

une arrivée sur la papille par cholécotomie sus-pancréatique (et non par duodénotomie première); l'emploi d'une instrumentation bien appropriée à la courbure cholécocienne, diminuant le risque des fausses routes rétro-pancréatiques.

Par cette méthode on évitera les principales complications de cette intervention qui sont: la pancréatite nécrosante, la fistule duodénale, la péritonite, la mort par déséquilibre hydro-électrolytique ou par hémorragie incontrôlable.

Rothenberg, R. E.: Cholecystectomy and its relation to gastric acid secretion. Arch. Surg. 77: 239-241 (1958).

La cholécystectomie ne paraît pas influencer de façon significative la sécrétion acide gastrique. En règle générale, comme il ressort de 45 cas sur 64 étudiés, le niveau de la sécrétion acide reste inchangé. Dans 11 cas seulement sur les 64, la cholécystectomie alla de pair avec une élévation légère des sécrétions gastriques acides, mais en aucun cas il n'y eut d'hyperchlorhydrie chez des patients qui accusaient des taux sécrétoires normaux avant l'intervention chirurgicale.

De 8 patients qui faisaient de l'hyperchlorhydrie avant la cholécystectomie, 4 accusèrent un niveau sécrétoire analogue après l'opération, tandis que les 4 autres montrèrent une tendance à la normalisation des sécrétions acides.

5 malades souffrirent du syndrome postcholécystectomie, 14 se plainquirent de pyrosis post-opératoire, mais chez aucun on ne trouva de modification significative du taux d'acide gastrique, avant ni après la cholécystectomie.

Zeitschriften-Übersicht – Journal Review

Revue des Revues

Acta Gastro-enterologica belgica. Vol. 23, fév. 1960.

- | | |
|---|--|
| <p>1. Sur la valeur clinique de la biopsie duodénale. Cheli, R., Dodero, M. et Celle, G.: <i>Istit. Patol. med., Genova (Italie), p. 109.</i></p> <p>2. Les aspects radiologiques de l'intestin grêle chez les anxieux. de Busscher, G.: <i>Bruges (Belgique), p. 128.</i></p> <p>3. Interprétation de la splénométrie et de la splénoportographie transpariétale en Afrique Centrale. de Smet, M. et Labou, H.: <i>Serv. méd. INEAC, Yangambi, (Congo Belge), p. 139.</i></p> | <p>4. Tumeur insulaire à cellules argento-réductrices (carcinoides). Gepts, W., Deaneux, J. J. et Herrotin, E.: <i>Serv. Anat.-pathol., Méd. int. et Chir. génér., Bruxelles (Belgique), p. 162.</i></p> <p>5. Etude anatomoclinique d'un cas de sprue idiopathique. Gallus, P. et Dustin, P. jr.: <i>Serv. méd. int. et anat.-pathol., Hôp. d'Etterbeck-Bruxelles (Belgique), p. 170.</i></p> <p>6. Les troubles duodéno-pancréatiques associés aux affections biliaires à la lumière de la cholangiomanométrie. Ariano, A. A.: <i>Bruxelles (Belgique), p. 188.</i></p> |
|---|--|

ad 1. La biopsie duodénale a confirmé la fréquence de lésions de ce segment dans les dyspepsies; la concordance est satisfaisante, mais pas absolue, avec la radiologie.

ad 2. Le grêle, dans les états de stress, se caractérise par un temps de remplissage normal ou accéléré, et par de l'hypertonie, qui peut être uniforme ou donner des images en chapelet. Le grêle terminal prend un aspect jéjunal. Il n'y a jamais ni exsudation, ni grosse plicature, ni floculation.

ad 5. Une observation curieuse d'une sprue ayant évolué de 45 à 65 ans, avec troubles nerveux (tétanie) terminaux, et dont l'autopsie montra, d'une part une

forte hypertrophie des ganglions mésentériques avec nécrose non-spécifique, et d'autre part des lésions ulcéro-nécrotiques du grêle.

ad 6. On rencontre des lésions du cholédoque, de la région sphinctérienne et du duodénum dans le $\frac{1}{3}$ des opérations biliaires. La cholangiomanométrie opératoire est donc indispensable pour différencier les altérations dues à une cholécyste, à une pancréatite ou à une oddite, et pour y appliquer, s'il y a lieu, la thérapeutique chirurgicale qui convient.

The American Journal of Digestive Diseases, Vol. 5, No 4, April 1960

Die Nummer ist Franc C. Mann gewidmet, der 1914 bis 1952 dem Institut of Experimental Medicine der Mayo Foundation vorstand und dem wir eine große Zahl wertvoller experimenteller Untersuchungen auf gastroenterologischem Gebiet verdanken, so Studien über Hepatektomie, Darmverschluß, Ulcusgenese (Mann-Williamson-Hund).

- | | |
|---|--|
| <p>1. The Peptic Ulcer Problem. A physiological appraisal. Coile Ch. J., Mayo-Clinic, Rochester (Min.).</p> <p>2. Secretory Responses of denervated Gastric Pouches. Gregory, R. A. and Tracy, Hilda J.: Depart. of Physiology, University of Liverpool, Engl.</p> <p>3. Vagotomy, Hemigastrectomy and Gastroduodenostomy in Treatment of Duodenal Ulcer. Coffey, R. J. et al.: Department of Surgery, Georgetown University Medical Center, Washington, D. C.</p> | <p>4. Transmission of Excitation in the Wall of the Intestine. Douglas, D. M., Professor of surgery: University of St. Andrews, Dundee, Scotland.</p> <p>5. Primary Biliary Cirrhosis. Hoffbauer, F. W.: Depart. of Medicine, Medical School, University of Minnesota, Minneapolis.</p> <p>6. The Problem of Malignancy in Certain Neoplasms often Considered Benign. Broders, A. C.: Depart. of Surgical Pathology, Scott and White Clinic, Temple, Texas.</p> |
|---|--|

ad 1. Klare Übersicht über den heutigen Stand experimenteller Ulcusforschung mit kritischer Gegenüberstellung der bis heute bekannten ulcusfördernden und ulcushemmenden Faktoren.

ad 2. An entnervter Heidenhain-Tasche des Antrums wird nachgewiesen, daß Ausschüttung von Gastrin während Nahrungsaufnahme durch eine Kombination von Vagusreiz und lokale mechanische Stimulation zustandekommt. Die Anregung der Magensekretion durch Gastrin bedarf eines gleichzeitigen cholinergischen Reizes.

ad 3. Experimentelle Ulcuserzeugung an Hunden mit Histamin-Bienenwachs-injektion nach Hemigastrektomie mit verschiedenen Anastomosen. Bei Gastrojejunostomie war Ulcusbildung um so häufiger, je weiter distal die Anastomose lag. Kombination mit Vagotomie reduziert die Ulcusentstehung, gewährt jedoch keinen vollständigen Schutz. Nach gastroduodenaler Anastomose traten keine Ulcera auf, sowohl ohne wie mit Vagotomie. Ersteres gilt nicht für den Menschen, bei dem nach Hemigastrektomie mit gastro-duodenaler Anastomose Ulcera beobachtet worden sind, die durch gleichzeitige Vagotomie weitgehend verhütet werden können.

ad 4. Im Tierversuch werden rhythmische elektrische Entladungen nachgewiesen, die im mittleren Duodenum entspringen und distalwärts im Dünndarm fortschreiten. Frequenz von 17-18/min im Duodenum, nimmt im Ileum auf 12/min ab, ebenso die Propagation. Parallelen mit dem Reizleitungssystem des Herzens, wobei das Duodenum der Schrittmacher ist. Die Reizleitung geht über den Plexus myentericus. Bedeutung dieses Mechanismus für die Pathogenese des paralytischen Ileus wird diskutiert.

ad 5. Übersicht über 25 selbst beobachtete, verifizierte Fälle, durchwegs Frauen. Ätiologie bleibt unbekannt, Therapie erfolglos. Sehr lesenswerte Arbeit.

ad 6. Parotismischumoren, Carzinoide und gastrointestinale Adenome mit Tendenz zu maligner Entartung sollten nach Ansicht des Autors nicht als benigne bezeichnet werden.

E. Hafner