

**AIGUILLES D'ACUPUNCTURE  
CHINOISES ET JAPONAISES**

EN OR, ARGENT, ACIER

POSE-AIGUILLES AUTOMATIQUES (déposé) — TROUSSES MÉTAL

Robert BADOUX

11 bis, Rue de Birague, PARIS-IV — Archives 44-82

R. M. 849 Seine

**VÉRIFICATION  
RADIOLOGIQUE  
DE L'ACTION  
EXTEMPORANÉE  
DES DEUX POINTS  
D'ACUPUNCTURE**

*par le Docteur J. DESCHAMPS (Bordeaux)*

Madame M..., 38 ans, a subi le 8 janvier 1964 une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire (vingt et un calculs de la grosseur d'une noisette). Au cours de l'intervention, pour prévenir toute hémorragie interne ultérieure, une compresse d'un produit hémostatique résorbable a été placée à demeure dans le lit vésiculaire.

Quinze jours après sa sortie de clinique la malade est prise de vomissements biliaires s'accompagnant d'une fièvre élevée (39-40) précédée de frissons. Ces symptômes évoquant le tableau classique d'une angiocholite infectieuse, un traitement par voie parentérale pénicilline-streptomycine est immédiatement institué.

En quarante-huit heures, tout semble rentrer dans l'ordre et l'on croit la partie gagnée ; mais persistent encore cependant des douleurs dans l'hypochondre droit empêchant tout sommeil et s'accompagnant d'une sensation de pesanteur gastrique. Ces symptômes ne tardent pas à augmenter d'intensité et trois jours après l'interruption de l'antibiothérapie, les vomissements biliaires reprennent, ainsi que la fièvre. Une nouvelle hospitalisation est alors décidée.

Dès le lendemain de celle-ci, on effectue un examen radiologique de l'estomac. Celui-ci se révèle complètement atone, ptosé et distendu par les rares aliments ingérés les jours précédents.

Le diagnostic de sténose inflammatoire du pylore ne fait aucun doute et devant la persistance d'une fièvre élevée, la malade est mise sous perfusion de terramycine et concurremment on tente l'épreuve de la morphine qui se solde par un échec complet.

Quelques jours se passent ainsi, mais bien que les vomissements aient cessé, l'état général de la malade continue à se dégrader, toute alimentation est impossible, la fièvre persiste malgré l'antibiothérapie, elle oscille toujours entre 38 et 39. Chirurgien et gastro-entérologue devant ce tableau clinique soupçonnent un abcès sous-phrénique et évoquent l'éventualité d'une nouvelle intervention chirurgicale aux fins de drainage et d'exploration.

Avant de s'y résoudre, le mari de la malade me téléphone et me demande d'en discuter l'opportunité avec mes confrères; j'acquiesce et rendez-vous est pris avec eux pour le lendemain à la clinique où j'arrive en début d'après-midi. Ensemble nous réexaminons radiologiquement la malade, l'estomac dont le contenu est resté inchangé, descend au-dessous des crêtes iliaques, il est distendu, complètement akinétique et aucune trace de baryte n'injecte le grêle.

Jouant le tout pour le tout et au risque de perdre la face, je plante une aiguille d'or aux deux Sann-li de jambe et aux deux Tsie-tsri (41 E). Quelques minutes s'écoulent, et soudain la malade accuse une légère colique dans l'hypochondre droit. Nous la replaçons derrière l'écran, et à la stupéfaction de tous, nous voyons l'estomac se contracter et par saccades la baryte franchir le pylore et injecter le grêle.

Des clichés ainsi qu'un film sont immédiatement pris par le gastro-entérologue légèrement médusé. L'évacuation de l'estomac contrôlée radiologiquement d'heure en heure, se poursuit au cours de la soirée. La température n'était plus à 18 heures qu'à 37°3 pour descendre à 36°8 le lendemain au réveil.

Malgré ce résultat et en plein accord avec mes confrères, nous décidâmes une intervention exploratrice et bien nous en prit car à l'ouverture nous trouvâmes un estomac dont la paroi congestionnée adhérait par sa petite courbure à une masse inflammatoire dure, lardacée, de consistance fibromateuse du volume d'une orange, siégeant au niveau du lit vésiculaire et contenant en son centre la valeur d'un dé à coudre de pus. Cette masse de péritonite plastique due indubitablement à la compresse hémostatique résorbable, placée au cours de la première intervention, ne put être libérée et on termina pas une gastro-entérostomie de dérivation. L'examen anatomo-pathologique d'un fragment de cette masse confirma son caractère uniquement inflammatoire.

Les suites opératoires furent normales. Un nouvel examen radiologique pratiqué trois semaines après montra un estomac s'évacuant par la voie pylorique, sans qu'aucune trace de baryte ne franchisse la bouche de gastro-entérostomie.

Revue à son retour de clinique et la malade continuant à souffrir de son hypochondre droit, j'eus la surprise de trouver un puits de vésicule biliaire en fil de fer que Iang-fou à l'argent dissipa en quelques minutes et je crois bien que régulièrement je serai encore obligé de disperser la vésicule de cette malade... sans vésicule, mais ceci sera une autre histoire.

## LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACUPUNCTURE ET DE LA MOXIBUSTION AU JAPON

par Haruto KINOSHITA

Publié dans le journal  
de la Société Japonaise d'Acupuncture et de Moxibustion  
(Vol. 13, n° 3, juin 1964)

### AVANT JESUS-CHRIST

Les découvertes archéologiques faites au Japon ont prouvé que, même aux époques préhistoriques, des vrilles de pierre, des aiguilles de pierre et d'os, etc. étaient utilisées dans les traitements médicaux à peu près de la même façon que le sont les aiguilles de nos jours.

552

Les moyens de transport qui se perfectionnent augmentent les relations entre le Japon et le continent asiatique. Le Bouddhisme pénètre au Japon et l'influence chinoise se répand, particulièrement sur le plan de la médecine religieuse, dégradant quelque peu la pratique médicale japonaise originelle

701

Le Taiho Ritsuryo (Code Taiho) établit le système médical au Japon en organisant la profession sur des bases hiérarchiques : professeurs, docteurs, étudiants, etc.