

## QUE DEVIENNENT LES DÉFORMATIONS OSSEUSES DES RACHITIQUES ?

Par le D<sup>r</sup> Edmond CHAUMIER

« Quand il a atteint sa période ultime, dit Parrot (1), parlant du rachitisme, quelle que soit à ce moment sa violence, quels qu'aient été les désordres accomplis jusque-là, il se manifeste spontanément une tendance vers la guérison, qui peut ne laisser après elle aucune trace des troubles antérieurs, mais qui, d'autres fois, fixe irrémédiablement les déformations qui s'étaient produites. »

On peut encore diviser les rachitiques en deux catégories: 1<sup>o</sup> ceux qui grandissent et atteignent une taille normale; 2<sup>o</sup> ceux qui, bien que grandissant un peu, restent petits.

Les rachitiques de la première catégorie guérissent ou s'améliorent considérablement; ceux de la seconde restent plus ou moins difformes.

Est-ce que la lésion osseuse, locale, est seule cause de cette différence dans la taille? je ne le pense pas. Je crois plutôt que si certaines lésions du système nerveux produisent le gigantisme et l'acro-

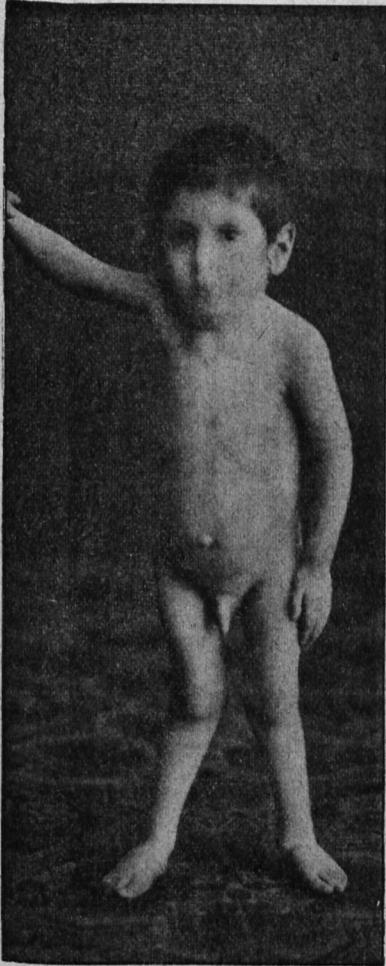


Fig. 1.

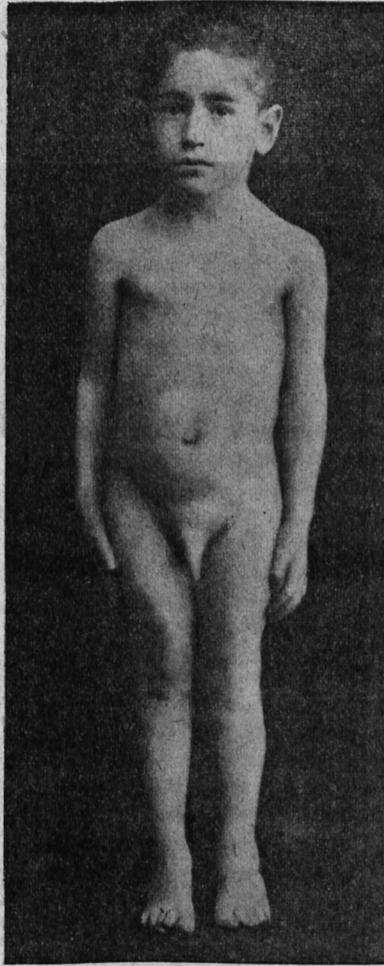


Fig. 2.



Fig. 3.

Ceci est l'expression absolue de la vérité, je l'ai toujours observé. Certains rachitiques, et c'est le plus grand nombre guérissent spontanément d'une façon très complète de leurs déformations osseuses; d'autres ont des améliorations équivalant à des guérisons; d'autres enfin, bien que s'améliorant, gardent de véritables difformités ne relevant que de la chirurgie.

(1) Parrot: *La syphilis héréditaire et le rachitis*, p. 255.

mégalie, si d'autres lésions produisent le nanisme, ce sont également des lésions du système nerveux qui causent l'arrêt du développement des os chez les rachitiques.

Dans le rachitisme il n'y a pas seulement une lésion locale, osseuse; mais une maladie *totius substantiae*, résultat de l'infection, et d'une infection spécifique, comme je l'ai déjà démontré

Comment, en effet, une maladie non spécifique

pourrait-elle produire des lésions aussi complexes que celles du rachitisme et toujours si semblables à elles-mêmes.

C'est bien cette impossibilité, dont Parrot s'était rendu compte, qui lui avait fait rejeter de l'étiologie de cette maladie les causes multiples énumérées par les auteurs, pour adopter une origine unique, spécifique aussi, qu'il croyait être la syphilis; certaines similitudes des lésions osseuses des deux maladies l'ayant poussé à adopter cette manière de voir. Le rachitisme n'a pas son origine dans la syphilis; tout le monde est d'accord à ce sujet; mais si la

« A la tête des causes prédisposantes on met l'influence des générateurs; si leurs enfants sont rachitiques, c'est qu'ils l'étaient eux-mêmes, ou bien tuberculeux, scrofuleux, épuisés, trop jeunes ou trop vieux, ivrognes, sanguins ou bilieux; et d'après Van Swieten mous, oisifs, adonnés aux plaisirs de la table, aimant les plats gras et sucrés, mangeant peu de pain, buvant des vins trop doux, se servant d'eau chaude, épuisés par des maladies chroniques ou par l'amour.

« Puis viennent les affections mêmes de l'enfance: la toux, la diarrhée, toutes les fièvres. On fait jouer

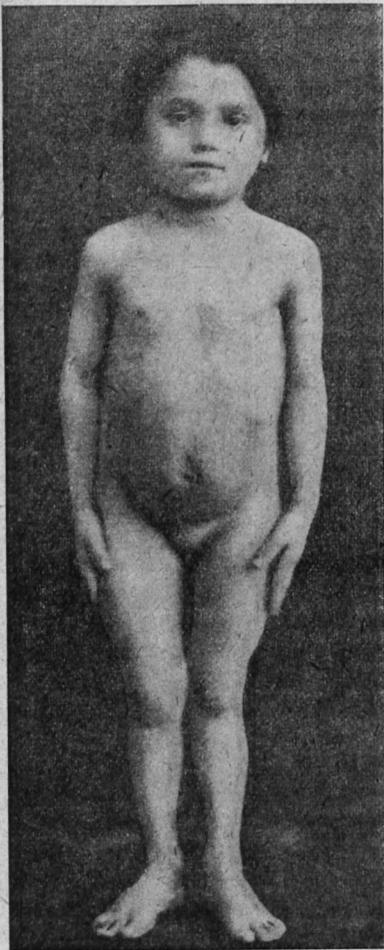


Fig. 4.



Fig. 5.

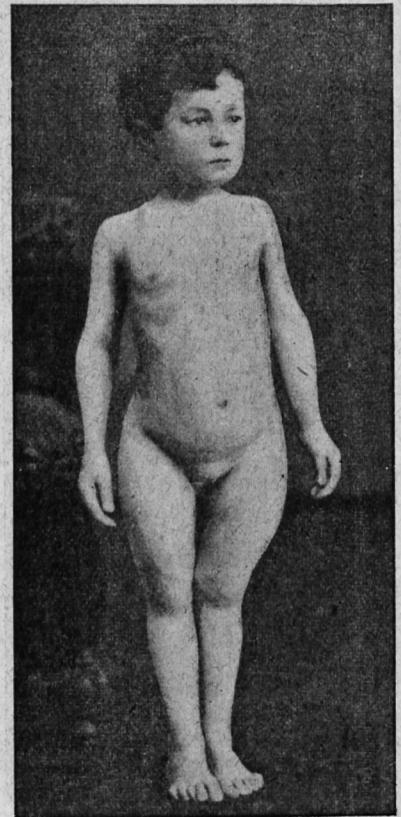


Fig. 6.

doctrine de Parrot est fautive, certains des points sur lesquels elle s'appuyait n'en sont pas moins vrais.

« Est-il surprenant, dit-il (1) de voir un mal aussi particulier, aussi typique, reconnaître cette cause unique et puissante, au lieu de celles que jusqu'ici on lui a attribuées? non certes! surtout quand on jette un coup d'œil sur ces dernières.

(1) Parrot: *La syphilis héréditaire et le rachitisme*, page 237.

un rôle considérable aux climats froids et humides, aux habitations basses, imparfaitement aérées et éclairées.

« Les causes occasionnelles ne sont pas moins nombreuses.

« On a surtout accusé l'insuffisance et la mauvaise qualité des aliments. Guersent s'en prenait au lait et aux farineux. M. Jules Guérin, après avoir incriminé l'allaitement trop prolongé, voit au contraire

aujourd'hui l'origine du mal dans une alimentation trop animalisée. Trousseau a soutenu cette manière de voir. L'insuffisance des sels calcaires a joué un rôle non moins important que l'alimentation dans cette étiologie; et M. Seemann pense que, chez les rachitiques, il existe un trouble digestif essentiellement constitué par la production insuffisante d'acide chlorhydrique, d'où l'absorption imparfaite des sels de chaux par le tube digestif.

« Pour Broca et M. Gamba, le rachitis n'est pas une maladie spéciale, mais bien la conséquence des causes qui troublent la nutrition pendant la période

vie infantile que l'est le rachitis, ne reconnaisse pas sans exception une seule et même cause? »

« ... On comprend que toutes les causes débilitantes peuvent préparer le terrain, mais si bien préparé qu'il soit, s'il n'y a pas de germe, le rachitis n'y poussera pas. »

La marche du rachitisme et surtout sa tendance naturelle, spontanée, à la guérison ne plaident-elles pas encore en faveur de la spécificité. En cela le rachitisme ressemble à toutes les maladies infectieuses; lorsque l'organisme est suffisamment imprégné par les produits microbiens il se forme un

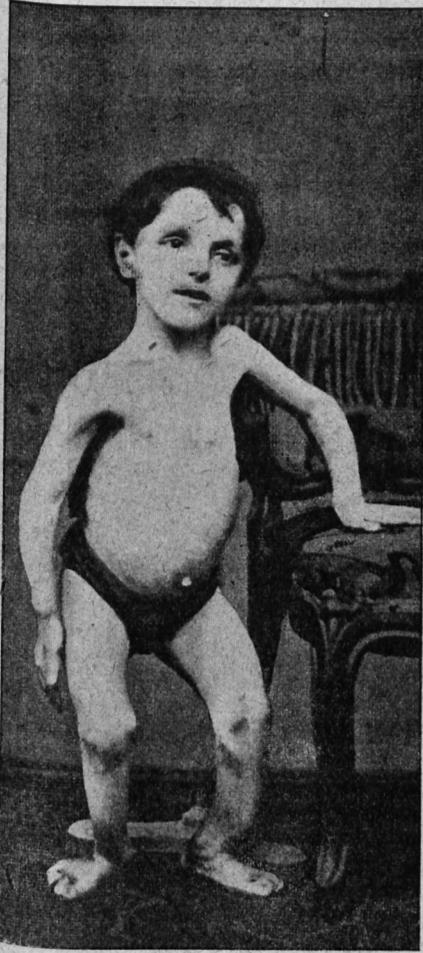


Fig. 7.

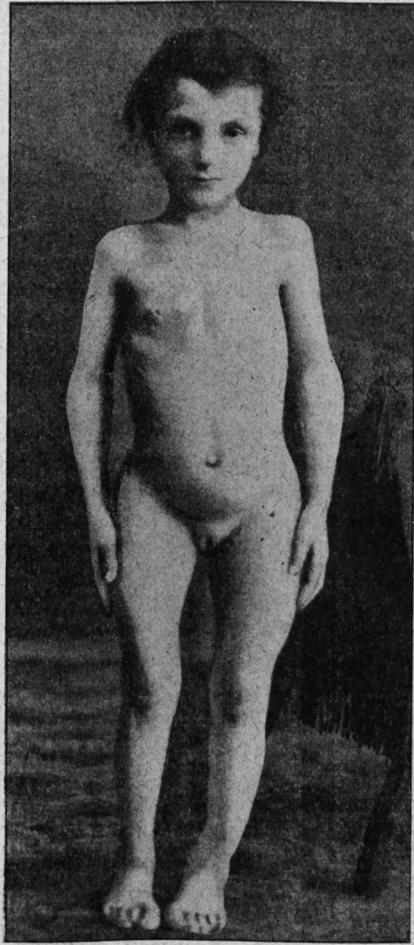


Fig. 8.



Fig. 9.

de croissance du jeune âge. Comme on le voit, tout est invoqué, mêlé, confondu, dans cette étiologie si disparate et contradictoire. Et en vérité, rien n'est moins fait pour convaincre de l'efficacité de l'une de ces causes que leur liste aussi longue que banale. »

« Peut-on croire, insiste encore Parrot (1), qu'une altération aussi spéciale, aussi considérable, si nettement confinée dans une certaine période de la

milieu où le microbe ne peut plus vivre, et alors la guérison se produit; autrement les maladies dureraient indéfiniment.

Ce qui a lieu pour la pneumonie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc. a également lieu pour le rachitisme et c'est pourquoi survient sa guérison spontanée; guérison complète si les désordres causés par l'infection n'ont pas été trop grands, guérison avec difformités, mais guérison encore, lorsque les dégâts ont été considérables.

(1) Parrot: *La syphilis héréditaire et le rachitis*, p. 262.

La plupart des auteurs ont attribué cette guérison à des médicaments variant suivant la mode du moment, huile de foie de morue, phosphate de chaux, phosphore, etc., etc.

M. Ch. Leroux, au dernier congrès international, a recommandé la cure marine. L'air de la mer et quelques appareils orthopédiques viendraient à bout de la plupart des déformations. Et M. Leroux apportait à l'appui de ses dires de très belles photographies d'enfants rachitiques, prises avant et après le séjour à la mer. Ces photographies très

un milieu très hygiénique comme est la mer ou la montagne.

Mais le rachitique guérira aussi souvent dans sa famille. J'ai recueilli un grand nombre d'observations très probantes. J'espère pouvoir réunir, un jour, la plupart des rachitiques que j'ai observés et publier les résultats de cette enquête. Aujourd'hui je veux seulement insister sur le fait de la guérison spontanée et donner des observations de rachitiques dont la maladie s'est déroulée entièrement dans une grande ville, à Turin. Les petits

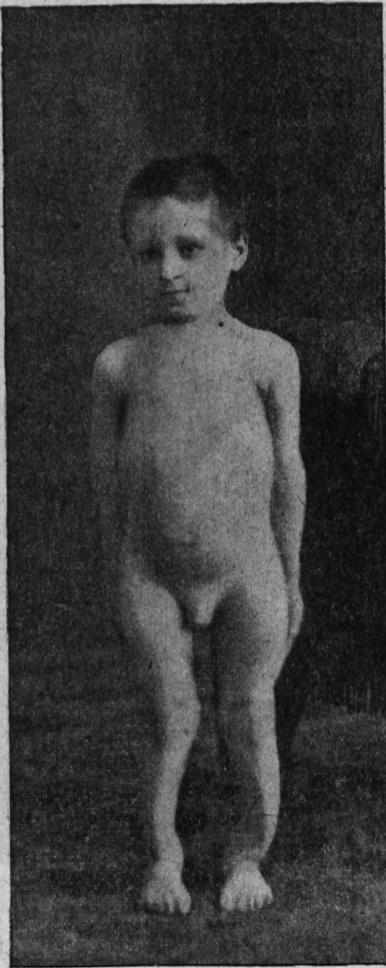


Fig. 10.

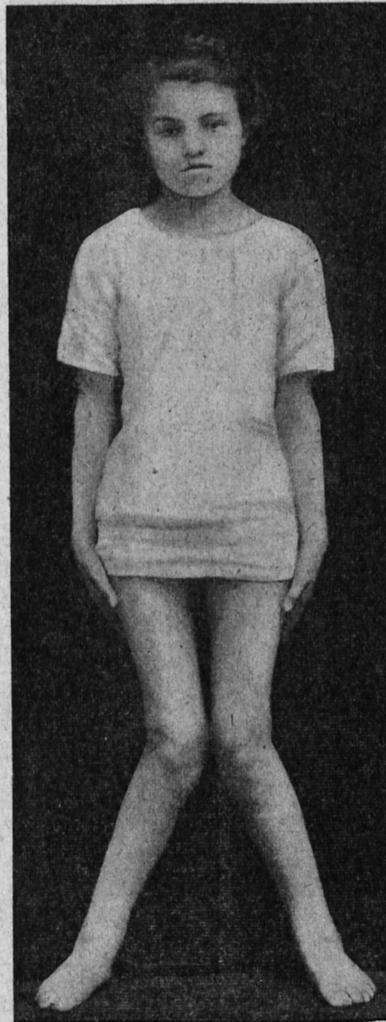


Fig. 11.



Fig. 12.

suggestives ne viennent pas à l'encontre de ce que je dis. Le rachitique guérira très bien à la mer, peut-être même mieux et plus vite que chez ses parents, de même qu'un convalescent de maladie infectieuse quelconque se rétablira plus vite dans

malades qui font l'objet de ces observations fréquentaient l'Institut des rachitiques et n'étaient soumis qu'à des soins hygiéniques et à quelques exercices gymnastiques.

Je dois ces observations au Professeur Gamba, directeur de l'Institut des rachitiques.

Outre que ces observations sont très probantes je me fais un devoir de les publier en souvenir du savant et du philanthrope enlevé, il y a peu de temps encore, à la science.

Je joins également les photographies de trois enfants atteints de déformations graves et guéris par l'ostéotomie.

Sur la photographie, prise alors, 24 décembre 1884 (fig. 2), il n'y a pas trace de genu valgum.

Cette observation montre que la marche spontanée de la maladie produit parfois des résultats plus complets que l'opération.

Obs. II. — Franca Vincenza, née le 4 mars 1877, entrée le 15 novembre 1882. Rachitisme général très prononcé, augmentation de volume des extrémités articulaires; dandinement et difficulté dans la marche.

Hauteur, 0<sup>m</sup>,80, poids 11 kilos; périmètre thoracique, 0<sup>m</sup>,48; force: 0.

1<sup>re</sup> photographie le 4 décembre 1882 (fig. 3): sur la photographie on note: gros poignets, grosses extrémités des côtes; incurvation d'un tibia à concavité interne, genu valgum du côté opposé.

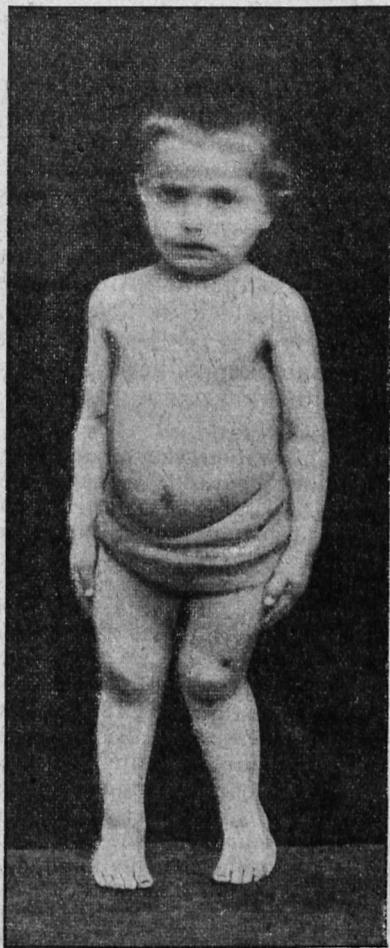


Fig. 13.

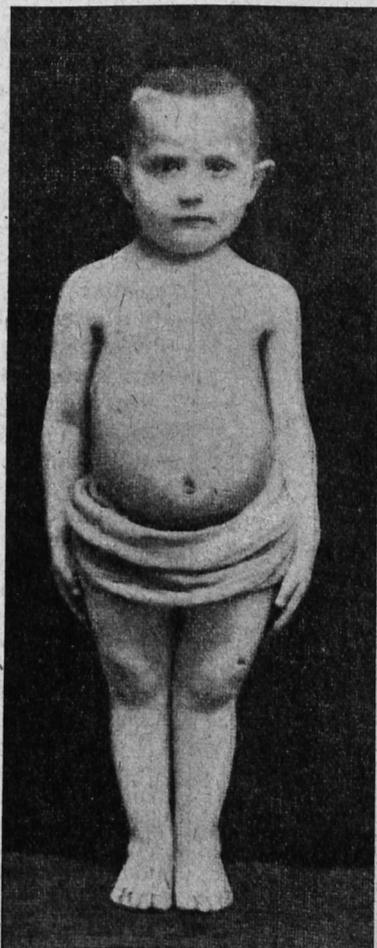


Fig. 14.

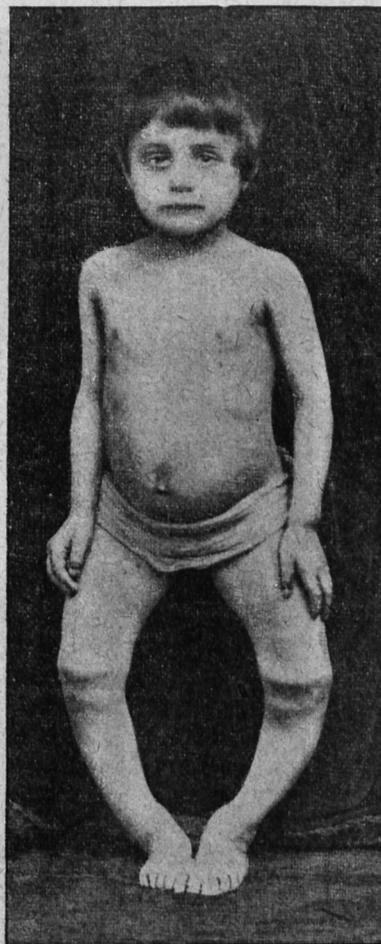


Fig. 15.

Ces dernières photographies proviennent également de l'Institut de Turin (service de chirurgie).

Voici d'abord 3 enfants atteints de genu valgum sans déformation tibiale prononcée, qui en 2 ans arrivent à un résultat parfait.

Obs. I. — Bajetto Luigi, né le 14 janvier 1879, amené le 11 novembre 1882.

Rachitisme des extrémités inférieures, état général médiocre; hauteur 0<sup>m</sup>,78; poids 10 kilog.; périmètre thoracique 0<sup>m</sup>,45; force musculaire 1 kilog.; a été opéré d'ostéotomie en 1880; photographié le 4 décembre 1882.

Sur la photographie (fig. 1) genu valgum important.

On est obligé de le tenir par la main.

Après 2 ans, on note:

Constitution générale assez améliorée: hauteur 1<sup>m</sup>,03 poids 16 kilog.; périmètre thoracique 0<sup>m</sup>,53; force musculaire 9 kilog.

2<sup>e</sup> photographie le 2 décembre 1884 (fig. 4). Etat général assez amélioré. Les grosses jointures sont presque disparues; l'enfant marche bien.

Hauteur 1<sup>m</sup>,05; poids 19 kilos; périmètre thoracique, 0<sup>m</sup>,52; force 9 kilog.; pas de genu valgum; membres inférieurs droits.

Obs. III. — Emma Mezzanico, née le 14 novembre 1876; entrée le 20 septembre 1881; rachitisme généralisé; plus prononcé aux extrémités inférieures, gros ventre, état général médiocre, poids 8 kilos; hauteur, 0<sup>m</sup>,70; périmètre thoracique, 0<sup>m</sup>,43, force 0.

1<sup>re</sup> photographie le 11 novembre 1881 (fig. 5); sur la photographie genu valgum très prononcé, et courbure des femurs.

2<sup>e</sup> photographie le 26 décembre 1883 (fig. 6).

Poids 14 k. 60; hauteur, 0<sup>m</sup>,96; périmètre thoracique, 0<sup>m</sup>,53; force, 9 kilos; sur la photographie pas de genu valgum; jambes très droites, les femurs semblent courbés.

Voici maintenant 2 cas plus graves.

Obs. IV. — Anetta Buronzo, née le 25 août 1874; entrée le 1<sup>er</sup> mai

1879. Les fémurs et les tibias sont inclinés en arrière et en avant. Augmentation très prononcée de toutes les têtes articulaires. Sternum en carène. Lordose prononcée. Etat général mauvais. Mauvaise dentition. Hauteur: 0<sup>m</sup>91. Poids: 19 kilog.; périmètre thoracique 0<sup>m</sup>53. Force: 3 kilog.

1<sup>re</sup> photographie, le 4 décembre 1880 (fig. 7). Sur la photographie on se rend compte d'énormes difformités tibiales; l'enfant ne se tient pas debout seul.

2<sup>e</sup> photographie, le 4 décembre 1882 (fig. 8).

Hauteur: 1<sup>m</sup>07. Poids: 26 kilog. Périmètre thoracique 0<sup>m</sup>56. Les membres, sans être parfaits, se sont redressés d'une façon extraordinaire.

Obs V. — Enrico Guastalla, né le 22 juin 1875, entré le 1<sup>er</sup> mai 1880. Rachitisme généralisé, grave: hauteur 0,77, poids 12 kilog. périmètre thoracique 0,45; force 1 kilog.

1<sup>re</sup> photographie en décembre 1880 (fig. 9).

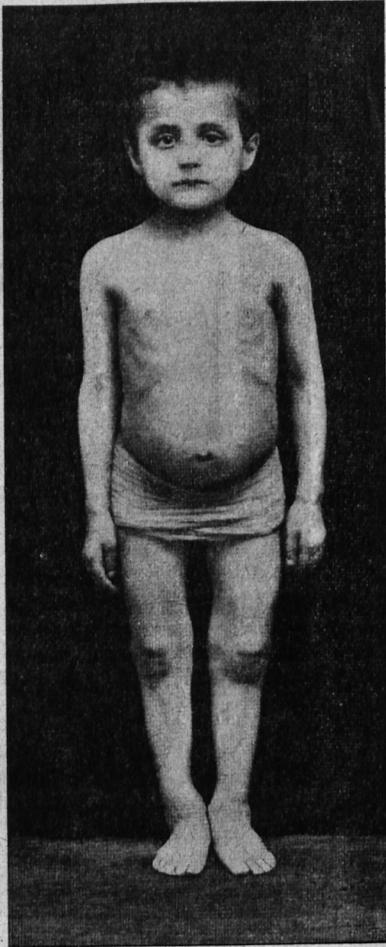


Fig. 16.

Sur la photographie l'enfant se tient appuyé; la station debout étant impossible. Les jambes sont très déviées et les tibias très déformés.

2<sup>e</sup> photographie le 6 décembre 1882 (fig. 10) hauteur 0,96, poids 21 kilog. 400 grammes, périmètre thoracique 0,51; force 10 kilog.

L'enfant n'a plus de genu valgum; mais il a conservé des courbures importantes des tibias qui ont gardé la forme en lame de sabre.

Voilà maintenant les résultats obtenus par le traitement chirurgical dans trois cas :

Les figures 11 et 12 représentent une jeune fille avec genu valgum considérable: Ostéotomie, guérison complète.

Les figures 13 et 14 se rapportent à un cas de genu valgum moins marqué et d'un seul côté. A la suite de l'ostéotomie guérison complète.

Les figures 15 et 16 ont trait à un genu varum considérable, les deux jambes formant un O: Guérison après ostéotomie.

## ESSAI SUR LES COMPLICATIONS PÉRIHÉPATIQUES ET PLEURALES DE L'APPENDICITE (1).

Par le D<sup>r</sup> LAPEYRE

Chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, Professeur suppléant à l'École de Médecine.

(Suite).

### 2<sup>e</sup> GROUPE : ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES ISOLÉS SANS PLEURÉSIE CONCOMITANTE.

Les faits cliniques sont ici plus rares peut-être que les nécropsies, car le diagnostic côtoie deux erreurs :

Ou la méconnaissance de la complication masquée par la péritonite;

Ou la méprise sur le siège de la collection qui d'habitude est jugée pleurale.

Nous verrons plus loin en effet combien le diagnostic exact du siège de l'abcès au-dessus et au-dessous du diaphragme est malaisé.

Déjà des erreurs commises par d'éminents cliniciens ont été signalées dans les observations précédentes; nous en retrouverons d'autres exemples aboutissant toujours à localiser au dessus du diaphragme, dans la poitrine, la collection pourtant franchement et uniquement sous-diaphragmatique.

En voici cependant quelques exemples :

OBSERVATIONS I et II (résumées).

Robinson, dans deux observations, ouvre un foyer suprahépatique qui simulait une pleurésie par ses symptômes fonctionnels et physiques, et la guérison survient d'emblée avec disparition complète des symptômes pulmonaires.

Obs. III (in Thèse Sallet, de Lyon, résumée).

A la suite d'une appendicite opérée, apparaît au-dessous des fausses côtes une collection fluctuante, diagnostiquée abcès sous-phrénique. L'abcès pointait à l'hypochondre, ne donnait pas de signes pleuraux.

L'incision établit le diagnostic et guérit le malade.

Obs. IV. — Jalaguier (Soc. Chir., 1892). Résumée.

L'auteur observe la coexistence d'un abcès iliaque avec des signes d'épanchement pleural suppuré à droite, confirmé en apparence par une ponction au niveau du neuvième espace intercostal.

L'incision lombaire montre une énorme collection remontant de la fosse iliaque jusque dans le thorax, dans le tissu cellulaire sous-pleural, pas de pleurésie.

Obs. V. — Marchand (Soc. Chir., 3 juillet 1895). Résumée.

Femme de trente-neuf ans, atteinte d'appendicite et présentant des signes de pleurésie droite (1) et une évacuation de pus par le vagin.

Elle est opérée au bout de 2 mois, pour une induration qui remonte de la fosse iliaque droite au foie tout le long du côlon ascendant et donne la sensation d'un abcès profond.

On rencontre : 1<sup>o</sup> Un abcès enkysté de la paroi au contact même du péritoine enflammé.

2<sup>o</sup> Une péritonite adhérente fixant le côlon et s'étendant à la face supérieure du foie. Il n'y a plus de trace de pus.

Obs. VI. Personnelle. Résumée.

Je vois au quatorzième jour un homme de trente-cinq ans qui a été pris, au cours d'un voyage, d'une brusque attaque appendiculaire (3<sup>e</sup> atteinte au moins).

(1) Ce mémoire a paru dans la *Revue de Chirurgie* du mois d'avril 1901.

Au bout de 8 jours sont apparus une douleur vive à l'hypochondre avec irradiation à l'épaule droite et un peu de dyspnée; pas de toux.

L'auscultation reste muette.

En même temps la fosse iliaque et l'hypochondre droit sont indurés, la main perçoit un foyer continu.

Un peu d'œdème de la paroi.

Le faciès est très mauvais, le pouls petit, à 110 environ; la température ne dépasse pas 38°,4.

Trois ou quatre jours après, l'état s'aggrave à nouveau, le ventre se ballonne, le toucher rectal perçoit une collection fluctuante dans le pelvis.

Appelé à ce moment, je trouve le malade aussi bas que possible, à peine peut-on donner un peu de chloroforme. L'incision iliaque ouvre deux collections distinctes: l'une pelvienne, pleine de pus lactescent, est la collection sentie par le toucher rectal.

L'autre, pleine de pus putride mélangé de gaz, remonte dans le sinus rétro-côlique jusqu'à l'angle du côlon. La région sus-hépatique est vraisemblablement touchée, car un litre et demi de pus environ s'écoule du foyer.

Mort au bout de vingt-quatre heures, par affaiblissement progressif (toxémie).

L'autopsie n'a malheureusement pu être faite.

Obs. VII. — (Obs. I, in Th. Laizé).

Je donne avec plus de détails, en insistant sur les dates d'apparition des accidents successifs, cette observation très intéressante par le soin avec lequel elle a été prise sur un de nos jeunes confrères, et dont bien des points sont à retenir pour notre étude.

10 janvier, H. P., externe des hôpitaux, 22 ans, commence une appendicite.

Le 12, opération par MM. les docteurs Albarran et Hallé. Pas de pus ni de fausses membranes, un peu de liquide péritonéal. Résection de l'appendice Mèche iodoformée.

Du 13 au 15, amélioration, la température tombe de 39°,5 à 37°,5.

Le 14, 38°,2, gonflement et rougeur autour des fils qui sont enlevés. Flanc droit douloureux et tendu, ventre ballonné.

Le 18, symptômes graves: 39°,4, pouls vite, adynamie, ballonnement. Tout le flanc droit est tendu et douloureux jusqu'au niveau du foie, qui paraît augmenté de volume.

Le palper bimanuel donne la sensation d'une induration profonde remplissant la fosse lombaire et se continuant avec la matité hépatique.

Celle-ci remonte en avant au mamelon.

A la base du poumon droit, matité, abolition du murmure vésiculaire sans souffle, ni égophonie.

Par d'œdème des téguments.

MM. Albarran, Récamier, Hallé, Dupré, Genouville concluent à une collection sus ou sous-hépatique.

Le 20, laparotomie latérale: la main pénètre sous la face inférieure du foie vers son bord postérieur, à 15 centimètres environ.

Il s'écoule un litre environ de liquide séro-purulent, fécaloïde. L'état est désespéré pendant 2 jours, puis retour progressif à la santé jusqu'au 2.

Du 30 au 6 février, aggravation graduelle, ascension à 39°, le ventre restant souple et indolent.

Une toux très fatigante apparaît.

À l'auscultation du poumon droit, matité remontant en avant, au quatrième espace intercostal, en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate. En bas, silence complet; en haut, diminution du murmure vésiculaire.

Pas de souffle, d'égophonie, vibrations légèrement diminuées. On croit à une pleurésie de la base avec faible épan-

chement peut-être à une pleurésie interlobaire, à un abcès du poumon. Le Dr Rendu fait 4 ponctions négatives. L'état devient désespéré.

Le 14 février, brusquement, le drain placé sous le foie et presque tari donne issue à une grande quantité de pus avec des débris pseudomembraneux sphacelés. La température touche à 38°,2, les signes pulmonaires diminuent dès le lendemain, la convalescence commence.

L'auteur croit qu'une collection sus-diaphragmatique a perforé le muscle et s'est vidée par le drainage sous-hépatique.

Dans cette hypothèse, cette observation si cliniquement complète nous offrirait le tableau complet d'une collection iliaque devenant sous-hépatique, puis sus-hépatique, et enfin pleurale.

Mais je n'hésite pas à affirmer que chez ce malade il n'y a jamais eu de collection thoracique, mais seulement une collection sus-hépatique qui n'avait pas été ouverte.

Mon opinion s'appuie:

1° Sur l'incertitude des signes stéthoscopiques, insuffisants pour une pleurésie purulente.

2° Sur le résultat négatif des ponctions pleurales.

3° Sur la quantité relativement médiocre de pus évacué en dernier lieu, qui concorde bien avec l'existence d'un foyer sus-hépatique isolé; et sur la guérison spontanée du malade.

Je note en outre, dans cette observation, les points suivants que j'aurai à mettre en relief bientôt:

1° La résection appendiculaire a été faite de bonne heure, au bout de quarante-huit heures, et cependant la marche ascendante de l'affection n'a pas été enrayée.

2° La collection sous et sus-hépatique s'est constituée du sixième au huitième jour.

L'incision sous-hépatique a calmé les accidents pendant dix jours environ, au bout desquels l'abcès sus-hépatique a repris une nouvelle intensité. L'affection a évolué en cinq semaines.

#### LOIS DE LA PROPAGATION DES LÉSIONS.

J'ai attendu d'avoir donné tous les faits de la cause avant de chercher à élucider ce point particulièrement intéressant: le mode de propagation des lésions.

Une première question se pose tout d'abord: celle de savoir si la périhépatite accompagne l'hépatite suppurée, coexiste avec elle ou en est tributaire. Les lésions du foie à la suite de l'appendicite sont fréquentes; le foie appendiculaire a été bien étudié dans les travaux de Dieulafoy, Achard, Berthelin, etc.

La pathogénie, le caractère des altérations hépatiques sont bien connus; l'abcès péri-hépatique n'est-il qu'une conséquence de l'infection intra-hépatique.

Or, de la lecture des observations recueillies dans la thèse de Berthelin, de l'étude, d'autre part, des observations d'abcès sous-phréniques que nous avons recueillies, il résulte que les deux complica-

tions se montrent toujours ou presque toujours distinctes et ne s'associent pas.

Ce que l'on peut observer, dit Kœrte, ce sont des suppurations périhépatiques perforant le péritoine et la capsule de Glisson pour détruire le parenchyme, ou inversement des abcès hépatiques superficiels, détruisant la capsule de Glisson, mais même dans ces cas, les deux complications restent distinctes par leur physionomie clinique et aussi certainement par leur pathogénie.

En effet, sauf les cas de pleurésie par pyohémie, la marche que suit l'infection est certainement différente dans les deux cas.

Il ne fait guère de doute, depuis les travaux basés sur des autopsies probantes d'Achard, Berthelin, Gendron, Rendu, Dieulafoy, que c'est la veine-porte qui est le véhicule de l'infection dans le foie.

La pyléphlébite est primitive et maintes fois on a trouvé, en l'absence de foyers hépatiques, le pus renfermé à l'intérieur des branches de distribution de la veine-porte.

La voie veineuse ne donne pas, au contraire, en dehors toujours de la pyohémie, l'abcès sous-phrénique, l'abcès sous-phrénique et la pleurésie restent une complication indépendante de l'hépatite et ne succèdent pas comme elle à l'infection par la veine-porte.

Trois voies peuvent dès lors être suivies :

1<sup>o</sup> La voie cellulaire; 2<sup>o</sup> la voie lymphatique pariétale; 3<sup>o</sup> la voie péritonéale.

#### 1<sup>o</sup> Voie cellulaire.

Schœmacker et Kœrte ont cherché à démontrer la propagation par le tissu cellulaire rétro-péritonéal, soit que l'abcès appendiculaire se soit formée directement dans le tissu cellulaire (paratyphlite d'Oppolzer), soit que des adhérences aient préalablement l'appendice au péritoine pariétal.

Kœrte prétend qu'en poussant une injection dans l'intervalle des feuilletés du méso-appendice, le liquide envahit le tissu cellulaire rétro-cæcal, puis remonte le long du côlon ascendant pour gagner la face postérieure du foie.

Il n'est ainsi même pas besoin de paratyphlite, ni d'adhérences pour expliquer la propagation ininterrompue du pus à la région sous-phrénique.

#### 2<sup>o</sup> Voie lymphatique pariétale.

Grandsire et Piard ont admis, et après eux M. Dieulafoy s'y est rattaché, le transport de l'infection par les lymphatiques pariétaux jusqu'au diaphragme, à la plèvre et au poumon.

Pour eux, par conséquent, il est nécessaire que des adhérences se soient établies entre l'appendice et le péritoine pariétal, puisque normalement les lymphatiques de l'intestin n'ont aucune corrélation avec les lymphatiques pariétaux et phréniques.

L'adoption de la théorie lymphatique conduit Grandsire et Piard à considérer l'abcès sous-phrénique et la pleurésie comme des abcès à distance

(c'est le titre même de leur thèse), sans relation apparente avec le foyer causal.

Piard dit en propres termes : « Il existe une pleurésie purulente par effraction et extension d'un foyer appendiculaire. C'est alors une complication de lésions péritonéales intérieures qui ne nous intéresse pas. Seule est intéressante la pleurésie à distance résultant du transport par la voie lymphatique de germes infectieux ».

M. Dieulafoy, qui se rallie au moins partiellement à cette théorie, en admet les conséquences, si bien qu'on peut saisir ce curieux désaccord entre ses constatations et ses conclusions.

D'une part, il écrit : « L'étude attentive des lésions dans tous les cas que je vous ai cités a démontré que la pleurésie appendiculaire est le résultat de l'extension et la propagation ininterrompue des lésions », et cependant il vient de dire et de conclure : « Plus souvent l'infection microbienne suscite des foyers secondaires plus ou moins éloignés de leur lieu d'origine, et sans relation apparente avec le foyer originel; ce sont les abcès à distance ».

« Eh bien! ces abcès à distance peuvent-ils éclore dans la cavité pleurale comme dans la cavité péritonéale? En d'autres termes, peut-il y avoir pleurésie à distance au cours de l'appendicite? Certainement. »

Que faut-il penser de ces deux théories: cellulaire et lymphatique.

A la première, je répondrai que la paratyphlite est tout au moins rare, que nous savons le siège à peu près constant dans le péritoine même des lésions consécutives à l'appendicite, que dans les autopsies et les observations précédentes, la péritonite a toujours existé, et que la voie cellulaire reste dès lors plus qu'improbable.

La deuxième théorie, théorie lymphatique, est plus séduisante. Le rôle des adhérences et des fausses membranes n'est pas douteux dans la propagation de l'infection, et il est certain que des abcès à distance s'observent, au cours de l'appendicite, dans la cavité péritonéale. M. Nélaton a mis le fait hors de conteste.

Cette théorie a donc une base de vérité. Nul doute, et mon observation personnelle en est un exemple, que l'abcès péricæcal puisse être sans rapport immédiat avec l'appendice; que celui-ci, non perforé, non suppuré même, peut pourtant être le point de départ d'abcès intra-péritonéaux multiples.

Mais cette propagation par les lymphatiques reste intra-péritonéale; les lymphatiques pariétaux, gagnés à leur tour, peuvent-ils au loin donner des abcès sus ou sous-phréniques par un mécanisme analogue?

C'est ce point de la théorie que je me refuse à admettre: la pleurésie droite ou gauche par propagation lymphatique à distance, comme l'abcès de l'aisselle à la suite de la piqûre de la main suivant une comparaison donnée.

Tous les faits observés, toutes les autopsies en effet, de l'avis même de M. le Professeur Dieulafoy, proclament la continuité ininterrompue de la fusée purulente.

Dès lors, il faut rayer la pleurésie à distance et conclure nettement que les complications pleurales appendiculaires sont des lésions par extension continue avec envahissement successif des zones intrapéritonéale, rétro-cæcale, rétro-côlique, rétro et sus-hépatique, et que la pleurésie gauche, à la rigueur possible même par extension ininterrompue, n'existe pourtant pas.

Le rôle des lymphatiques pariétaux est-il donc complètement nul? Je ne le crois pas, mais du moins doit-il être restreint; les microbes ne sont pas transportés au loin par les lymphatiques pour y coloniser, ils marchent d'une façon continue, créant la lésion sur place à mesure que l'invasion avance. Les lymphatiques guident l'infection pour ainsi dire, en jalonnant sa marche le long de la paroi; c'est ainsi qu'à mon sens s'explique la localisation des lésions sur la paroi inférieure du diaphragme et non sur la face supérieure du foie; c'est à ce rôle de lymphatiques pariétaux que sont dus ces foyers purulents occupant la paroi avant même d'arriver au diaphragme et que nombre d'autopsies signalent.

### 3° La voie péritonéale.

Une dernière voie, la voie péritonéale, a été indiquée et a été défendue par Robinson, et je dois dire de suite que c'est à elle que je me rallie, car seule elle est en concordance parfaite avec les résultats nécropsiques et explique logiquement ce qu'on a toujours vu, c'est-à-dire la marche continue de la collection.

Robinson déclare que le pus suit dans sa marche ascendante une voie naturelle, le sinus pariéto-côlique, angle dièdre qui conduit en quelque sorte naturellement la collection rétro-cæcale vers la région sus-hépatique.

Les côtés externes du cæcum et du côlon limitent, avec la paroi abdominale postéro-latérale, un sinus qui commence en bas à la région appendiculaire, aboutit en haut en contournant l'angle du côlon, à la face inférieure du foie, à une cavité virtuelle qui peut contenir une dose assez forte, capable de s'y isoler. Cet espace serait ainsi limité :

En haut, par la face inférieure du lobe droit du foie et de la vésicule :

En bas, par l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse ;

En arrière, par le rein droit ;

En dedans, par le duodénum, l'hiatus de Winslow, le bord droit du petit épiploon.

Il communique :

En bas, avec le sinus pariéto-côlique droit ;

En haut, avec l'espace phrénico-hépatique droit ;

En dedans, avec l'arrière-cavité des épiploons.

La collection peut déboucher :

Dans l'hiatus de Winslow ;

Dans l'espace sous-phrénique.

Pour l'auteur, la position horizontale favorise l'extension à la région sus-hépatique; dans cette posi-

tion l'hiatus est plus haut situé que la fosse sous-hépatique et le sinus rétro-côlique, parce qu'il est en avant de la colonne vertébrale.

Enfin, le petit épiploon, d'après les constatations faites par l'auteur, oblitère très vite l'orifice dès que l'inflammation s'étend à son approche.

En étudiant de près toutes les autopsies publiées, il est impossible de ne pas se rendre compte que vraiment la collection dessinait ces espaces communicants décrits par Robinson.

Dans les cas de Lapointe, par exemple, nous voyons la collection occuper cet espace virtuel, ce carrefour sous-hépatique si bien décrit par Robinson.

Dans les faits habituels, la propagation est souvent diaphragmatique; parfois, enfin, l'hiatus de Winslow laisse pénétrer le pus dans l'arrière-cavité des épiploons (cas de Spillman, obs. I. de Laizé).

Et certaines remarques peuvent être ajoutées à celles consignées déjà par Robinson.

1° L'extension ascendante du pus s'explique très bien par la limitation absolue qu'oppose à son extension en bas le ligament inférieur du cæcum. Toute collection développée en arrière du cæcum ne peut fuser en bas, arrêtée par cette insertion inférieure du mésentère; les collections pelviennes répondent à un appendice placé en bas et en dedans de ce fond de l'écuelle cæcale. Les positions ascendante et postérieure de l'appendice expliquent le développement de l'abcès en arrière du cæcum et l'ascension de la collection résulte, à mon sens, plus de l'obstacle infranchissable apporté à son développement en bas que de la situation haute elle-même de l'appendice.

2° Les raisons invoquées par Robinson pour expliquer l'extension plutôt à la région sus-hépatique sont bonnes. Mais il reste vrai, et ceci confirme son opinion même, que la collection peut fuser dans l'hiatus de Winslow.

L'autopsie de Spillmann en est un exemple indubitable.

L'observation I de la thèse de Laizé, dans laquelle un drain s'enfonce à 20 centimètres sous le foie, en est certainement un autre exemple.

3° Je crois qu'une autre raison encore explique l'extension diaphragmatique de la lésion. En fait, l'abcès semble suivre plutôt le péritoine pariétal que le péritoine viscéral. Le diaphragme est plus touché que le foie.

Et c'est là qu'à mon sens il faut faire intervenir la propagation lymphatique et dire que les lymphatiques du péritoine pariétal envahis guident en quelque sorte la collection et la traînent à leur suite à la face inférieure du diaphragme.

Chez mon malade, il y avait certainement du pus dans la paroi même, au-dessus du péritoine, dans la couche sous-musculaire, et cela au niveau même de l'angle côlique. Au-dessous, le péritoine pariétal n'adhérait pas à la paroi: là il s'infiltrait, preuve, me semble-t-il, que la propagation *péritonéale* dans

son essence se compliquait, en cours de route, de l'envahissement des lymphatiques du péritoine pariétal.

4° Tous les faits publiés sont des pleurésies droites, et si Pikman John Godlee (*Brit. Méd. Assoc.*, 31 j. 1900) parle, au courant d'une discussion, de pleurésies appendiculaires gauches, je suis tenté de croire qu'il s'agit là de pleurésie d'origine embolique. Or, cette constance de la propagation à droite s'explique bien, si la propagation se fait par la voie rétro-côlique.

Le ligament falciforme arrête en effet la collection sus-hépatique.

Celle-ci a envahi la région sus-hépatique; elle a débuté au-dessus du lobe droit et s'étend vers la gauche. Le ligament l'arrête et les fausses membranes qui le recouvrent réalisent à coup sûr la protection que réussit d'ordinaire à faire au-dessous du foie le petit épiploon pour l'arrière-cavité.

En résumé donc, je conclus nettement en faveur de la voie péritonéale défendue par Robinson, et formule ainsi mes conclusions :

1° La propagation se fait par extension ininterrompue dans le sinus rétro-côlique par voie péritonéale.

2° Elle obéit aux lois suivantes :

Arrêtée en bas par le ligament inférieur du cæcum, la collection est arrêtée en haut par le ligament suspenseur du foie.

Au-dessus de l'angle côlique, la collection s'arrête dans une sorte de carrefour débouchant soit dans l'espace hépato-phrénique, soit dans l'arrière-cavité.

La collection suit l'une ou l'autre, ou l'une et l'autre voie.

La voie de l'hiatus est rarement suivie :

a. Parce que l'hiatus est plus élevé. Le malade étant couché sur le dos, en raison de sa situation en avant de la colonne vertébrale, et que le petit épiploon fait barrière par des adhérences.

b. Parce qu'en cours de route les lymphatiques du péritoine pariétal se sont enflammés et guident la collection le long du diaphragme, jalonnant en quelque sorte sa marche.

En conséquence, l'aboutissant nécessaire est la formation d'un abcès sus ou sous-hépatique ou des deux à la fois.

Puis d'une pleurésie droite succédant à l'abcès sus-hépatique soit par perforation du diaphragme, soit par transport des germes infectieux à la plèvre à travers les puits lymphatiques.

Ces conclusions diffèrent très sensiblement de celles déjà émises par les auteurs et, pour en bien faire saisir les différences, je résume côte à côte dans le tableau suivant les conclusions de Piard, celles de M. le Professeur Dieulafoy et les miennes :

## CONCLUSIONS DE PIARD.

1° La pleurésie séreuse ou purulente est fréquente dans l'appendicite.

2° Elle siège généralement à droite.

3° Elle peut constituer le phénomène unique et prédominant d'une infection à distance sans rapport avec l'appendice et paraît résulter dans ce cas d'une lymphangite.

4° Elle n'est parfois qu'un phénomène accessoire de suppurations hépatiques ou pulmonaires à distance.

5° Elle succède dans d'autres circonstances à l'invasion par effraction diaphragmatique dans la plèvre d'une collection purulente qui est, soit un abcès à distance, soit le phlegmon péri-appendiculaire lui-même.

6° Il faut distinguer dans la pleurésie purulente, liées à l'appendicite, des pleurésies par propagation et des pleurésies par effraction.

## CONCLUSIONS DE M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY.

1° Il y a une pleurésie appendiculaire comme il y a un foie appendiculaire, avec cette différence que l'infection hépatique se fait par l'intermédiaire de la veine-porte, tandis que l'infection pleurale se fait par propagation à la faveur des lymphatiques et des adhérences.

2° La pleurésie appendiculaire se voit surtout dans les appendicites à type remontant. L'infection appendiculaire aérobie et anaérobie remonte derrière le cæcum et le colon, gagne de proche en proche et s'étend, semant sur son passage du pus, des membranes, des adhérences et parfois des collections enkystées.

Les produits infectieux tapissent le foie et s'étalent à la face inférieure du diaphragme et du foie sous forme d'abcès sous-phrénique.

3° Tantôt les agents infectieux provoquent la perforation du diaphragme, tantôt ils pénètrent à travers les puits lymphatiques du diaphragme.

4° La pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie droite, les exceptions à cette règle sont extrêmement rares.

5° Parfois l'infection de la plèvre est à peine ébauchée.

Il y a une pleurésie sèche ou une pleurésie séreuse.

6° Le plus souvent le liquide est horriblement fétide et putride.

## CONCLUSIONS DE L'AUTEUR.

1° Il y a 2 variétés de pleurésie dues à l'appendicite.

A. Des pleurésies d'origine pyohémique par infarctus embolique, indifféremment droites ou gauches.

B. Des pleurésies par propagation, qui sont toujours droites.

Les exceptions signalées sont probablement des pleurésies par infarctus embolique.

2° Les pleurésies par propagation sont le plus souvent purulentes, mais on peut observer des pleurésies séreuses ou même des pleurésies sèches chroniques de la base.

3° Ces pleurésies succèdent toujours à un abcès sous-phrénique.

L'abcès sus ou sous-hépatique existe isolé, la pleurésie n'en est que l'aboutissant ultime par effraction du diaphragme ou propagation à travers les puits lymphatiques.

4° La voie de propagation est toujours la voie péritonéale, le sinus pariéto-côliedroit.

Le 1° abcès rétro-cæcal peut être à distance de l'appendicite, mais de ce 1° foyer, il y a toujours continuité ininterrompue des lésions jusqu'au diaphragme.

5° Les lymphatiques pariétaux ne jouent dans la propagation qu'un rôle accessoire, ils guident la collection intrapéritonéale le long même de la paroi et de la face inférieure du diaphragme.

6° L'appendicite doit être, soit à type remontant, soit tout au moins appliqué le long de la face postéro-externe au cæcum.

## SYMPTOMATOLOGIE.

Laissant de côté la description des formes chroniques et séreuses dans lesquelles le diagnostic ne peut être basé que sur la constatation d'accidents appendiculaires et l'élimination de toute autre cause de pleurésie, le tableau clinique des complications suppurées sous et sus-phréniques de l'appendicite peut être ainsi tracé.

Les symptômes du début sont ceux d'une crise appendiculaire aiguë :

*Douleur au point de Mac Burney.* — Vomissements et constipation, élévation du pouls et le plus souvent de la température.

La gravité de ces accidents, les phénomènes de péritonite plus ou moins généralisée varient à l'infini, la complication est sans rapport direct avec l'intensité des lésions, succédant aussi bien à une appendicite pariétale qu'à une appendicite perforante.

Souvent, au bout de quarante-huit heures, une détente péritonéale parfois complète se produit et

dès lors l'évolution de la complication se présente avec une netteté particulière:

La phase hépato-phrénique ne succède pas brusquement à cette détente, elle est toujours précédée de symptômes de localisation dans la fosse iliaque droite avec envahissement de toute la partie droite de l'abdomen, de la fosse iliaque à l'hypocondre.

Dans toutes les observations on note, en effet, cette phase intermédiaire d'extension des lésions, caractérisée par une zone de douleur, de résistance profonde, d'empâtement et de matité comprenant toute la région droite du flanc, puis de l'hypocondre.

Cette extension s'accompagne d'élévation de la température et du pouls, d'une sensation de malaise général du malade, avec ou sans vomissements.

Puis, du quatrième au huitième jour se constitue la phase hépato-phrénique si bien décrite par M. le Prof. Dieulafoy, qui a seulement omis la période intermédiaire précédente.

*Phase hépato-phrénique ou période d'état.* — Cette phase correspond au développement de l'abcès sous-phrénique auquel succède la pleurésie, sans qu'il soit bien possible de fixer le début de celle-ci.

Les symptômes généraux s'accroissent, le faciès est grippé, péritonéal, exprimant l'anxiété respiratoire; la fièvre oscille de 38°, 5 à 39°, 6 avec exacerbation vespérale, le pouls est petit, mauvais, rapide et dépressible. Souvent la fièvre reste très médiocre et n'est nullement en rapport avec l'étendue du ou des foyers purulents.

Et trois signes fonctionnels importants viennent s'ajouter aux phénomènes antérieurs:

1° *Douleur.* — La douleur est atroce, pongitive, maxima au niveau de l'hypocondre droit (à tel point que la douleur de Mac Burney passe au deuxième plan), exaspérée par les mouvements respiratoires. Dans presque tous les cas l'irradiation de la douleur à l'épaule droite a été observée, acquérant ainsi une grande importance diagnostique.

2° *Dyspnée.* — La dyspnée est généralement intense avec anxiété, respiration accélérée et superficielle, palpitation des ailes du nez, tendance à la cyanose. La douleur immobilise le malade dans le décubitus et la dyspnée en acquiert une intensité plus grande encore.

3° *Le point de côté et la toux pénible,* sèche, incessante, apparaissent immédiatement. Il n'indiquent pas la pleurésie, mais seulement que l'inflammation a gagné le diaphragme, et s'observent aussi bien en dehors de toute propagation à la plèvre.

Leur présence ne peut suffire à préciser le siège sus ou sous-phrénique de l'abcès.

Comme symptômes inconstants, signalons le hoquet qui peut revêtir une persistance particulière, l'ictère vrai ou le subictère.

Les signes physiques varient avec la localisation sus ou sous-hépatique de l'abcès.

Dans la *variété sous-hépatique*, il y a parfois de l'œdème de la paroi abdominale, du développement

des veines sous-cutanées, enfin on perçoit une tuméfaction profonde siégeant au-dessous des fausses côtes, et parfois même de la fluctuation.

La matité est continue avec celle du foie qui paraît augmenté de volume; le diagnostic est surtout difficile avec l'hépatite suppurée. Dans la *variété sous-hépatique*, de beaucoup la plus fréquente, il n'y a généralement pas d'œdème de la paroi et il est impossible de percevoir la collection cachée sous les fausses côtes. Cependant il est facile de constater l'induration qui envahit toute la zone droite de l'abdomen, de la fosse iliaque à l'hypocondre, induration qui trahit la marche de l'abcès.

La percussion et l'auscultation révèlent des symptômes très analogues à ceux d'une pleurésie purulente.

1° En avant. — A la percussion, on constate une matité qui, remontant jusqu'au mamelon, déborde largement en bas les fausses côtes, de sorte que le foie paraît ou augmenté de volume, ou abaissé par une collection placée au-dessus de lui.

Parfois lorsque le liquide est putride et mélangé de gaz (pyopneumothorax subphrénique), au-dessus de la matité hépatique la percussion révèle une sonorité amphorique descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui est remplacé par de la matité si on redresse le malade.

2° En arrière. — La matité atteint ou dépasse la pointe de l'omoplate, il y a disparition du murmure vésiculaire, diminution ou même abolition des vibrations, mais en l'absence de participation de la plèvre, l'auscultation ne révèle ni souffle, ni égophonie.

Au sommet de la poitrine, on constate d'habitude un tympanisme exagéré, dû au refoulement en haut du poumon, comme dans la pleurésie.

*Phase pleurale.* — Cette phase se confond avec la précédente et l'apparition de la pleurésie est impossible à sûrement diagnostiquer. Lorsque la pleurésie est constituée, le tableau symptomatique finit seulement de se compléter.

Le médecin relève une nouvelle aggravation des symptômes généraux, de la fièvre qui devient hectique, de la toux et de la dyspnée. Il peut quelquefois noter l'apparition d'un point de côté mamelonnaire.

Aux symptômes physiques précédents s'ajoutent: l'œdème de la paroi thoracique qui manque souvent; l'apparition du souffle pleurétique et de phénomènes d'égophonie.

Au cas de pyopneumothorax, du reste fréquent, le souffle est amphorique et la succussion hippocratique facilement observable.

Le pronostic est très grave, la terminaison généralement fatale survient du quinzième au trentième jour, sauf le cas d'intervention heureuse.

#### DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est fort difficile, surtout lorsqu'il s'agit de préciser dans le thorax ou l'abdomen le siège de la collection.

Avant tout il importe de fixer le diagnostic général de la complication, c'est-à-dire d'un abcès sus ou sous-phrénique succédant à l'appendicite.

Ce diagnostic positif est relativement facile lorsque les accidents initiaux se sont amendés; il devient plus épineux si, sans arrêt, les accidents ont évolué au cours de phénomènes de péritonite généralisée ou étendue.

Il n'en reste pas moins vrai que les difficultés actuelles du diagnostic venaient surtout du silence de nos auteurs classiques français sur l'existence et les symptômes des abcès sous-phréniques.

Ce qu'il faut rechercher d'abord, en effet, c'est, non pas la pleurésie, mais l'abcès péri-hépatique dont les signes positifs sont vraiment caractéristiques.

Le symptôme primordial qui doit attirer l'attention est la douleur atroce, pongitive, de l'hypocondre droit qu'accompagnent bientôt la dyspnée et la toux.

Ce que l'examen révèle alors, c'est l'empâtement de toute la zone abdominale droite, de la fosse iliaque à l'hypocondre, puis les signes d'une collection péri ou intra-hépatique se précisent par l'examen des régions antérieures, puis postérieures du thorax et de l'abdomen, au moyen de la percussion et de l'auscultation.

La matité et l'absence de murmure respiratoire en arrière indiquent l'existence d'une collection dont le siège sus ou sous phrénique reste à diagnostiquer.

*Diagnostic du siège.* — Le premier point à préciser est d'établir si la collection est abdominale ou à la fois abdominale et thoracique.

Dans la variété sous-hépatique, il est relativement facile d'établir le siège purement abdominal de la collection.

En effet, la dyspnée et la toux n'existent pas, la douleur est moins angoissante, ne s'accompagne pas d'irradiation vers l'épaule, enfin, les signes d'une collection sont plus nets et la limitation du foyer paraît s'établir au-dessous des fausses côtes.

Il n'existe ni matité, ni disparition du murmure vésiculaire, à plus forte raison ni souffle, ni égophonie en arrière.

La difficulté véritable est de conclure que l'abcès est péri-hépatique et non pas intra-hépatique.

Le Dr Lapointe, qui s'est heurté à un cas de ce genre, note que l'ictère hémaphérique ou par rétention s'observe aussi bien dans l'un ou l'autre cas. De même les signes physiques ne fournissent pas d'élément précis: l'œdème de la paroi, la circulation veineuse complémentaire sont communs aux deux groupes d'abcès. Le refoulement du foie de bas en haut, son mouvement de bascule d'arrière en avant autour de son axe transversal, dans le cas de la collection sous-hépatique, augmentent la zone de matité en avant et abaissent le bord inférieur exactement comme dans l'hypertrophie par collection intra-hépatique. La fièvre, au dire de Lapointe, et je me range de tout point à son avis, est le seul symptôme qui puisse peut-être permettre le diagnostic.

Dans le foie appendiculaire, en effet, le type habituel de la fièvre est franchement intermittent, tandis que la fièvre de l'abcès sous-hépatique est celle d'une affection banale.

Au cas d'abcès à type intermittent, le doute ne paraît pas permis et le diagnostic « abcès intra-hépatique » s'impose. La difficulté renaît devant une courbe fébrile ayant les caractères d'une septicémie banale, car l'hépatite suppurée peut aussi donner ce type sans caractéristique.

La sonorité du pyopneumothorax, quand elle existe, tranche de même le diagnostic en faveur de l'abcès péri-hépatique.

Lorsque la collection est sus-hépatique, le diagnostic de la limitation des lésions à la zone sous-diaphragmatique ou de leur extension à la plèvre devient extrêmement difficile.

L'abcès sous-phrénique présente en effet toute une série de symptômes qui lui sont communs avec la pleurésie.

La douleur, la dyspnée, l'anxiété respiratoire, les symptômes généraux sont identiques dans les deux cas.

Les signes physiques sont les mêmes: la matité remontant en avant au mamelon, en arrière jusqu'à l'épine, s'observe avec l'abcès sous-phrénique isolé.

L'absence totale de vibration et de murmure vésiculaire s'observe aussi bien dans les deux cas. La sonorité amphorique est identique dans le pyopneumothorax sus ou sous-phrénique; seuls le souffle et l'égophonie peuvent servir à différencier les deux localisations.

De là le soin minutieux des observations il ressort en effet, qu'en l'absence de souffle et d'égophonie il faut penser à l'abcès sous-phrénique isolé, sans pleurésie concomitante.

Heureusement, dirai-je, le diagnostic exact du siège importe moins du moment que la pleurésie n'est qu'une complication de l'abcès sous-phrénique.

Il suffit de faire porter toujours l'intervention jusqu'à la collection sous-phrénique, et de ne pas croire à une erreur de diagnostic et s'arrêter parce qu'il n'y a pas de pus dans la plèvre.

#### TRAITEMENT.

Il n'est qu'un traitement vraiment efficace des abcès sous-phréniques appendiculaires, c'est le traitement préventif, préconisé par M. le Professeur Dieulafoy, la suppression de l'appendice dès le premier symptôme de l'attaque infectieuse. Et il est malheureusement trop vrai que le traitement ne peut être préventif qu'à condition d'être aussi hâtif que possible, et que le fait d'observer l'évolution des accidents, même d'heure en heure en rend l'application illusoire.

Dans plusieurs des observations publiées, dans celle de la thèse de Laizé, par exemple, l'opération, l'appendicectomie, a été faite juste quarante-huit heures après le début des accidents, et cependant il

était déjà trop tard, l'infection allait continuer son œuvre.

Je ne puis donc que conclure : le traitement préventif n'existe qu'à la condition d'être réalisé par l'opération hâtive dans les quarante-huit premières heures. Passé ce temps, l'opération devance les accidents, il est vrai, mais elle ne les arrête plus.

Il faut accepter la formule de M. Dieulafoy ou ne pas se leurrer de l'espoir de conjurer la complication.

*Traitement de la complication.* — Mais tous les chirurgiens, loin de là, n'acceptent pas la formule de l'intervention hâtive dans tous les cas, et cette intervention est souvent impossible par le concours même des circonstances. La complication éclatera donc souvent, tant du moins que les arguments invoqués par M. le Professeur Dieulafoy trouveront leur contre-partie dans l'esprit de beaucoup, et dès lors il faudra la traiter.

Quand ? et comment ?

Quand ? — Le plus tôt possible évidemment, avant, s'il est possible, que la collection se soit étendue sous le diaphragme et ait gagné la plèvre.

Comment ? — Le plus rationnel en pareil cas, et si l'on se base sur les constatations nécropsiques, sur la propagation ininterrompue des lésions, est de faire une double opération (si l'appendicectomie n'a déjà été faite) :

1° Incision classique de Roux et ouverture de la fosse rétro-cœcale ;

2° Incision au niveau de l'hypocondre et de la région hépatique.

Pour cette deuxième incision, deux tracés peuvent être employés et l'ont été suivant les cas : l'incision oblique para-hépatique le long des fausses côtes, l'incision verticale le long du bord externe du muscle grand droit.

Le Dr Lapointe remarque que dans son cas personnel l'incision oblique n'a pas atteint le foyer sous-hépatique et que l'incision verticale l'eût découvert.

L'observation est juste : l'incision oblique, bonne pour ouvrir un abcès sus-hépatique, devient insuffisante pour un foyer situé au-dessous.

Toutes les fois donc que la collection est nettement abdominale, il semble légitime de donner la préférence à l'incision verticale, qui seule remplit les deux indications possibles. Même alors que l'abcès paraît nettement sus-hépatique, elle est préférable, car elle permet d'explorer la face inférieure du foie, l'arrière-cavité et de se rendre compte si, oui ou non, il existe un foyer sous-hépatique concomitant, ce qui est toujours possible.

Mais s'il y a présomption ou doute en faveur d'une pleurésie purulente, que faut-il faire ? Faut-il faire d'abord la laparotomie verticale et pratiquer secondairement l'empyème, si des symptômes septicémiques persistent ?

Cette conduite est certainement préférable à celle qui consisterait à faire d'abord l'empyème, car le

foyer primitif est ouvert et, en cas de perforation du diaphragme (cas le plus fréquent), il se peut à la rigueur que le foyer pleural lui-même se vide à travers la communication. Mais une autre voie pourrait être opposée peut-être avec avantage, je veux parler de l'incision transpleurale avec résection des dernières côtes et effondrement, dans tous les cas, du dôme diaphragmatique.

De cette façon, en effet, les deux collections sont ouvertes simultanément par une seule opération. Je n'ose, faute de documents (car je ne sache pas que l'opération ait jamais été faite en pareil cas), conclure en faveur de la voie thoracique d'une façon absolue ; je suis tenté de le faire cependant en raison des résultats déjà donnés par la méthode transpleurale dans le traitement des abcès du foie.

Et dès lors je conclurai que l'intervention suffisamment précoce devra être uniquement abdominale, et que l'intervention transpleurale serait réservée aux cas où il paraît manifeste qu'il y a pleurésie et qu'il y a urgence à agir.

Quel sera le bilan de ces opérations ? Il est à craindre que la mortalité, dans de telles conditions, ne persiste à être grande et qu'il ne reste souvent au chirurgien, en dépit d'un effort méritoire, que le remords d'avoir tardé à enlever dès le début l'appendice. Ce sont de tels cas malheureux qui, mieux que les plus éloquents plaidoyers, témoignent en faveur de l'opération hâtive, car en face d'une appendicite qui commence, en prévoir les suites est malheureusement chose présentement impossible.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- Berthelin, Th. Paris, 1894-95, *Complications hépatiques de l'appendicite.*  
 Beredska, Th. Paris, 1894-97, *Abcès sous-phréniques.*  
 Croizat, Th. Lyon, 1892, *De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite.*  
 Dieulafoy, Clin. de l'Hôtel-Dieu ; *Académie de Médecine*, 1900, etc.  
 Fränkel, *Soc. méd. intern.*, Berlin, 1891.  
 Greig Smith, *Abdominal Surgery.*  
 Grandsire, Th. Paris, 1894-95, *Abcès sous-diaphragmatiques.*  
 Guttmann, *Soc. méd. int.*, Berlin, 1891.  
 Körte, *Ueber chir. Behandlung der Perityphlitis*, 1891.  
 Laizé, Th. Paris, 1898, *Abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite.*  
 Lapointe, *Presse méd.*, 10 oct. 1900.  
 Leyden, *Ueber Pyopneumothorax subphrenicus Zeitsch. f. klin. M ed.* 1899, etc.  
 Margery, Th. Lyon, 1892, *Appendicite infectieuse.*  
 Loison, *Revue Chirurgie*, 1899.  
 Ramadan, Th. Paris, 1891, *Pyopneumothorax sous-phrénique.*  
 Sallet, Th. Lyon, 1894-95, *Abcès périhépatiques d'origine appendiculaire.*  
 Soc. Chirurgie, Paris, 9 mars 1892.  
 — — — 4 oct. 1893.  
 — — — 17 et 24 juill. 1885.  
 — — — 14 oct. 1895, etc.

## PROCÉDÉ FACILE ET SUR POUR ÉVITER LA DÉCHIRURE DU PÉRINÉE DANS LES ACCOUCHEMENTS AU FORCEPS.

Par le Dr J. MENIER.

La déchirure du périnée est une complication fréquente de l'accouchement au forceps.

On s'efforce de la prévenir en faisant soutenir le périnée par un aide : médecin assistant, sage-femme généralement, ou, à leur défaut, une des personnes présentes.

Lors même qu'on a affaire à une personne expérimentée, la contention du périnée, telle qu'on la pratique ordinairement, est pour ainsi dire illusoire.

L'aide en effet est obligé de s'effacer pour laisser la place à l'opérateur, et, c'est le bras dans l'abduction extrême qu'il applique la main sur la partie à soutenir.

Or il est facile de concevoir que dans cette position le bras de levier étant très court (de la tête de l'humérus aux insertions des pectoraux et du deltoïde), la pression est presque nulle, et la fatigue rapide, l'effort étant continu.

Depuis plusieurs années j'ai recours à un procédé très simple et efficace à ce point que, depuis que je l'emploie, je n'ai pas eu une seule déchirure à déplorer.

Lorsque la tête a franchi le détroit inférieur, que le périnée bombe et que la fourchette commence à se détendre, je prends le forceps de la main droite seule, au niveau de son articulation, la cheville entre l'index et le médus. Cette main unique suffit en effet pour terminer l'extension de la tête, à laquelle seules s'opposent les parties molles. Le forceps agit comme un levier du premier genre ayant son point fixe sous l'arcade pubienne.

J'applique alors la main gauche sur le périnée, de façon à bien sentir la tête du fœtus dans la paume de cette main ; l'index et le pouce circonscrivent l'angle inférieur de la vulve tout en le laissant à découvert, afin d'en surveiller la distension ; puis, c'est là en quoi consiste tout le secret, j'appuie mon coude sur la partie inférieure de ma cuisse gauche.

La place varie un peu selon la hauteur du lit, suivant qu'on opère assis ou presque debout.

Le membre inférieur gauche est tenu dans la demi-flexion, et repose sur le sol par les orteils seulement.

Dans cette attitude on obtient facilement un mouvement de la cuisse d'arrière en avant et de bas en haut d'une grande puissance. L'avant-bras n'est plus qu'une tige rigide qui relie la main à la cuisse et l'effort transmis à celle-ci est considérable.

Mais ce n'est pas là tout l'avantage de la méthode.

L'accoucheur faisant en même temps l'effort d'extraction et la contention, il y a synergie entre ses deux actes. Il dose l'un et l'autre à sa guise ; il sent sous sa main gauche le plancher céder progressivement, il le tâte pour ainsi dire, prêt à lâcher l'effort de la main droite si quelque craquement inquiétant se fait sentir.

Dans ces conditions il est facile et même nécessaire de donner à la vulve le temps de se dilater.

L'accoucheur peut se reposer quand il veut, sans crainte de fausse manœuvre. Il faut dix, quinze et quelquefois vingt minutes pour terminer ainsi un accouchement laborieux.

Lorsqu'on juge la vulve absolument inextensible, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les primipares qui approchent de la trentaine, un coup de ciseaux à droite et à gauche de la fourchette vous tire d'embaras sans dommages pour la parturiente.

## Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

### NOUVELLES

#### NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'avoir à enregistrer la mort du professeur Panzeri (de Milan), directeur de l'important journal « Archiv. di orthopedia » et bien connu par de nombreux et intéressants travaux sur l'orthopédie, en particulier sur le traitement de la luxation congénitale.

#### PROTECTION DES ALIÉNÉS

Dans la dernière séance mensuelle de la Société des sciences médicales, de Poitiers, M. le Dr Jablonski a déposé le vœu suivant :

MESSIEURS,

En présence des faits invraisemblables qui se sont passés rue de la Visitation, et pour éviter la possibilité d'une séquestration analogue à celle dont Mlle Monnier a été la victime, j'ai l'honneur de proposer à l'adoption de la Société des sciences médicales le vœu suivant :

Considérant que les aliénés ont droit, comme les autres citoyens, à la protection de l'Etat d'autant plus que leur situation d'infériorité intellectuelle les livre sans défense à ceux qui, légalement, sont chargés de pourvoir à leurs besoins, tels que leurs parents, tuteurs, e c.

Les membres de la Société des sciences médicales de Poitiers prirent le Sénat et la Chambre des députés de voter, dans le plus bref délai possible une loi de protection obligeant les parents, tuteurs ou autres personnes qui ont en garde un individu atteint d'aliénation mentale d'en aviser immédiatement l'autorité compétente (préfet ou procureur de la République), afin que cette autorité puisse exercer une surveillance permanente sur l'aliéné.

A cet effet, il sera désigné dans chaque canton un médecin inspecteur chargé de visiter au moins une fois par mois, le malade en question — comme cela se pratique pour les enfants protégés placés chez des nourrices. Au cas où l'aliéné ne recevrait pas les soins que comporte son état, il serait transféré d'urgence, par ordre du médecin-inspecteur, dans un asile spécial.

Je demande que ce vœu soit transmis, avec l'approbation de la Société, aux présidents des deux Chambres et au président du Conseil des ministres, afin qu'ils puissent prendre, — en attendant le vote d'une loi, — toutes les mesures nécessaires.

## CORRESPONDANCE

Montleron, 5 juin 1901.

Nous recevons la lettre suivante qui donne la solution que nous demandions dans le Premier Tours de notre dernier numéro. Il semble il est vrai que M. Waldeck-Rousseau a renoncé depuis à sa circulaire.

« Je viens de lire dans le numéro du mois de mai de votre *Gazette* un article où vous témoignez votre indignation de recevoir du Ministre de l'Intérieur, par l'intermédiaire du Préfet, des conseils ou des ordres en ce qui touche le traitement de la diphtérie. Vous concluez en ces termes : « Allons-nous recevoir cette circulaire sans rien dire. Je le crains » hélas, et puis que faire ?

Eh bien, Monsieur le Rédacteur, cette circulaire ne m'est pas encore parvenue ; mais du jour où j'ai vu l'annonce dans le *Petit Journal*, mon parti a été pris ! Je la rendrai à mon facteur après y avoir inscrit cette mention : *Refusé pour être renvoyé à l'auteur*. Vous pourriez proposer d'en faire autant à ceux des quinze mille médecins de France qui n'espèrent pas à quelque degré les faveurs ministérielles et n'entendent pas devenir les valets d'un Préfet. Peut-être ne serons-nous pas nombreux ?

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, avec mes compliments pour votre généreuse indignation, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr MAFFRE.

P.-S. — Je vous autorise à faire de ma lettre l'usage que vous voudrez.

## ANALYSES

Traitement des Blessures de guerre, par MM. les Drs MIMIER et LAVAL, Félix ALCAN, éditeur.

Ce nouveau volume fait suite à l'intéressant ouvrage consacré par les deux distingués chirurgiens militaires à « l'Infection en chirurgie d'armée »

Les auteurs y étudient avec documents à l'appui, documents d'observations fournis par les récentes guerres, documents d'expérimentation, les conditions spéciales qu'aura à remplir la chirurgie d'armée.

Si les grandes règles de la chirurgie moderne s'appliquent ici avec la même rigueur, encore faut-il connaître de quelle façon ces règles en dépit des difficultés d'organisation pourront être suivies.

MM. Mimier et Laval fournissent tous les éléments du problème en indiquant la solution, et ce n'est pas là un mince service rendu à nous tous, médecins de la Réserve ou de la Territoriale, peu familiarisés avec ces questions spéciales.

Le succès du volume précédent est réservé au nouvel ouvrage.

Dictionnaire des termes techniques de Médecine, contenant les étymologies grecques et latines, par les docteurs M. GARNIER et V. DELAMARE, préface de G.-H. ROGER, Professeur Agrégé, *Médecin des Hôpitaux*, deuxième édition. — Un volume in-18, reliure souple, 6 fr. 50.

Le langage médical s'enrichit à chaque instant de mots nouveaux ; et ce sont surtout les néologismes qui embarrassent les médecins et les étudiants. Aussi un livre comme le *Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine*, de MM. GARNIER et DELAMARE, doit-il avoir de fréquentes éditions pour être toujours au courant des nouveautés de la science.

La nouvelle édition qui vient de paraître contient 60 pages de plus que la première, ce qui a permis aux auteurs de compléter leur œuvre, d'insérer les mots qui avaient pu échapper à leur premier travail, et d'y faire entrer les termes nouvellement créés. Malgré ces augmentations, ce volume a gardé son même format ; il est resté par conséquent aussi commode à manier que par le passé.

Cet ouvrage, qui ne date que de quinze mois, a eu, comme le dit M. le professeur agrégé Roger dans sa préface, la bonne fortune de devenir rapidement classique ; c'est en effet un livre qui est nécessaire non seulement aux praticiens et aux étudiants, mais à tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin à la médecine ; aussi sa place est marquée dans toute bibliothèque.

La Chaleur radiante lumineuse, agent thérapeutique. Les appareils Dowsing. Bains d'air chaud jusqu'à 260° centigrades. Bains de chaleur et de lumière, par le docteur P. GUYENOT (d'Aix-les-Bains) : in-8, avec 3 planches, 2 fr. 50.

Depuis trois ans environ, une nouvelle méthode thérapeutique, reposant sur l'emploi de la chaleur radiante lumineuse produite électriquement par les appareils Dowsing, a pris naissance en Angleterre, le nouveau mode de traitement s'est répandu dans les grandes villes du royaume. Le Dr Guyenot, d'Aix-les-Bains, qui s'en est fait le promoteur en France par une communication à la Société de Thérapeutique, vient de publier chez Maloine un très intéressant travail sur ce sujet.

Au point de vue physique, la chaleur radiante lumineuse est constituée par l'association de radiations caloriques lumineuses et chimiques possédant chacune des propriétés physiques, chimiques et physiologiques particulières. Elle est produite artificiellement dans les appareils Dowsing à l'aide du courant électrique traversant un filament de composition spéciale contenu dans les ampoules de verre où on a fait le vide.

Ces ampoules ou radiateurs électriques sont munis de réflecteurs construits de telle sorte que les rayons de chaleur radiante lumineuse peuvent être dirigés sur une partie quelconque du corps et que la température puisse être portée jusqu'au degré le plus élevé que le corps humain puisse supporter avec ces appareils, c'est-à-dire environ 260°.

Le bain complet de Dowsing peut atteindre sans danger 205° (on le prescrit généralement entre 150 et 200°). Les bains locaux sont bien supportés jusqu'à 250°. Dans toutes les applications, la tête du malade reste à l'air libre.

L'organisme humain supporte parfaitement ces températures auxquelles il serait impossible de la soumettre avec les autres modes d'application de la chaleur.

L'action physiologique des bains Dowsing consiste dans les phénomènes suivants :

Rougeur très marquée de la peau, transpiration abondante, et élimination plus considérable d'acide carbonique par les poumons; accélération du pouls et augmentation de la température du corps; augmentation des matériaux solides de l'urine, surtout de l'urée et de l'acide urique; suractivité des fonctions de la nutrition générale et d'élimination des produits d'oxydation organique; excitation particulière de la peau par les rayons chimiques qui jouissent d'autre part de propriétés bactéricides prononcées: augmentation du nombre et du pouvoir d'oxygénation des globules du sang.

Toutes les affections justiciables des bains d'air chaud, soit locaux, soit généraux, sont traités avec de grands avantages par la chaleur radiante lumineuse à l'aide des appareils Dowsing; elle est la médication locale par excellence du symptôme douleur dans les affections rhumatismales ou goutteuses, dans les traumatismes sans plaies des membres, contusions, entorses, luxations, dans les phlébites, les sciatiques, dont elle abrège considérablement la durée.

Contrexéville. — Ses eaux, ses environs. Excursions dans la région des fossiles Un vol. in-18 avec 27 gravures et cartes hors texte.

Le livre du Dr Colin, qui vient de paraître chez Maloine, a été écrit pour le grand public. Les malades qui viennent à Contrexéville le liront avec profit. Ils y apprendront en quoi consiste l'arthrisme et comment on s'en guérit. Les méthodes de traitement en usage dans la vieille station des Vosges, l'histoire des eaux, leur mode d'action, tout cela est expliqué bonnement, simplement, en quelques petits chapitres clairs, précis. Longtemps on a cru que l'eau de Contrexéville agissait surtout par sa masse. Quand nos pères allaient aux eaux ils se livraient à de véritables orgies de traitement. Montaigne dans ses Voyages et M<sup>me</sup> de Sévigné dans ses Lettres énumèrent avec complaisance le nombre de verres absorbés, et cela donne l'impression que nos estomacs ont bien dégénéré, car nous serions parfaitement incapables de suivre des méthodes aussi brutales. L'eau de Contrexéville particulièrement ne saurait être prise en trop grande quantité.

C'est un médicament de premier ordre, mais enfin un médicament, et l'on ne doit pas l'employer à tort et à travers. Le Dr Colin nous explique quelles règles le malade devra suivre à ce point de vue. Il

nous détaille ensuite le genre de vie mené à Contrexéville. Enfin la première partie de son étude se termine sur la formation des eaux. Il étudie le sol, et montre comment l'eau traversant des couches chargées de sels médicamenteux, s'en sature, pour former la solution si en faveur aujourd'hui.

Le Dr A. Colin écrit pour le grand public, disions-nous tout à l'heure. C'est pourquoi la seconde partie de son ouvrage est surtout consacrée aux distractions de la station et aux excursions à effectuer dans les environs. Ici une innovation: chaque excursion, très détaillée, est précédée d'un graphique indiquant exactement les routes à suivre et le nombre de kilomètres à parcourir. Chemin faisant il indique les sites dignes d'intérêt tant au point de vue pittoresque qu'au point de vue historique. En résumé, l'étude du Dr Colin contient, sous une forme claire et concise, tous les renseignements que peuvent désirer les malades ou les touristes si nombreux aujourd'hui dans la région des Vosges.

## VARIA

Notre confrère le Dr Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olive pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux; avis.

POUR LA CURE D'AIR : à louer, aux Patys, Rochecorbon, en Touraine, meublé ou non, un appartement situé en plein midi; jouissance d'un grand jardin (ombrages), et d'une terrasse à 30 mètres au-dessus de la Loire : à l'abri des vents du nord, de l'ouest et de l'est; à deux cents mètres de la station des tramways.

On prendrait des Pensionnaires.

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

**Succédané de l'huile de foie de morue**

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

**BIOPHORINE** Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

**FLOREINE** — Crème de toilette hygiénique, employée dans toutes les affections légères de l'épiderme, gerçures des lèvres et des mains; innocuité absolue.