

Resumé

L'effet des bruits de différentes fréquences de 150,300 et 600 C/seconde sur le temps moyen de la nage des rats est étudié. Ce temps est déterminé par l'utilisation de la technique de nage. Les résultats obtenus montrent une diminution significative du temps moyen de la nage chez les rats soumis aux bruits assourdissants en comparaison aux témoins. Les mécanismes possibles de ce fait sont discutés.

Summary

The effect of different frequencies of noise (150,300 and 600 C/second) on the time of fatigue has been studied on rats. The method of swimming has been used for this study. The results show a significant decrease in the average time of fatigue of the rats subjected to the noise compared with the control group. The possible mechanisms are discussed.

Bibliographie

- 1- Ashkenasy - Lelu, P. (1958). Action de l'ingestion prolongée de diverse boisson sur l'endurance du rat à l'épreuve de la nage. C. R. Soc. Biol., 152,463.
- 2- Djahanguiri, B., Hemmati, S., Beheshti, F. (1967). Technique nouvelle pour produire des ulcères d'estomac chez le rat blanc. Arch. Mal. App. Dig., (sous press).
- 3- Coquet, B., Drevon, B. (1962). Epreuve de nage chez le rat. C.R. Soc. Biol., 156, 1403.
- 4- Eldridge, D H., Parrack, H.O. (1950). Sound problems in the air force. U.S.A. F. Med. J., 1,449.
- 5- AMA Congress on environmental health problems. (1964). Pub. Health. Rep., 79,889.
- 6- Maxcy, K.F. (1956) Prevention medicine and public health. Appleton - Century - Crofts, Inc. N.Y.
- 7- Bell, A. (1966). Noise. W.H.O., Geneve.
- 8- Felton, J.S., Spenser, C. (1961). Noise and fatigue. Amer. Industr. Hyg. Ass.J., 22,136.
- 9- Jansen, G. (1964). Vegetative reactions to auditory stimulation. Trans. Amer. Acad. Ophtal. Otolaryng., 68,445.

AVantages et Risques d'un Traitement en Deux Temps de l'Ulcère Duodenal Perforé

A propos de 8 cas

(Gastroentérostomies suivies de vaguectomies transthoraciques)

M. Iranpour et G. Stool ☉

La dérivation gastro - entérique ou la pyloroplastie associées à la vaguectomie sont des thérapeutiques actuellement admises dans le traitement de l'ulcère duodéal perforé (U. D. P.) Entre autres, Chalnot, Derom, M. Roux ont rapporté des observations dans ce sens. Mais toutes leurs interventions ont été pratiquées en un temps par voie abdominale pure. Mais dans ce type d'intervention nous voudrions apporter aujourd'hui l'expérience de 8 cas d'U. D. P. où pour des raisons que nous discuterons plus loin nous avons pratiqué:

- en un premier temps: suture+ gastro - entérostomie.
- en un 2ème temps: vaguectomie transthoracique.

Cette expérience d'une thérapeutique en deux temps nous a paru probante et d'une certaine réticence initiale, nous sommes passés à son utilisation facile **lorsque les indications en apparaissent.**

Les 8 cas d'U. D. P. traités en deux temps ont été revus avec un recul de 5 à 8 ans. Nous avons exclu de cette statistique:

- les malades ayant un recul de moins de 5 ans, ce recul nous paraissant nécessaire Néanmoins nous pouvons signaler que sur un total de 14 cas opérés selon cette technique, nous n'avons que des résultats satisfaisants, alors que nous avons eu un abcès sous - phrénique dans les perforations opérées **en un temps** par voie abdominale.

- ceux qui ont été traités par aspiration continue et intervention ultérieure "urgence différée".

Les 8 observations comportent:

- 7 perforations d'un ulcère du bulbe.
- 1 perforation d'un ulcère du pylore avec sténose.

Sexe des opérés : 7 hommes, 1 femme.

- Age moyen, 33 ans (31 ans - 55 ans).

Dans les cas que nous rapportons nous spécifions:

1° la gastroentérostomie a toujours été pratiquée trans-mésocolique avec une bouche d'anastomose de 4-5 cm, située près du pylore. Nous utilisons actuellement la pyloroplastie, mais notre recul nous paraît insuffisant pour les inclure dans cette statistique.

2° La vagectomie par voie trans-thoracique fut pratiquée quelques semaines après la première intervention. Une incision thoracique d'environ 25 cm. suffisait en général, et permettait une résection des deux pneumogastriques s'étendant sur presque 5 cm.

3° Le laps de temps entre la gastroentérostomie et la vagectomie fut en moyenne de 9 semaines, sauf pour un cas où le malade ne s'y est décidé qu'après vingt deux mois!

Résultats cliniques et radiologiques

Quatre critères nous ont servi de base pour juger les résultats. Ce furent:

- le sentiment subjectif de guérison.
- la nécessité d'un régime alimentaire strict, partiel ou nul.
- le degré éventuel des troubles digestifs persistants.
- l'éventuelle gêne thoracique des opérés.
- le résultat radiologique selon lequel nous divisons nos malades

en deux groupes :

a - ceux ayant un recul de plus de 4 ans et ceux ayant un recul de moins de 4 ans.

b - ceux où radiologiquement persiste l'image de l'ulcère.

c - ceux où une réaction de gastrite reste visible.

Nous avons résumé ces résultats dans le tableau No. 1.

Il permet de conclure grosso-modo:

- à 5 résultats subjectivement et objectivement excellents.
- à 3 résultats seulement "bons". Dans ces derniers on relève

des malades qui suivent un régime (irrégulier si ce n'est purement théorique). On y trouve aussi ceux qui manifestent de minimes troubles digestifs (du type ballonnements post-prandiaux et chez l'un d'eux fortement éthylique des nausées matinales).

- Deux opérés signalent une gêne thoracique. Chez l'un elle est anodine, et périodique, chez l'autre elle est un peu particulière et semble nettement exagérée, par un psychisme d'éthylique et d'hypochondriaque d'autant plus que radiologiquement son transit est tout à fait normal. Ajoutons aussi que deux des transits montrent des signes radiologiques de gastrite. Ces signes peuvent autant se rapporter à l'intervention chirurgicale, car la gastroentérostomie est connue pour favoriser la gastrite qu'à un éthylicisme pour lequel l'un des malades était déjà en maison de cure.

DISCUSSION

La discussion de cette statistique porte essentiellement sur les inconvénients et les avantages de cette méthode. Mais avant d'en discuter, nous voulons signaler que cette méthode présente pour nous une méthode de prudence et de sécurité.

INCONVENIENTS:

Nous les connaissons et ils ont été signalés lors d'une discussion à la Ste. Nationale de Gastro-Entérologie de Paris (7.3.1965). Ils résident:

- dans le principe d'une 2ème intervention.

Aussi, faut-il réserver cette thérapeutique en deux temps au cas où l'intervention en un temps paraît vraiment créer un risque.

- Dans les risques de récurrence si la 2ème intervention est pratiquée tardivement.

Cet argument est valable car il est souvent difficile de persuader un malade se sentant bien de se faire réopérer.

La preuve: c'est que une de nos malades n'est revenue qu'après 22 mois! Nous pensons qu'actuellement le meilleur délai entre les deux interventions est de 15 jours.

- Dans les difficultés d'une thoracotomie lors d'anciennes lésions pleurales.

Les antécédents et la radio thoracique peuvent avant l'opération donner des arguments pour ou contre la thoracotomie. De plus, la

progression transthoracique vers la mise en évidence de 10 cm. de pneumogastriques sur l'oesophage (même en cas d'anciennes pleurésies) n'est pas insurmontable.

Dans une éventuelle gêne thoracique post-opératoire.

C'était initialement une de nos craintes majeures. Mais nous avons été agréablement surpris de voir le peu de séquelles tardives. (Voir tableau No. 1).

AVANTAGES:

Ils sont importants lorsqu'on se trouve en présence:

- d'un état général précaire (état cardiaque, urémie, alcoolisme, etc...). En effet, cette méthode en deux temps réduit le risque opératoire au minimum.

- d'un malade admis tardivement, c'est-à-dire présentant un syndrome péritonitique grave avec liquides fétides, fausses membranes etc... Ou encore d'un malade présentant une inondation péritonéale importante au sortir d'un repas.

Cette méthode permet une toilette péritonéale satisfaisante sans obliger cependant à disséquer les régions sous diaphragmatiques ou même l'oesophage abdominal ou son début thoracique. (Des médiastinites ont été signalées).

- d'une obésité importante ou d'une cage thoracique d'une profondeur anormale (des perforations oesophagiennes ont été signalées lors de dissections difficiles).

- D'un repérage douteux des deux pneumogastriques lors de la palpation de l'oesophage. La vaguectomie sus-diafragmatique permettant à coup sur une résection large des deux pneumogastriques.

EN CONCLUSION

Nous pensons que malgré ses quelques inconvénients, cette tactique en deux temps opératoires peut bien souvent être salutaire par sa prudence et ses avantages.

Actuellement nous utilisons plutôt la pyloroplastie parce que plus rapide et semblant donner d'aussi bons résultats (Weinberg). Une autre raison toute personnelle est que peut être plus souvent qu'on ne le croit, les vaguectomies sous - diaphragmatiques sont complètes surtout lorsqu'elles sont pratiquées en urgence, et le fait de "peler" l'oesophage à la recherche de ramifications d'un pneumogastrique déjà divisé, laisse toujours un arrière goût d'insécurité.

(Tableau No. 1)

| 8 CAS Regime Alimentaire | 8 CAS Guerison Subjective | 8 CAS Troubles Digestifs | 8 CAS Gene Thoracique | 6 CAS (*) | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------|
| | | | | Singes. Radiologiques Tardifs | |
| | | | | + de 4 ans | - de 4 ans |
| Sans Regime 5 | Totale 7 | Aucun 5 | Aucune 6 | Ulcere 3 | Visible 3 |
| Regime Partiel 3 (**) | Partielle / | Legers 3 (**) | Legere 1 | Ulcere / | Visible / |
| Regime Strict / | Nulle 1 | Graves / | Importante 1 | Gastrite 2 (**) | |

(*) Deux malades ne sont pas Présentés au contrôle radiologique tardif.

(**) Un des 3 est en cure de désintoxication éthylique.

Resumé

Les auteurs rapportent l'expérience de 8 cas d'ulcères duodénaux perforés (U. D. P.) où ils ont pratiqué:

- en un premier temps: la suture de l'ulcère + Gastro-entérostomie trans-mésocolique.

- en un 2ème temps une vagotomie par voie trans-thoracique.

Les **inconvénients** de cette méthode en deux temps ont été soulignés lors d'un discussion à la Sté. Notionale de Gastro-Entrologie à Paris (16.3.1965). Ils résident:

- dans le principe même d'une 2ème intervention.

- dans les risque de récidence si cette 2ème intervention est pratiquée tardivement.

- dans les defficultés d'une thoracotomie, lors d'anciennes lésions pleurales.

- dans une éventuelle gêne thoracique, post-opératoire.

Mais à côté de ces inconvénients **les avantages** de cette méthode sont multiples,

surtout lorsqu'on se trouve en présence:

- d'une malade admis tardivement avec syndrome péritonitique fétide, etc...

- d'une obésité importante.

- d'une cage thoracique d'une profondeur anormale.

- d'un réperage douteux des deux pneumogastriques lors de la palpation de l'oesophage au premier temps opératoire.

Les auterus ont un recul de 5 à 8 ans avec d'excellents résultats.

Summary

8 cases of perforated duodenal ulcers reviewed after 5 to 8 years were operated in two stages:

a) in a first stage: suture of the ulcer and gastroenterostomy.

b) 3-4 Weeks later: trans-thoracal vagotomy.

The advantages of the two-stages-operative-procedure are useful in pateints:

- seen in a very late state.

- of poor operative risk.

- with important obesity.

- or abnormal deep thorax.

- with a doubtfull location of the two subdiaphragmatic vagus trunks.

Hematome Extra - Dural Rachidien Spontane

Cl. Gros, I. S. Adib-Yazdi,

B. Vlahovitch, A. Fernandez Serrats

Dans le courant de l'année 1962-1963, nous avons eu a intervenir dans quatre cas de paraplegie pour hematome extra-dural rachidien spontané.

Cette etiologie très particulière des compressions medullaires est ingorée presque totalement dans les traités classiques.

Dans la litterature, le premier cas a été rapporté par BAIN (W) en 1897. Il s'agissait de l'apparition brutale d'une tétraplégie rapidement mortelle chez une jeune fille de 18 ans, a la suite d'efforts pour defecation. La vérification anatomique a pu démontrer qu'il s'agissait d'un hematome extra-dural rachidien cervical haut.

Au cours de la dernière decade, d'autres cas ont été rapportés dans la litterature. En 1953 SADKA (M.) et SCHLUTZ (E. C.) et Col., dans des articles séparés, ont rassemblé les douze mêmes cas et y ont ajouté respectivement deux et quatre cas personnels.

En 1959 LOWREY (J. J.) rapporte trois nouveaux cas et dans sa publication établit un tableau comparatif de 24 cas. Dans la même année, LEPOIRE (J.) et Col., dans un article détaillé ajoute quatre nouveaux cas et établit d'une façon détaillée le tableau clinique et l'évolution:

Nous avons repris ici le tableau de LOWREY en éliminant quatre cas, dont un traumatisme rachidien pouvait être évoqué a l'origine l'hematome. Nous y avons ajouté treize cas nouveaux, dont quatre personnels (CUBE, 1 cas, OLDECK, 1 cas, DAWSON, 2 cas et POMME, 1 cas), un totale de trente-trois cas (tableau 1).

✻ Travail de la Clinique Neurochirurgicale Faculte de Medicine de Montpellier France.

Ce travail a été présenté a la Societe Neurochirurgicale du moyen orient en Septembre 1963.