers l'artère rénale	1
Septicémie	1
	19

Par une embolectomie réussie nous entendons une opération, grâce à laquelle l'embolus et le thrombus secondaire ont été éliminés. Cette élimination se traduit par l'amélioration nette de la circulation dans la jambe, de sorte qu'en général la pulsation qui manquait au début revient. Quand on se base sur ce critère-là 91% des embolectomies peuvent être considérées comme réussies (Tableau VIII).

Tableau VIII

Embolectomies réussies

Nombre total des malades	90	
Nombre total des embolectomies	100	
Opération échouée, suivie d'amputation	9	
erreur technique	2	
circulation insuffisante	7	
Embolectomies réussies		91%

Pour un deuxième critère nous pouvons nous baser sur le sort définitif du malade pendant son séjour à l'hôpital. 19 malades sont morts ce qui revient à un pourcentage de mortalité de 22%. Comme il fallait recourir à l'amputation sur 5 des malades décédés plus tard, de la série de 90 malades, 71 (79%) de tous ceux qui finalement ont été opérés ont quitté l'hôpital sans avoir subi une amputation. Cependant, cinq personnes qui ont quitté l'hôpital, ont dû subir une amputation (Tableau IX).

Tableau IX

Résultats définitifs

Nombre total des malades	90	
Nombre total des décès	19	
Nombre total des amputations	12	
Décédés après l'amputation	7	
Vivants avec amputation	5	
Vivants sans amputation	66	73%
Nombre total des vivants	71	79%

DISCUSSION

Tous les emboli qui détériorent la circulation d'une extrémité devraient être éliminés par voie chirurgicale, y inclus ceux dans les membres supérieurs et dans la partie distale du membre inférieur. Dans la plupart des cas le traitement conservateur aboutit à la perte nette de la fonction et parfois il entraîne la perte de l'extrémité et compromet la vie du malade. Le diagnostic immédiat et le traitement rapide sont de la plus haute importance. On est généralement d'accord sur le principe que l'opération est à pratiquer dans le plus bref délai. Cependant, on ne se rend pas suffisamment compte du fait que l'intervalle n'a rien à voir avec l'indication de l'opération. Il faut tenir compte de l'intervalle en rapport avec d'autres facteurs, parmi lesquels le degré de la circulation collatérale est le plus important.

RÉSUMÉ

Sur la base du matériel de 90 malades sur lesquels 100 emboli artériels périphériques avaient été diagnostiqués, il a été démontré que le traitement agressif de l'embolus et de la thrombose secondaire qui se développe derrière et devant cet embolus est d'une nécessité absolue. En joignant l'usage des cathéters Fogarty et Dormia au lavage rétrograde des artères, on pourrait pratiquer des embolectomies réussies, parfois plusieurs jours après le début de l'état. Grâce à cette technique combinée on a pu rétablir une circulation adéquate en 91% des cas. Malgré ces résultats chirurgicaux favorables la mortalité était toujours élevée (22%), bien que finalement 66 malades (73%) aient quitté l'hôpital sans avoir subi une amputation.

Adresse de l'auteur:
J. M. Greep.
Herman Heyermansweg, 3, Amsterdam

RONDOMYCINE®

ANTIBIOTIQUE A LARGE SPECTRE

Bronchite chronique

Pfizer

DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE

102, RUE LEON THEODOR, BRUXELLES 9 - TEL. (02) 26.49.20

MAUX DE VOYAGE

DRAMAMINE

Vente en pharmacie

SID s.a. Pharbil

Calonat wenn Grippe naht

Mittel gegen Erkältungen und Grippe. CALONAT aktiviert die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers, bekämpft Infektion, Entzündung und Fieber und wirkt gleichzeitig entgiftend und schmerzlindernd.

Laboratorien HAUSMANN, St. Gallen
PROPHAC Luxembourg, case postale 2063, tél. 48 24 82

L'ULCERE DE JAMBE AU XVIIIIEME SIECLE

H. R. VAN DER MOLEN et J. C. SCHULTZ
(Terwolde)

Le docteur J. C. Schultz (d'Amsterdam) nous ayant appris que le traitement compressif et ambulatoire des ulcères de jambe a été pratiqué et décrit par le chirurgien hollandais G. J. van Wij, dans les «Handelingen van het geneeskundig Genootschap» (Travaux de l'Association Médicale) dès 1776, nous avons voulu simplement comparer cette étude à quelques autres communications de la même époque. Le titre du travail de van Wij «Proeven met de spongia in verouderde ulcera» (Essai avec l'éponge dans les ulcères invétérés) nous apprend qu'il s'est agi d'un essai.

En effet, ce collègue d'Amsterdam, il y a 2 siècles décrit un cas d'ulcère de jambe chez une jeune femme de 34 ans, dont la guérison par l'art contemporain avait été très longue (1 an).

Un petit traumatisme ayant occasionné un grand ulcère de récidive avec d'une part sécrétion «ichoreuse» abondante, d'autre part une «escarre» dont la «séparation» était très lente — cette observation date de 1774 — en désespoir de cause il recourt à l'éponge, puisqu'il est peu content de l'emploi des «plumasseaux», couramment utilisés par les chirurgiens (pluksel). Il a vu — à ce qu'il dit — l'emploi de l'éponge en thérapeutique de l'ulcère — chez un collègue «habile et estimé» dont il omet de dire le nom.

Dès la première application il a vu que le bandage et les compresses étaient sèches, tandis que l'éponge avait absorbé les sécrétions abondantes. En même temps l'escarre (nous pensons qu'il s'est agi d'une membrane diphtéroïde), s'est détaché en partie, et complètement après 3 pansements (des compresses à l'aqua calcis, et un bandage allant du pied au genou, «modérément serré»).

Après 7 pansements quotidiens l'ulcère était aplani, sécernant du pus bien lié (qu'il appelle très justement «baume naturel guérisseur»). L'éponge était découpée un peu plus grand que l'ulcère — et de l'épaisseur d'un doigt. Après une semaine l'auteur essaie d'omettre l'éponge: le résultat fut tel, qu'il se croit obligé bien vite de le reprendre, afin d'éviter une rechute, annoncée par l'augmentation de la sécrétion (sans doute l'oedème avait réapparu).

Après il applique, en la mettant sur l'éponge, une pommade au litharge et à l'oxyde rouge de mercure. En même temps il augmente graduellement la compression de bandage, et obtient ultérieurement la guérison (sans mentionner le temps requis pour obtenir ce résultat).

Un an après — sans doute à cause de l'omission d'une contention permanente — la récidive de cet ulcère postphlébitique fut accompagnée d'un ulcère malléolaire à l'autre jambe.

Le même traitement eut le même résultat: dans la seconde communication consacrée à cette récidive l'auteur dit que la séparation de la membrane («l'escarre») fut obtenue après 3 semaines de pansements quotidiens. Et déjà il propage les «pansements rares», après avoir obtenu

le stade de l'aplanissement et du bourgeonnement «charnu» il ajourne le renouvellement du pansement au 4ième, 5ième et même au 6ième jour.

Il attribue — curieusement — l'effet de l'éponge à sa construction capillaire; les capillaires de l'éponge absorbant les «liquides âcres» qui empêchent la guérison. Il insiste sur la nécessité de renouveler fréquemment l'éponge, de les laver abondamment, mais sans soupçonner que l'effet est dû à la compression.

Il termine cette communication en remarquant très judicieusement que ce n'est pas l'éponge à elle seule qui guérira l'ulcère, mais que — pour obtenir une bonne cicatrisation — il faut absolument un pansement bien serré. Tout comme — dit-il — l'agarie (amadou) à lui seul ne fait pas cesser l'hémorragie sans une compression modérée.

La communication de van Wij confirme pleinement ce que dit Whately, à savoir que des praticiens et chirurgiens avisés ont de tout temps connu la méthode compressive ambulatoire, quoiqu'elle ait été rarement décrite. Ces descriptions se multiplient cependant vers la fin du dix-huitième et au commencement du dix-neuvième siècle.

Raynton (1797), Whately (1799), Underwood (1783) ont décrit plusieurs variations de la méthode compressive.

Egalement le baron Alexis Boyer, professeur de chirurgie clinique à Paris, dans son traité des maladies chirurgicales (3ième éd. 1822) t. II, p. 464-65, dont je voudrais citer quelques pages:

«Les ulcères variqueux ne sont point dangereux, ils sont même faciles à guérir. Mais si on ne leur oppose pas un traitement convenable, ils s'étendent continuellement, à raison des progrès de l'empâtement que les varices déterminent, et après en avoir obtenu la guérison on les voit récidiver promptement, pour peu que l'on néglige les précautions que nous allons indiquer.

La méthode curative consiste à dissiper l'engorgement qui s'oppose à l'affaissement des bords, à diminuer l'influence des varices sur la circulation de la lymphe et à traiter ensuite l'ulcère comme une plaie simple en suppuration. Aucun topique n'est capable de remplir les deux premières conditions, auxquelles tient cependant la guérison des ulcères variqueux mais la compression les remplit si parfaitement l'une et l'autre, que par son moyen la guérison de ces ulcères devient très facile.

En repoussant de cellule en cellule la lymphe dans le tissu cellulaire, en la répandant dans un plus grand espace, la compression favorise l'absorption, elle délivre ainsi la peau de la tension habituelle que l'engorgement occasionnait ce qui permet aux bords de l'ulcère de s'affaisser et de se rapprocher.

Enfin la compression s'exerçant aussi sur les veines dilatées, et leur diamètre en étant diminué, elles compriment moins les vaisseaux absorbants et la circulation de la lymphe est plus libre. Ces conditions étant remplies, l'ulcère se trouve ramené à l'état d'une plaie en suppuration, et le traitement le plus simple suffit pour en opérer la guérison.»

. . . Cependant il ne s'agit pas là encore d'une méthode ambulatoire, puisque le baron remarque plus bas:

«Il n'est pas nécessaire d'ajouter que le repos et la situation horizontale sont aussi avantageux dans ce cas comme dans tous les autres, jusqu'après la guérison de l'ulcère».

Très judicieusement il recommande ensuite que la compression doit être continuée après la guérison de l'ulcère, à ces fins il préfère des «bas lacés, soit en peau de chien, soit mieux en outil fin, ayant l'avantage de pouvoir être lavés à volonté». Tout de même il connaît la méthode dont nous avons eu occasion d'apprécier les bons effets, et qui convient particulièrement aux ulcères variqueux.

Elle consiste à entourer le membre avec des bandelettes agglutinatives qui, passant sur l'ulcère en ramènent les bords vers le centre . . . ces bandelettes compriment assez les parties sur lesquelles elles agissent pour en empêcher l'engorgement . . . et si on a soin d'exercer une compression uniforme sur tout le membre on peut dispenser le malade de garder un repos absolu. C'est déjà quelque chose, mais lorsque nous relisons ce qu'en disent précisément ces chirurgiens d'outre mer il y a une différence d'accent, e. g. Thomas Whately, London: Practical observations on the cure of wounds and ulcers without rest. (1ière édition 1800, les observations sont évidemment antérieures à cette date).

Ecoutons son avis:

«Dès la première application du pansement et là il s'agit d'une compression considérable sur l'ulcère même avec des compresses de toile fine et lavée en couches épaisses et des bandes en flanelle, nous sommes en droit de permettre sans scrupules aux malades de se livrer aux travaux les plus lourds (the most laborious employment) et de circuler et de rester debout pendant toute la journée.

L'exception — naturellement est faite — pour les ulcères sordides, corrosifs, érysipélateurs, ou bien qui sont compliqués d'une «fistule lymphatique». Encore le bourgeonnement qui suit régulièrement l'application de cette méthode compressive et ambulatoire peut être retardé ou même absent chez des sujets âgés et débiles, ayant des ulcères anciens et calleux. Mais — dit-il, même dans un grand pourcentage de ces cas nous verrons qu'à la longue les ulcères «se contractent et se cicatrisent solidement à l'aide de la compression et des pansements simples (common dressings). Dans d'autres cas — très exceptionnels, une «ossification cachée des aponécroses sous-jacentes» ou bien des corps oryzoïdes («small chirrous body, about the size of a pea») s'opposent à la cicatrisation.

Chaque phlébologue ayant traité beaucoup d'ulcères aura eu la même expérience. Son collègue Baynton préconise les pansements aux bandelettes de sparadrap, dont parle Boyer (sans citer son nom), il en recouvre l'ulcère et ensuite tout le membre, ou — le cas échéant seulement les parties distales à l'ulcère.

Baynton a décrit ce pansement dans un travail intitulé «A descriptive account of a new method of treating old ulcers of the legs», (Londres 1797).

Je n'ai pas pu avoir le texte original, ni le livre de M. Underwood: A treatise upon ulcers of the legs, Londres, Matthews 1783, qui, après van Wij, semble le plus ancien auteur qui ait parlé du traitement compressif ou compressif et ambulatoire.

Je voudrais terminer par quelques remarques qui ont été faites — au sujet des ulcères de jambe — par Gérard van Swieten, élève du célèbre Boerhaave. Celui-ci commentant les «Aphorismes» de son maître, dans un livre paru — en 2ième édition — à Leyde en 1755 décrit l'ulcère variqueux chez les scorbutiques (t. III, p. 609), l'ulcère alors saigne facilement et guérit après l'élimination des caillots grumeleux.

En général — dit-il — ces ulcères sont facilement curables par un régime approprié, mais lorsqu'ils siègent aux jambes et surtout dans la région périmalléolaire ils sont «ennuyeux pour le chirurgien: combien ils sont lents à se cicatriser et avec quelle facilité ils récidivent à côté des cicatrices».

Il note que dans l'entourage de l'ulcère la peau est brune, ou purpurée et livide, le fond de l'ulcère est sale, les bords soulevés, la sécrétion sanieuse, abondante et malodorante. La guérison est la plus difficile à obtenir, lorsque le malade exerce une profession sédentaire: il a vu de tels ulcères qui ont persisté pendant vingt ans et plus, et pourtant la santé générale était assez satisfaisante.

Il semble bien que van Swieten a confondu ici les ulcères scorbutiques avec l'ulcère de jambe banal.

Plus bas il répète l'erreur antique qu'il serait dangereux et parfois mortel de fermer de tels ulcères, qui serviraient en «fonticule» pour éliminer un «serum âcre».

Les opinions humaines sont souvent curieuses.

Anatole France, dans son livre «Thaïs» nous raconte que les hermites du désert de Thèbes en Égypte «estimaient que les maladies de nos membres assainissent nos âmes et que la chair ne saurait recevoir de plus glorieuses parures que les ulcères et les plaies».

En ce qui concerne la «spongia» qu'utilisait van Wij, son emploi est mentionné dans l'Opus Hippocraticum Dans le livre «sur les ulcères» (Peri helkoon, Ed. Littré 1849), t. VI, des Oeuvres Complètes d'Hippocrate, p. 418), où il est question de divers médicaments végétaux, il remarque: «Quand on se sert de quelqu'un de ces médicaments, on place par dessus le médicament, des compresses imbibées de vinaigre et par dessus les compresses une éponge (sponggon) puis le bandage, qu'on serre un peu davantage. Et voilà le bandage compressif qu'on a repris au XVIIIième siècle conseillé par les médecins grecs il y a 2500 ans.

Vraiment l'histoire se répète, mais . . . c'est long.

Adresse de l'auteur:
Huize „de Kaa", Terwolde

Diabinese*

Chlorpropamide

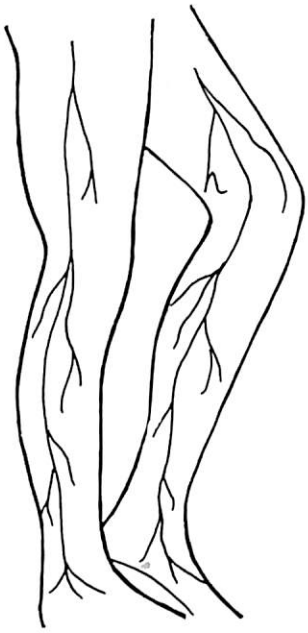
Pfizer

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



Traitement sclérosant des varices
par complexe iodo-ioduré stable

VARIGLOBINE

Efficace
Sans danger
Esthétique
Indolore

Un produit: Lab. GLOBOPHARM
Zurich - Suisse

Représentant: **Cosima**
Boomsesteenweg 546
B 2610 - Wilryk Tél. (03) 27 24 19
BELGIQUE

Écrivez-nous ou documentez-vous auprès de notre délégué lors de sa visite

dans tous les états et syndromes tussigènes

à tous les âges, du nourrisson au vieillard

toplexil

sirop expectorant antitussif

■ **Quatre constituants complémentaires**

■ **Une gamme très variée d'indications**
Toutes les formes de toux, quelle qu'en soit la nature.

■ **Une présentation de saveur très agréable**

Sirop renfermant par cuillerée à café:

Oxomémazine (6847 R.P. ; Doxergan N.D.)	1,66 mg
Gaïacolate de glycéryle	33,3 mg
Benzoate de sodium	33,3 mg
Acétylparaminophénol	33,3 mg

Flacons de 125 ml

■ **Une posologie très souple**

enfants	0 à 1 an	1 à 2 cuillerées à café par jour
	1 à 4 ans	2 à 4 cuillerées à café par jour
	Au-dessus de 4 ans	3 à 5 cuillerées à café par jour
adultes	3 à 6 cuillerées à café par jour	

■ **Une bonne tolérance**

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

Succursale de Bruxelles - 116-118, rue Stephenson, Bruxelles 2 - Tél. 41.01.25

SOINS POST-GUERISON DE L'ULCERE JAMBIER : UN COURS DE PHLEBOLOGIE POUR LES BANDAGISTES

J. LUKKES (Terwolde)

Les soins post-guérison de l'ulcère jambier comportent presque toujours la prescription d'un bas élastique. On préfère généralement des bas sur mesure, la qualité étant fonction de notre préférence et expérience personelles. Aux Pays-Bas, les bas sont prescrits par le médecin, cette prescription doit être exécutée scrupuleusement par le bandagiste.

Malheureusement, nous avons bientôt compris que ceux-ci n'étaient pas préparés pour cette tâche: ils ne connaissaient pas les indications médicales et se contentaient de donner les bas les plus élégants, sans se soucier de la fonction compressive. Même les généralistes et beaucoup de collègues spécialistes ne sont pas toujours au courant de ces questions et laissent le soin de choisir les bas aux bandagistes.

Ces problèmes jouent sans doute dans tous les pays, et plusieurs universités manquent toujours de collègues qui pourraient instruire convenablement les étudiants en phlébologie pratique. Il est nécessaire, à notre avis, que les bandagistes, tout comme les pharmaciens reçoivent de la part du médecin une prescription exacte, afin qu'aucune erreur ne soit possible. Encore faut-il que ces prescriptions soient stockées chez le bandagiste comme chez le pharmacien.

Lorsque les bas doivent être renouvelés, il doit être à même de fournir la même qualité, et de comparer les mesures indiquées auparavant par le médecin. Pour cela, il faut que le bandagiste ait des connaissances solides autant des principes de la pathologie phlébologique que des détails des qualités diverses des bas élastiques. Rarement, un bandagiste (ou ses assistants) pouvait exécuter exactement les mensurations nécessaires. Les éventuelles inexactitudes peuvent nuire aux malades. Les malades nous revenaient souvent avec des bas tout à fait différents de ceux prescrits, par exemple des bas de série au lieu de bas faits sur mesure. Dans d'autres cas, d'après les mesures prises par le bandagiste, il en résultait des bas trop courts, trop étroits ou trop larges.

Il y a quelques années, l'Association ORTHOBANDA, réunissant les bandagistes des Pays-Bas et la firme de VARITEX (fabricant de bas élastiques) a étudié la possibilité d'augmenter la qualité du travail des bandagistes. Le premier cours spécialisé de phlébologie, destiné aux bandagistes fut organisé en 1960.

En 1968, une enquête parmi les bandagistes révéla qu'une centaine d'entre eux voulait suivre un cours de phlébologie. Pour des raisons pratiques la plus grande partie de ce cours a été donné par écrit. On a exigé des notions élémentaires des matières suivantes:

a) anatomie et histologie des tissus des extrémités inférieures et notamment de l'appareil circulatoire.

b) physiologie de la circulation sanguine et lymphatique.

c) pathologie phlébologique de l'extrémité inférieure.

d) troubles de la circulation lymphatique.

e) connaissance des matériaux et des méthodes de tricotage des bas élastiques.

Cette partie fut complétée par un questionnaire à remplir par les participants. Les réponses furent corrigées par les médecins-instructeurs.

Après le cours écrit, quelques conférences ont été données par les médecins et illustrées par des séries de diapositives. Des exercices pratiques ont complété le cours, ce qui offre la possibilité de corriger beaucoup d'erreurs. Un examen théorique et pratique a été exigé à la fin du cours. S'il est bien passé, un diplôme est donné.

Jusqu'ici, on a donné 3 cours. Le premier en 1960 (49 participants), le second en 1968 (80 participants) dont 58 furent diplômés. En 1970, il y avait 54 participants dont 42 diplômés.

Puisque ces bandagistes diplômés sont dispersés dans toute la Hollande, nous croyons que par leur collaboration le travail des phlébologues sera facilité et même qu'ils pourront donner des conseils aux collègues qui ne seraient pas au courant des problèmes concernant les bas élastiques.

Nous sommes d'avis qu'il est très utile de continuer à donner de tels cours.

Adresse de l'auteur:
Rijksstraatweg 127, Terwolde

FOR TI CINE

Tonique
Défatigant

Aspartates + Complexe vitaminique + Complexe de minéraux

Forticine permet avec des moyens physiologiques et sans danger de doping, un effet dynamogène maximum, un accroissement des forces de défense de l'organisme, une augmentation du rendement physique et psycho-nerveux, et une résistance accrue à la fatigue.

Flacon de 20 capsules - Prix public Frs 65.—

LABORATOIRES WOLFS s.p.r.l.
70, Haantjeslei - 2000 Antwerpen

Médecine interne, chirurgie, gynécologie et obstétrique, urologie, dermatologie, ORL:

Proterciclina

L'antibiotique à large spectre combat toutes les infections Gram + et Gram —

Solubilité élevée au pH des tissus et liquides physiologiques

Absorption rapide: niveau hématologique élevé et persistant

Action synergique supérieure à l'activité du mélange de Tétracycline et Chloramphenicol pris dans les mêmes proportions.

Tolérance parfaite même dans les traitements prolongés; pas d'apparition de formes bactériennes résistantes.

Présentation:

16 gélules à 250 mg. (per os)
1 flacon à 300 mg avec 1 amp. solv. de 3 ml (I.M.)

Laboratori PRO-TER SPA, Milano

Conces. Benelux: CHEMIELUX, rue Cents, 97, Luxembourg

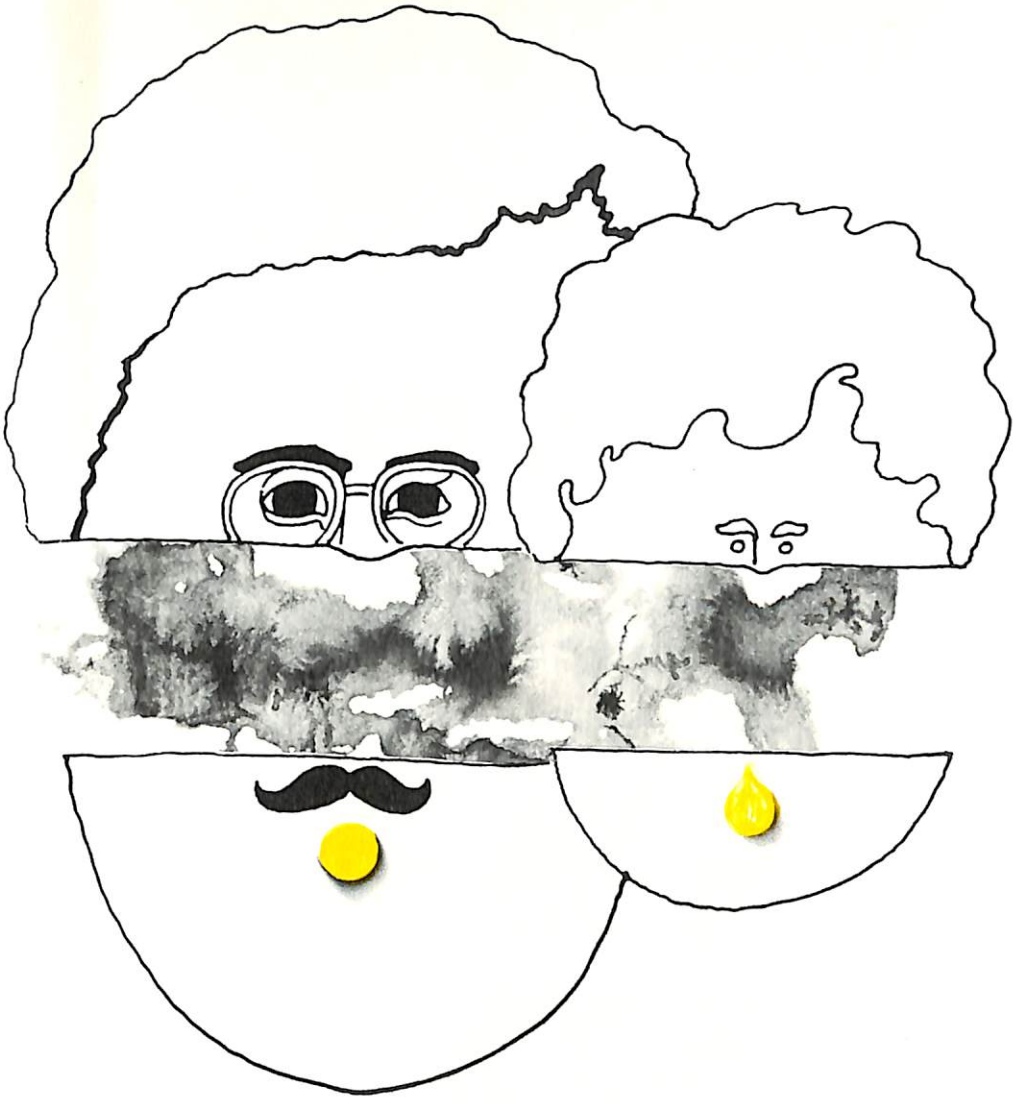
BROSPECT L'ANTIBIOTIQUE AU SPECTRE ELARGI

BROSPECT complète le spectre d'activité de la tétracycline par celui de la triacétyloléandomycine
BROSPECT améliore la résorption de la tétracycline par la présence de la glucosamine
BROSPECT retarde l'apparition des germes résistants à la tétracycline et à la triacétyloléandomycine séparément
BROSPECT n'offre aucun danger de résistance croisée entre ces deux antibiotiques.

PRESENTATIONS

Gélules à 83 mg d'oléandomycine (sous forme de triacétyloléandomycine), 167 mg de chlorhydrate de tétracycline et 167 mg de chlorhydrate de glucosamine — Flacon de 16.
Sirop à 8,3 mg d'oléandomycine et 16,7 mg de chlorhydrate de tétracycline par ml — Flacon de 60 ml.
Gouttes pédiatriques à 33 mg d'oléandomycine et 67 mg de chlorhydrate de tétracycline par ml — Flacon de 10 ml.

DIVISION PHARMACEUTIQUE
68, rue Berkendael — Bruxelles 6



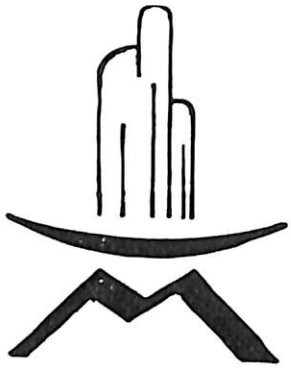
2 rhumes
1 traitement : Triaminic

Gouttes buvables pour enfants.
Bitabs pour adultes.

Triaminic® WANDER

MONDORF-les-Bains

station thermale de l'Etat luxembourgeois



Indications

- les maladies du foie et de la vésicule biliaire
- les troubles de la nutrition
- les affections rhumatismales chroniques

Cure de boisson - Hydro-physio-électrothérapie - Massages et Kinésithérapie - Centre de réhabilitation physique - Centre de rééducation respiratoire.

Saison:
1er février - 15 décembre

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à l'Etablissement thermal de Mondorf-Etat, à Mondorf-les-Bains. Téléphone : 67011