BIBLIOTECA MEDICA ROMA
MILANO
A 44
2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1923

THÈSE 85

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Marcel TOULOUSE

Né le 13 Août 1898, à Cherbourg
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des Périviscérites du Carrefour sous-hépatique

Travail du Service du Docteur ENRIQUEZ, Hôpital de la Pitié

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR GOSSET

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1923

85

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Marcel TOULOUSE

Né le 13 Août 1898, à Cherbourg
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des Périviscérites du Carrefour sous-hépatique

Travail du Service du Docteur ENRIQUEZ, Hôpital de la Pitié

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR GOSSET

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. WIDAL. GILBERT. CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. LEJARS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements	LEGUEU. BRINDEAU. COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile	FAURE.
Clinique thérapeutique	Auguste BROCA.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILLEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GUENIOT.	LÉVY-SOLAL.	STRROHL.
CHAMPY.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC.	
	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCEE

A MES PARENTS

A MON AMI,

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDRU,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Professeur GOSSET,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,

Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre Président de thèse.

A Monsieur le Docteur Ed. ENRIQUEZ,

Médecin à l'hôpital de la Pitié,

Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage respectueux et reconnaissant pour son précieux enseignement et pour ses conseils qui n'ont cessé de nous guider durant l'élaboration de ce modeste travail.

A Monsieur le Docteur FLORAND,

Médecin honoraire des Hôpitaux,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Avec l'expression de notre profonde gratitude pour la grande bonté qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A Monsieur le Docteur GASTON DURAND,

Assistant de consultation spéciale à la Pitié,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Huchard, en 1897, désigna sous le nom de « périviscérites » un syndrome clinique spécial, essentiellement polymorphe dans ses allures et relevant anatomiquement d'un processus inflammatoire chronique, atteignant les trois grandes séreuses de l'organisme : plèvre, péricarde, péritoine.

De l'ensemble de ces périviscérites nous dégagerons celles qui se rapportent exclusivement au carrefour sous-hépatique et, en particulier, celles qui, par leur symptomatologie clinique, sont susceptibles d'être la cause de difficultés dans le diagnostic différentiel des lésions douloureuses chroniques du cadran supérieur droit de l'abdomen.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre maître le Dr Enriquez, d'avoir sous les yeux plusieurs périviscérites du carrefour sous-hépatique dont l'étude clinique et radiologique nous permettra de formuler des conclusions intéressantes sur ce sujet encore mal connu.

Nous diviserons ainsi notre travail :

Chapitre 1er. — *Historique.*

Chapitre 2. — *Etude clinique et radiologique.*

Chapitre 3. — *Diagnostic et étiologie.*

Chapitre 4. — *Observations.*

Chapitre 5. — *Conclusions.*

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Virchow le premier, en 1853, attira l'attention sur la découverte à l'autopsie de cas assez fréquents d'adhérences autour des viscères de la cavité abdominale. Le diagnostic n'avait pas été fait in vivo par suite de l'absence de signes physiques localisés pouvant établir une relation de cause à effet entre la présence de ces adhérences et les phénomènes douloureux constatés chez les malades. Wirchow en fit remonter la cause à la constipation chronique.

Plus tard, en 1892, Fraenkel décrivit le cas d'un malade chez lequel Knaggs trouva des adhérences de la région de la vésicule au lieu de la cholélithiase calculeuse qu'il escomptait. L'ablation de ces adhérences suffit à faire disparaître les crises hépatiques dont le malade souffrait depuis 12 ans et pour lesquelles il s'était confié au chirurgien.

Kehr signale dans une étude du « traitement chirurgical de la cholélithiase », qu'il avait fréquemment rencontré des adhérences de la vésicule avec les intes-

tins et le pylore. L'ablation de ces adhérences suffisait à faire cesser les troubles gastriques de la cholélithiase, ce qui explique suffisamment la relation étroite qui les unissait.

Mais, en 1899, Riedel, dans son mémoire sur « les inflammations adhésives qui se produisent dans la cavité abdominale », mit au point le premier cette importante question. Il constata en effet que les adhérences provenant de la vésicule se manifestaient par des douleurs de l'hypocondre droit, ce qui rendait difficile le diagnostic différentiel avec la cholélithiase. Il affirmait en outre que ces adhérences pouvaient être confondues avec des processus cicatriciels de la région pylorique; ainsi s'expliquait que chez des malades porteurs d'adhérences du colon transverse ou du colon ascendant d'origine appendiculaire ou vésiculaire on se soit contenté du diagnostic de constipation chronique.

En France, des travaux sur cette question ont également vu le jour : Galliard, Bouveret et son élève Alex, Tuffier et Marchés en particulier ont montré les sténoses fonctionnelles du pylore comme conséquence d'une cholécystite calculeuse qui faisait adhérer la vésicule soit au duodénum, au-dessous de l'ampoule de Vater, soit au pylore même; ainsi s'établissait d'une façon définitive la pathogénie de ces sténoses pyloriques par brides péritonéales de péricholécystite.

Huchard, après une longue étude de la question, en fit une entité médicale en lui donnant le nom de périviscérite. Pour lui, cet état de choses était dû à la

présence d'une néphrite chronique ayant déterminé des processus inflammatoires autour des principaux organes, d'où son nom de périviscérite.

Les travaux de Walther, publiés en 1912 par Haller, son élève avaient attiré l'attention des chirurgiens sur la fréquence des épiploïtes consécutives à l'appendicite. Walther et Haller conseillaient, pour éviter les conséquences de cette épiploïte secondaire, de faire une large ablation autour du pédicule appendiculaire.

L'Ecole Lyonnaise n'avait pas manqué de s'occuper aussi de cette question. Tripier et Paviot, dans un travail publié en 1904, avaient longuement étudié les adhérences péritonéales sous-hépatiques, les péricholécystites consécutives à une cholécystite calculeuse et ils avaient conclu qu'il y avait à l'origine une inflammation de la vésicule biliaire autour de laquelle rayonnaient des lames fibreuses qui descendaient jusque sur le cœcum et même sur l'appendice. Plus tard, les mêmes auteurs reprirent la question des péritonites sous-hépatiques et firent de ces affections une modalité de la péritonite tuberculeuse. Il se constituait ainsi peu à peu des formations péritonéales anormales (brides, ligaments, tractus inflammatoires) qui unissaient à la longue, d'une façon plus ou moins intime, la face intérieure du foie, la vésicule biliaire, le duodénum, le pylore, l'angle colique droit.

Notre maître, le Dr Enriquez, s'est tout particulièrement attaché dans ces dernières années à l'étude de cette question. Il s'est efforcé surtout de créer une méthode qui permette d'asseoir le diagnostic de ces

affections sur des bases irréfutables. Il a montré que le point de départ du plus grand nombre des périviscérites était une appendicite opérée ou non et que certaines périviscérites du carrefour étaient sous la dépendance d'une inflammation lymphatique chronique dont l'origine serait une appendicite chronique, soit une lésion d'un des autres organes de la cavité abdominale, soit une intervention chirurgicale sur un de ces organes. Dans tous ces cas c'est l'épiploïte qui constitue le mécanisme propagateur de cette inflammation.

Les Américains avaient créé la méthode des radiographies en série pour le diagnostic précis du siège des ulcères de l'estomac et du duodénum. Notre maître, le Dr Enriquez, ayant appliqué cette méthode dans son service constata que, quelques fois, malgré la présence de symptômes très marqués on ne pouvait trouver aucune déformation caractéristique d'ulcère mais seulement des brides adhésives de la région vésiculaire, pylorique et duodénale. Ainsi, il parvint à découvrir chez un grand nombre de malades ayant subi l'appendicectomie, la présence de brides adhésives douloureuses, enlevées plus tard avec succès bien que parfois des récidives aient été constatées quelques mois plus tard.

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOSCOPIQUE

Consécutivement à des lésions inflammatoires des organes abdominaux, on observe un ensemble de symptômes douloureux qui sont manifestement liés à l'existence d'adhérences péritonéales, comme le prouve un grand nombre de cas de laparotomie au cours desquels on découvre, autour des organes guéris de l'affection primitive, des brides adhésives parfois étroites dont l'ablation entraîne la cessation des phénomènes douloureux. Il n'est pas rare d'autre part que le péritoine réagisse après une intervention chirurgicale traumatisante; cette réaction se traduit par une série de brides dont le tiraillement est la cause de phénomènes douloureux. Ainsi donc, tous les processus inflammatoires qui se développent dans le domaine du tube gastro-intestinal et de ses dépendances peuvent être l'origine de la formation d'adhérences, le plus fréquemment après une appendicite, mais parfois aussi après la lithiase biliaire, l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Il est classique de considérer ces péritonites partielles, localisées ou satellites, ces *Périviscérites*, comme représentant dans leur modalité aiguë ou chronique l'extension à la séreuse environnante d'un processus inflammatoire développé primitivement sur la vésicule biliaire, l'estomac, le duodénum ou l'appendice. Si la réaction péritonéale est discrète, elle reste localisée autour de l'organe malade et, comme les signes qui l'extériorisent se confondent avec ceux de l'affection primitive, le diagnostic en est impossible. Mais si, au contraire, l'inflammation péritonéale dépasse l'organe primitivement lésé et va déterminer une péritonite plastique à plus ou moins grande distance, comme c'est le cas pour l'appendice et la vésicule biliaire, il en résulte une association de symptômes qui viennent rendre singulièrement difficile le diagnostic exact de la lésion.

Il n'en est pas moins vrai qu'à côté de ces lésions viscérales primitives susceptibles de réagir secondairement sur le péritoine voisin, une place importante doit être accordée aux lésions péritonéales développées primitivement et d'emblée sur la séreuse et masquées par une symptomatologie viscérale d'emprunt. En fait, la principale manifestation de ces périviscérites du carrefour est la douleur, survenant par crises, le plus souvent celles-ci s'accompagnant de vomissements bilieux ou alimentaires, de sub-ictère et de constipation.

La diversité de la symptomatologie les fait le plus souvent rattacher à des coliques hépatiques, à des co-

liques néphrétiques, à des crises gastralgiques banales, enfin à un ulcère gastrique ou duodénal; rarement on pense à des irradiations douloureuses ayant pour point de départ une altération primitive de l'appendice et des annexes de l'utérus. Il arrive également que la généralisation des douleurs à l'abdomen presque en entier ne permet pas d'affirmer où résidait le début de ces affections. On s'explique ainsi facilement la grande variété des formes que peuvent revêtir ces crises douloureuses; cependant, nous allons essayer, grâce aux observations nombreuses recueillies dans le service de notre maître le Dr Enriquez, de décrire plusieurs types cliniques principaux de ces affections.

Forme à prédominance hépatique.

A un degré très léger les malades se plaignent d'un endolorissement, d'une sensation de pesanteur ou de gêne difficile à qualifier. Ils ressentent dans le flanc droit « des pincements, des tiraillements mal caractérisés, des élancements passagers plus ou moins vifs ».

Dans les formes qu'on pourrait qualifier de subaiguës par rapport aux précédentes, ces malaises sont plus accusés et on constate en même temps une tension anormale au niveau de l'épigastre et plus fréquemment sous le rebord costal droit.

Le malade pour diminuer sa souffrance penche le tronc en avant; afin d'éviter les malaises qu'augmente l'extension brusque du tronc, certains évitent soigneusement tout effort et se tiennent légèrement inclinés.

Chez ceux-là un bon signe à rechercher et que nous avons rencontré quelquefois est la douleur provoquée par le décubitus dorsal sur un plan horizontal.

Dans ces formes subaiguës les irradiations douloureuses peuvent être éloignées, certains se plaignent de tout le flanc droit, d'autres d'une souffrance bilatérale en ceinture, d'autres enfin accusent très manifestement des irradiations le long des phréniques, verticalement de chaque côté du sternum, douleurs réveillées par la pression au niveau des deux scalènes. L'accès douloureux passé, les malaises peuvent cesser sans laisser aucun trouble fonctionnel mais parfois les malades continuent à se plaindre du flanc droit, soit que l'accès ait été trop violent ou trop fréquemment renouvelé, soit encore que le processus péritonéal ou sa cause n'aient pas disparu, soit enfin à cause du siège même des adhérences.

Ces malades ont souvent la langue saburrale, surtout le matin, de l'anorexie, du subictère des conjonctives, quelques vomissements bilieux plusieurs jours de suite.

Ils peuvent présenter même, au cours de crises plus violentes, un ictère fugace s'accompagnant d'une décoloration des matières.

Quelles que soient l'intensité, la durée ou la fréquence de ces crises, on peut voir tout se réduire à ces scènes douloureuses et ne rien percevoir à la palpation de l'abdomen. Cependant, certaines fois, au moment des crises on peut déceler des points douloureux surtout dans la partie droite de l'abdomen. En dehors du point épigastrique qui est presque constant, on trouve

une douleur dans la zone duodéno-vésiculaire et des points échelonnés verticalement le long du bord droit du muscle droit et également un point dans la fosse iliaque droite.

Forme à prédominance gastrique.

Chez d'autres malades, la prédominance des troubles fait penser plutôt à un syndrome gastrique. Quand on les voit pour la première fois, on peut constater qu'ils souffrent déjà depuis très longtemps; ils souffrent par crises, par crises plus ou moins espacées et qui ne sont pas toujours semblables à elles-mêmes. Souvent, dans le début de l'affection, ce sont des phénomènes de somnolence après les repas, avec ballonnement du ventre s'accompagnant de renvois acides. Puis fait suite une douleur épigastrique d'abord vague, mais continue qui subit une recrudescence manifeste 3 ou 4 heures après les repas et qui oblige souvent le malade à se faire vomir pour essayer de calmer sa douleur. De tels malades ont remarqué que le bi-carbonate de soude ne fait souvent qu'accroître les symptômes douloureux. L'ingestion d'aliments ou de boissons chaudes ne leur cause qu'un soulagement passager; seules les applications chaudes les calment. Cette douleur irradie quelquefois vers le gosier en une sensation de brûlure tout le long de l'œsophage, ou en arrière vers l'omoplate pouvant simuler ainsi une douleur en broche. Au cours de quelques-unes de ces crises, l'intolérance gastrique peut être absolue, non pas qu'il y ait

des vomissements spontanés, ce qui est rare, mais tout contact alimentaire détermine de telles douleurs que le malade provoque lui-même ces vomissements. Au cours de ces crises, le lait lui-même peut n'être pas toléré et seuls les opiacés sont susceptibles de provoquer quelque soulagement.

Mais ces crises d'intolérance durent relativement peu et bientôt le malade arrive à s'alimenter au prix de douleurs tardives; peu à peu, il revient à un état presque normal, mange ce qui lui plaît, fait même des écarts de régime sans souffrir davantage.

Pendant les crises douloureuses, on constate à l'examen qu'en dehors des douleurs accusées spontanément par les malades, parfois provoquées par certaines attitudes et qui comportent des irradiations multiples, on trouve une résistance profonde de tout l'hypocondre droit avec une véritable contracture du muscle droit à droite. Le point épigastrique est ordinairement sensible, mais la pression unidigitale permet de localiser un certain nombre de points douloureux sur le rebord des fausses-côtes, dans la zone duodéno-vésiculaire. Plus bas, au point de Mac Burney, la palpation permet de reconnaître selon les cas tantôt une simple défense de la paroi, tantôt une sensation plus profonde de rénitence, de corde, ou même de tuméfaction.

De même, chez certains malades, la compression du point de Mac Burney provoque une douleur vive, un retentissement douloureux au creux épigastrique, une sensation « que cela les tire » plus haut. Une telle sensation paraît bien en rapport avec les adhérences

que nous avons vu s'étendre de l'appendice vers le carrefour. Dans la fosse iliaque gauche, on trouve le plus souvent un colon descendant spasmé, roulant sous le doigt et quelquefois sensible au cours de l'examen. La percussion de la rate permet de constater quelquefois son augmentation de volume, augmentation légère mais nettement perceptible à la percussion, augmentation accompagnée d'une légère leucocytose et souvent d'une inversion de la formule leucocytaire.

Forme à prédominance intestinale.

Dans ces formes, les malades présentent des syndromes de colites muco-membraneuses ou de constipation chronique s'accompagnant de phénomènes douloureux dans le cadran supérieur droit de l'abdomen. Ce sont des malades qui pendant longtemps ont eu de la constipation chronique et des crises douloureuses abdominales mal caractérisées, à intervalles plus ou moins longs. Puis, à un certain moment, les crises douloureuses sont devenues plus fréquentes et plus violentes, débutant le plus souvent la nuit ou le matin et souvent précédées d'une céphalée intense. Les douleurs se localisent dans la partie droite de l'abdomen, s'accompagnant de nausées et de vomissements bilieux. Le ventre se ballonne pendant la crise qui se termine par une émission abondante de gaz par l'anus, de bruits intestinaux et souvent par des sueurs profuses. A ce moment, si l'intestin est exonéré par un lavement, on assiste à l'émission de selles ovillées, glaireuses et

membraneuses. En dehors des crises, l'examen de l'abdomen est négatif.

On conçoit facilement que, chez de tels malades, le fonctionnement de l'intestin puisse être plus ou moins gêné par l'existence de brides membraneuses unissant le colon aux divers organes du carrefour sous-hépatique. Enfin, le grand épiploon, souvent lésé dans ces affections et formant une bride épaisse et rigide, opère des tractions sur l'estomac et le colon transverse.

Pour quelques auteurs, ces syndromes douloureux du carrefour sous-hépatique avec constipation chronique, seraient dus à une lésion du cœcum et du colon ascendant, lésion qui pourrait être primitive, mais qui souvent serait sous la dépendance d'une inflammation de l'appendice.

Forme à type de dilatation stomacale avec ptose

Au type de périviscérite avec syndromes intestinaux se surajoutent souvent des signes de dilatation stomacale avec ptose de cet organe. Les malades se plaignent de digestion lente, de ballonnement après les repas, de pesanteur, et quelquefois de douleurs tardives. Ils vomissent rarement, mais ils ont souvent de l'aérophagie se manifestant par des éructations en série et des troubles nerveux variés. Ces malades souffrent souvent, mais quand ils sont couchés ils observent une sédation des phénomènes douloureux et cette disparition des douleurs pendant la nuit contrastant

avec les sensations pénibles de la journée est assez caractéristique.

Tripier et Paviot pensent que « c'est le processus « de péritonite sous-hépatique qui est le plus capable « de réaliser, en dehors des lésions organiques des « organes, les grands estomacs douloureux et clapo- « tants s'accompagnant de troubles profonds de la « nutrition et qui ne cèdent qu'à un drainage chirurgi- « cal de l'estomac par la gastro-entéro anastomose ».

Forme pelvi génitale.

Certaines femmes se plaignent, au cours de leurs phénomènes douloureux du cadran supérieur droit de l'abdomen, d'irradiations douloureuses dans le bas-ventre. Ces irradiations sont attribuées à une ptose du rein droit ou à des douleurs appendiculaires, plus souvent à une affection de la sphère génitale et cela d'autant plus facilement qu'il existe souvent une recrudescence des symptômes douloureux sous l'influence d'une fatigue et de la période menstruelle. Ainsi beaucoup de ces patientes, pour cette raison et pour leur dysménorrhée douloureuse avec pertes blanches dans l'intervalle des règles, sont à un moment ou à l'autre adressées à des gynécologues. Ceux-ci constatent : ou bien que les malades ne présentent pas du côté génital des troubles suffisants pour expliquer les syndromes douloureux qu'on leur attribue; ou bien qu'elles pré-

sentent en effet des lésions inflammatoires de l'utérus ou de ses annexes, mais l'amélioration locale produite au niveau de ces organes par un traitement approprié n'amène pas une sédation des phénomènes douloureux du carrefour sous-hépatique.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE DES PERIVISCERITES

L'examen radioscopique de tels malades donne, par la présence de déformations statiques des organes rendus visibles par la prise de bismuth et par la présence des points douloureux contrôlés sous l'écran, des probabilités qui viennent renforcer l'hypothèse qu'avait permis de formuler l'examen clinique. Après la prise de bismuth, l'estomac présente des formes fort variables; on peut voir un estomac tonique ou même hypertonique souvent avec hyperkinésie· son axe n'est pas vertical et il présente une direction générale oblique de gauche à droite, le pylore nettement attiré vers l'angle colique droit. Dans la position couchée, cet estomac est visible dans sa totalité, en une seule masse, à l'inverse du type suivant que l'on rencontre plutôt dans les gastro-entéroptoses mécaniques. L'estomac du type atonique montre le crochet caractéristique de la ptose, son axe général reste vertical, la région pylorique est plus ou moins dilatée. Dans la position horizontale, cet estomac prend la forme dite en haltère (Enriquez); cette forme se rencontre très fréquemment chez des malades porteurs d'adhérences. Alors que, chez un sujet à estomac indemne de toute lésion, l'image gastrique dans le décubitus dorsal présente une forme arrondie, plus ou moins sphérique, située

immédiatement au-dessous de la voûte diaphragmatique gauche, au contraire chez le sujet atteint de lésions péri-pyloriques ou péri-duodénales on constate dans la majorité des cas, en plus de la poche diaphragmatique, une deuxième poche pylorique, celle-ci petite, moins régulière, quelquefois allongée, située plus en bas et plus à droite au-devant de la colonne vertébrale qu'elle dépasse même quelquefois plus ou moins à droite. Le canal intermédiaire qui relie la poche sous-diaphragmatique à la poche pylorique peut être visible, l'image gastrique rappelle alors dans son ensemble l'aspect d'une haltère. Souvent cependant, le canal intermédiaire est invisible et l'image qui en résulte représente plutôt deux boules complètement distinctes et inégales de volume : l'inférieure, pylorique, se montrant le plus souvent plus petite que la supérieure, exceptionnellement de dimensions égales, jamais plus volumineuses que la poche sous-diaphragmatique. La formation de cette poche anormale peut-être expliquée par l'entrave qu'apportent les adhérences péri-pyloriques et péri-duodénales au passage du bismuth, de la région pylorique à la grosse tubérosité.

Quand, après quelques contractions efficaces de l'estomac, le duodénum devient visible il n'est pas toujours facile de constater s'il présente quelques déformations, tout au plus peut-on voir en suivant le passage du bol bismuthé une déformation générale du quadrilatère duodénal qui semble attiré vers la droite.

Dans le cadran supérieur de l'abdomen le malade accuse souvent une douleur à la pression profonde du plexus solaire et plus à droite dans la zone duodéno-vésiculaire; mais ici la recherche des points douloureux est beaucoup plus difficile et il est rare que le malade accuse nettement un point douloureux fixe et unique sur l'image du duodénum ou sous le rebord costal. Toute la zone duodéno-vésiculaire est également sensible, traduisant la réaction péritonéale localisée au carrefour et qui englobe ces deux organes.

Lorsque les malades ont, la veille, absorbé trois prises de bismuth successives de 30 gr., à 16, 20 et 24 heures, on peut avoir un certain nombre d'aspects radiologiques que nous allons essayer de schématiser et qui indiquent la participation de l'inflammation des organes de la fosse iliaque droite au syndrome douloureux du cadran supérieur. Ces images radioscopiques ont été bien mises en valeur par notre maître, le Dr Enriquez, dans sa communication à l'Académie de Médecine sur les séquelles de l'appendicectomie, et c'est de sa communication que nous allons tirer les éléments de cette étude radiologique. Selon les malades on a assez souvent les deux types suivants: « La portion terminale « du colon ascendant au lieu de présenter une direc- « tion de bas en haut et de gauche à droite offre une « direction inverse, si bien que l'angle colique droit « est fortement ramené sur la ligne médiane dans la « direction du pylore, cet angle reste fermé dans la « position couchée alors que normalement il doit « s'ouvrir largement à angle droit. Cette fermeture de

« l'angle se prolonge souvent sur une certaine lon-
« gueur et se manifeste par un accolement en canon
« de fusil du colon ascendant et de la première por-
« tion du transverse qu'on n'arrive pas à séparer l'un
« de l'autre.

« Le cœcum peut être modifié dans sa forme, mais
« surtout on constate la fixité de son extrémité infé-
« rieure qui ne remonte pas dans la position couchée
« alors que l'angle colique droit remonte de 3 à 5 cen-
« timètres. Dans l'autre cas, au contraire, chez ceux
« qui présentent des symptômes de ptose gastro-
« colique, on trouve le gros intestin fortement ptosé,
« les deux angles abaissés, le transverse derrière le
« pubis. Le cœcum, très bas situé dans la position
« debout, est difficile à reconnaître dans son extrémité
« inférieure du fait que l'image opaque représente en
« cet endroit la résultante de trois portions différentes
« d'intestin situées respectivement sur trois plans
« différents : dernières anses grêles, cœcum, commen-
« cement du sigmoïde. Cependant, la comparaison des
« images obtenues successivement debout et couché
« permet le plus souvent de reconnaître les différents
« plans. Dans la position couchée, en règle générale,
« le colon remonte dans son ensemble, mais il faut
« néanmoins savoir que le transverse peut rester fixé
« en position basse sans qu'il soit retenu par la
« moindre adhérence. Par contre, le cœcum remonte
« très haut, l'ascension de son extrémité inférieure
« atteint et dépasse dix centimètres, réalisant ainsi le
« type décrit par Wilm sous le nom de cœcum mobile.

« Dans ces deux cas il existe un retard plus ou « moins marqué de l'évacuation iléale dans le cœcum, « qui se traduit par la visibilité des dernières anses « grêles contenant encore du bismuth 10 à 12 heures « après la dernière prise.

« Enfin, la palpation directe sous l'écran permet de « localiser exactement les principaux points douloureux : il n'est pas rare, en dehors de la région de la « cicatrice appendiculaire ou du point de Mac Burney, « de trouver d'autres points plus haut placés, ne correspondant nullement au trajet colique lui-même, « ne suivant pas ses déplacements, situés tantôt au-« dessus, plus souvent au-dessous de lui, et que dans « ces conditions on est en droit de rapporter à une « réaction péritonéale, le plus souvent à l'épiploïte, « surtout quand cette zone douloureuse correspond « exactement à la portion de la paroi qui a fourni la « sensation de rénitence, de corde et de tumeur ».

ÉTUDE RADIOGRAPHIQUE DES PERIVISCERITES

L'examen des malades par le procédé de la radiographie en série, utilisée pour la première fois par G. Cole (de New-York) en 1914, permet de pousser plus loin le diagnostic des périviscérites du carrefour sous-hépatique en recherchant la participation directe du duodénum par ses lésions, par ses spasmes et par ses déformations. Ce procédé, qui a permis de faire un si grand pas au diagnostic de l'ulcus duodénal, nous a permis, dans un grand nombre de cas où les symptômes cliniques faisaient penser à cette dernière affection, d'affirmer l'absence de l'ulcère et de constater la déformation du duodénum par brides ou par adhérences à laquelle nous avons pu attribuer les phénomènes douloureux, ce qui fut d'ailleurs confirmé par l'opération. Enfin cette méthode d'examen permet, par la présence de calculs dans le champ de la plaque, de reconnaître la participation de la vésicule au syndrome douloureux et d'attribuer celui-ci à sa véritable cause.

La technique de cet examen, qui a été mise en pratique en France surtout par M. Keller et bien mise au point par les diverses publications de cet auteur et par l'étude critique qui en a été faite dans le rapport du Congrès de Médecine de 1922 par MM. Enriquez et Gaston Durand, peut être décrite comme suit : Il n'y

a pas de règle absolue comme position à donner au malade; toutes les positions sont bonnes pourvu qu'elles montrent le bulbe dans sa totalité. C'est surtout la position en décubitus ventral avec légère inclinaison latérale droite qui permet d'obtenir le plus souvent ce résultat. Pour accélérer la réplétion du bulbe ou la rendre plus complète, M. Keller conseille de pratiquer systématiquement l'expression de l'antre pylorique par la pression digitale et le blocage temporaire de la deuxième portion du duodénum contre le rachis. Il n'y a pas de règle absolue concernant le nombre de clichés à tirer. Après avoir développé les premières plaques pour se rendre compte si la position du malade est bonne, on tire successivement plusieurs plaques. Le champ de celles-ci absorbe en général la totalité du duodénum, du pylore et d'une partie variable de l'antre pylorique. Il y a tout intérêt à modifier la position du porte-plaque afin de pouvoir comprendre dans celle-ci la zone vésiculaire pour s'assurer qu'elle ne contient pas de calculs. La condition indispensable pour l'obtention de bons clichés est l'immobilisation absolue du malade et la nécessité de posséder un appareillage permettant de prendre des radiographies instantanées. Dans ces conditions on doit obtenir une image duodénale extrêmement nette. Voyons comment nous pouvons interpréter les différentes images du duodénum données par cette méthode. Le bulbe duodénal bien rempli est remarquable par son opacité uniforme, la netteté de ses contours, ses bords légèrement convexes, sa base régu-

lière et linéaire (voir schéma 1). Mais si on ne constate pas cette intégrité du bulbe, on n'est pas en droit de porter le diagnostic de lésion péri-duodénale tant que n'est pas éliminé l'ulcère du duodénum. Souvent celui-ci se présente avec ses modalités propres et alors les niches ou les incisures qui le caractérisent habituellement ne sont pas d'un diagnostic plus compliqué, lorsqu'elles se renouvellent sans exception sur toutes les images d'une même série, que la lecture d'une radiographie gastrique (figure 4). Ce qui caractérise les spasmes purement réflexes du duodénum engendrés par une affection d'un viscère abdominal voisin (cholécystite calculeuse assez fréquemment), c'est que la déformation que présente le duodénum est « mouvante et intermittente » (Carman). D'ailleurs assez souvent la présence de calculs visibles dans le champ de la plaque en facilitera le diagnostic (schémas 2 et 3).

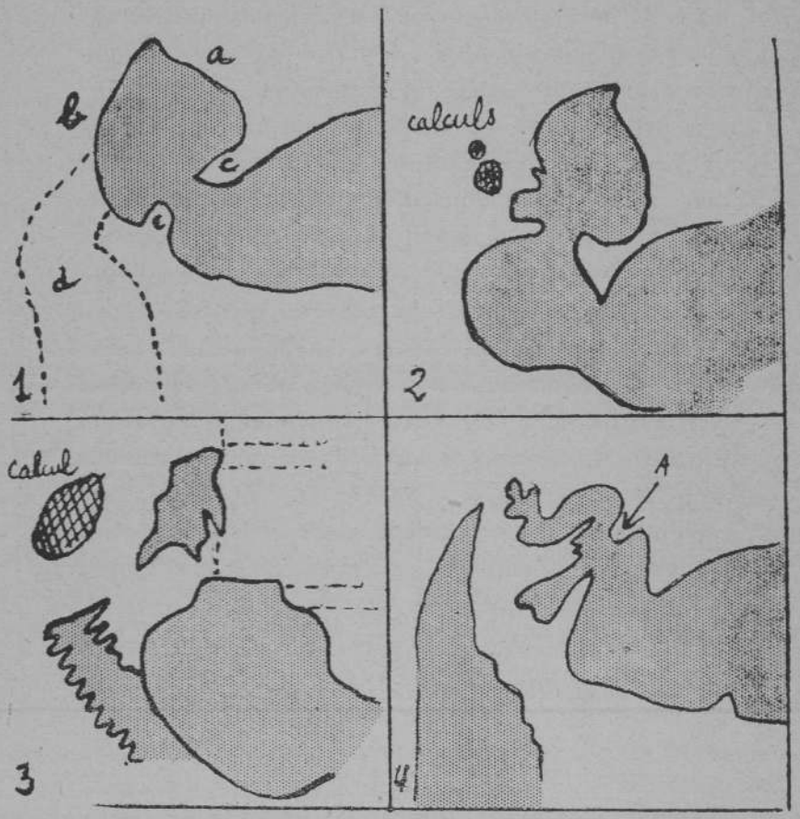


Schéma 1. — Bulbe duodénal normal.
a) Petite courbure du bulbe;
b) Grande courbure du bulbe;
c) Bord pylorique du bulbe;
d) Deuxième portion duodénum.
Schémas 2 et 3. — Spasme du duodénum par lithiase biliaire.
Schéma 4. — Ulcus duodénal de la petite courbure du bulbe en (*a*).

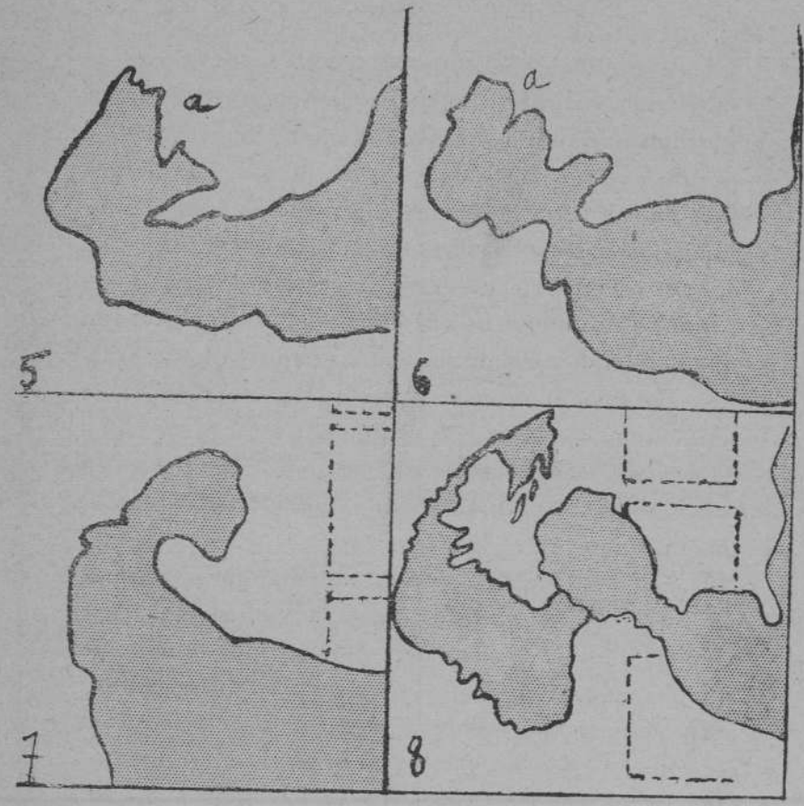


Schéma 5. — Bulbe irrégulier avec périduodénite.
Opération (Monod) : Périduodénite vélamenteuse avec (*a*) bride adhérente au foie et à la vésicule.
Schéma 6. — Malade de l'observation 8.
Diagnostic radiologique : Appendicite avec épiploïte, bulbe d'aspect floconneux.
Opération (Monod) : Confirmation (*a*), bride épiploïque.
Schéma 7. — Malade de l'observation 7.
Diagnostic radiologique : Bulbe petit à direction oblique en haut et en dedans se rapprochant de la ligne médiane, avec canal pylorique paraissant élargi et un peu flou.
Opération (Monod) : Epiploïte, bride collant la vésicule à la première portion du duodénum étranglant la base du bulbe. Périduodénite, péricholécystite.
Schéma 8. — Malade de l'observation 3.
Diagnostic radiologique : Duodénum très attiré à droite, surtout deuxième portion, avec bulbe régulier.
Opération (Prof. Gosset) : Appendicite, periduodénite.

Un remplissage incomplet du bulbe peut donner au duodénum un aspect lacunaire, mais en modifiant la position initiale du malade, en multipliant les radiographies, en le soumettant au besoin à un traitement par l'atropine, il est rare que l'on n'obtienne une image du bulbe qui permette d'affirmer son intégrité. Ce qui prédomine dans les périviscérites, c'est la déformation du quadrilatère duodénal. Souvent, du fait que l'adhérence a déterminé une coudure ou une traction du duodénum, une seule partie de celui-ci, le bulbe le plus souvent, est visible et c'est à peine si, au cours des nombreuses radiographies, on puisse en avoir une où les autres portions soient visibles (schémas 5, 6, 7).

Dans d'autres cas, le duodénum en entier se remplit mal, il présente un aspect floconneux et surtout il est fortement attiré vers la droite en déterminant un angle au voisinage de sa seconde portion. Cette image radiographique, dont le schéma n° 8 est assez typique, a été souvent rencontrée chez un grand nombre de malades soumis à l'exploration par la radiographie en série. Dans tous les cas, l'intervention chirurgicale a montré des brides unissant fortement le duodénum à la région sous-hépatique. Dans un grand nombre de ces cas également, en plus de cette déformation générale du bulbe, l'antre pylorique nous a paru dilaté. Mais cette méthode, pour précise qu'elle puisse paraître dans une courte description donne quelquefois des images que l'on ne peut interpréter avec nos connaissances actuelles. C'est une méthode qui a rendu

beaucoup de services pour la recherche de l'ulcus duodénal et qui en rendra encore plus pour le diagnostic des périviscérites du carrefour sous-hépatique au fur et à mesure que les médecins et les radiologues seront plus familiarisés avec les nombreuses images que peuvent présenter les duodénums pathologiques.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET ÉTIOLOGIE

En dehors de l'étude clinique et radiologique, les travaux du Dr Enriquez signalent, dans les cas d'épiploïte et de péri-appendicite, des modifications notables de la proportion globulaire : « Il existe toujours « une légère leucocytose qui oscille autour de 10.000 « et qui exceptionnellement atteint 14.000. La formule « leucocytaire, dans les cas où il s'agissait d'inflamma- « tion de la région péri-appendiculaire et surtout « d'épiploïte, comportait une augmentation modérée « des grands mononucléaires, 10 à 14 % au lieu de 5 « à 8 qui représente les chiffres normaux; enfin et « surtout avec une certaine constance, une éosinophi- « lie qui variait de 3 à 8 % au lieu de 1 à 2. Plus rare- « ment, nous avons constaté une simple augmentation « des polynucléaires ».

Le tubage duodénal par la méthode d'Einhorn ne nous a pas donné beaucoup d'indications utiles pour le diagnostic de la périviscérite, c'est d'ailleurs un examen purement négatif puisqu'il doit éliminer l'ulcère duodénal et la lithiase biliaire. Dans l'ulcère du duo-

dénum on devrait avoir un liquide jaune d'or, chartreuse, nettement sanglant ou présentant les caractères du sang à l'examen chimique. Après une série de recherches portant sur des malades, tous suspects de lésions duodénales, nous avons pu constater que celui-ci n'a pas une très grande valeur pour le diagnostic différentiel de l'ulcus duodénal avec la périviscérite. En effet, dans une certain nombre de cas où le diagnostic d'ulcus duodénal, révélé par la clinique et l'examen radiologique, avait été confirmé par l'opération, on trouva bien du sang dans le duodénum, mais chez beaucoup de malades présentant des troubles dyspeptiques variés, la même recherche avait fait découvrir du sang alors que l'opération ne montrait aucun ulcère. Dans la cholécystite, selon MM. Chiray et Sémelaigne, on constaterait des « modifications profondes tant macroscopiques que microscopiques « Macroscopiquement, le liquide duodénal devient « épais et anormalement visqueux. Il est trouble et « prend une couleur anormale jaune verdâtre, si bien « qu'il est comparé par Einhorn à de la purée de pois « liquide. Microscopiquement, le liquide, examiné « après centrifugation et étalement sur lame, contient « divers éléments qui sont :

« *a*) Des microbes à foison, cocci ou bacilles;

« *b*) De nombreuses cellules épithéliales provenant « de la desquamation de l'épithélium biliaire;

« *c*) Des globules blancs polynucléaires isolés ou en « paquets, dégénérés et pycnotiques, indice d'une sup-

« puration régionale et qu'on ne rencontre jamais dans « un liquide normal;

« *d*) Des cristaux de bilirubinate de chaux et de « cholestérine.

« Ces cristaux, qui existent en petit nombre norma- « lement dans le liquide duodénal, sont dans la cholé- « cystite calculeuse beaucoup plus nombreux et se « montrent de tailles très différentes, les uns petits « comme les précédents, les autres de dimension « double ou triple formant de minuscules agglomé- « rations cristallines. Ils constituent alors de petits « calculs en miniature. C'est malheureusement un « signe quelque peu fragile dont la constatation posi- « tive a une grande valeur en matière de lithiase « biliaire mais dont l'absence laisse traîner un doute « sur le diagnostic ».

On voit ainsi combien il est difficile d'établir le diagnostic des périviscérites du seul ensemble des méthodes cliniques et physiques, car ainsi que le disait Huchard en 1889 : « Un fait qui prime toute la sémio- « logie de ces périviscérites, c'est que, lors de leur dé- « veloppement, la maladie causale et principale s'ef- « face de plus en plus, elle en arrive à occuper en « clinique un rôle secondaire et l'attention n'est point « attirée vers elle, aussi les erreurs de diagnostic sont- « elles fréquentes. Comme second fait important en « clinique, il convient de dire que les périviscérites « ont un cortège symptomatologique très riche, trop « riche même, il y a trop de symptômes, de telle sorte « que l'on ne peut en établir l'enchaînement. Ce n'est

« que l'évolution qui permet de faire le diagnostic et « le pronostic. Les périviscérites sont surtout une ma- « ladie évolutive et la notion de l'évolution est peut- « être le meilleur symptôme, celui qui ne trompe pas, « mais qui manque au début ».

Les travaux de notre Maître, le Dr Enriquez, ont permis de ne pas attendre l'étude de l'évolution pour formuler un diagnostic précis du siège de l'affection. Si, dans certains cas, l'examen radiographique en série ne nous donne que des images dépourvues de netteté, qui ne permettent pas de conclure définitivement, l'étude précédente montre cependant que généralement un examen attentif et averti de ces radiographies éclaire le diagnostic suffisamment pour motiver l'intervention chirurgicale.

Ainsi donc, toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'un malade présentant un syndrome douloureux de la région sous-hépatique, nous devrons penser qu'il peut s'agir de périviscérite des organes de cette région. Nous baserons notre diagnostic sur l'interrogatoire qui nous apprendra que le malade a déjà subi une intervention chirurgicale sur l'abdomen; sur la recherche des signes physiques : points douloureux disséminés dans tout le flanc droit avec empâtement de la région péri-ombilicale droite et de la fosse iliaque droite dans le cas d'appendicite chronique; l'examen radiologique indiquerait par la déformation de l'estomac en haltère la présence possible d'adhérences de la région péri-pylorique ou péri-duodénale; l'examen globulaire du sang faisant voir la polynucléose avec

éosinophilie; le tubage duodénal qui permettra le diagnostic différentiel avec la lithiase biliaire; enfin, la radiographie en série qui pourra montrer des déformations du duodénum, soit son remplissage incomplet, soit des déformations du quadrilatère duodénal qui est attiré vers la droite.

L'*évolution* de ces périviscérites est différente selon les formes en vérité quelque peu artificielles que nous avons décrites. Mais presque toujours le début est insidieux, le malade n'attache qu'une faible importance aux malaises douloureux qu'il éprouve à ce moment et cela d'autant mieux que les douleurs revêtent une allure périodique où des crises de durée très variable, quelques jours à quelques mois, d'intensité très différente, depuis le ballonnement simple du ventre jusqu'à l'intolérance gastrique absolue, alternent avec des repos d'inégale durée. On ne peut pas affirmer qu'il y ait une corrélation entre la prolongation de cet état morbide et la fréquence ou l'intensité des crises, l'ensemble formant bien ce syndrome diffus sans types accusés, de formes aussi diverses et aussi dissemblables que nous avons décrites.

Moralement tous ces malades sont affectés: plus les crises sont nombreuses, plus l'état de neurasthénie devient marqué, entraînant avec lui toutes ses conséquences jusqu'à l'inanition volontaire. A une période plus avancée, la maigreur est assez prononcée pour faire croire à un état de cachexie, qu'aggravent encore la répétition des vomissements bilieux et alimentaires et la persistance de la constipation.

L'intervention chirurgicale qui amène la suppression des phénomènes douloureux entraîne aussi une amélioration du malade au point de vue général, mais au bout de peu de temps la reprise des symptômes du début entraîne évidemment une rechute complète.

Que deviennent ces malades ? Certainement chez un grand nombre le diagnostic ne peut être établi et le patient, successivement traité pour des affections diverses : coliques hépatiques ou néphrétiques, ptose viscérale, dyspepsie chronique, entéro-colite ne voit aucun terme à ses souffrances. La littérature médicale ne montre en tout cas, à notre connaissance, aucune complication sérieuse, à part les quelques sténoses pyloriques ou duodénales susceptibles d'une intervention chirurgicale. Lorsque le diagnostic ferme a été établi, l'ablation de ces adhérences entraîne immédiatement la suppression de tous les phénomènes douloureux, mais ce n'est la plupart du temps qu'un répit accordé aux malades; dans un délai variable mais souvent ne dépassant pas quelques mois on voit une récidive des symptômes, tels que nous les avons étudiés, et une nouvelle intervention serait nécessaire pour en amener la sédation. Comme le dit Seaman : « Libérer les adhérences est un terme malheureux, « dans des cas très mauvais il faut littéralement déchi- « rer ces brides et espérer que celles qui se reforme- « ront ne causeront pas plus de dommages. Parfois ce « procédé est suivi de succès, mais plus souvent « d'échec. En divisant soigneusement ces adhérences « ou ces brides transversalement, et en les suturant

« longitudinalement avec des morceaux de péritoine « ou d'épiploon ou par des greffes cutanées, on peut « guérir beaucoup de cas d'adhérences désespé- « rantes ». Dans tous les cas, de tous les traitements médicaux essayés jusqu'à ce jour, la diathermie seule, au dire de quelques auteurs, aurait donné des résultats satisfaisants.

Nous ne nous étonnerons pas de la diversité des opinions émises sur l'ÉTIOLOGIE des périviscérites si nous nous rappelons le caractère diffus de leurs symptômes et la multiplicité de leurs formes.

Dans une toute première période on n'attachait pas beaucoup d'importance à cette question des brides adhérentes, qui d'ailleurs n'étaient objectivées qu'à l'autopsie; on n'a pas cherché à ce moment à en établir l'origine véritable et celles qui ont été découvertes in vivo l'ont été fortuitement alors que l'opérateur estimait devoir se trouver en présence d'une cholélithiase biliaire.

Lorsque Riedel le premier a essayé d'établir une étiologie, il a pensé en trouver la cause dans les cholécystites biliaires avec ou sans calculs.

Tripier et Paviot, plus tard, en 1904, ont repris cette théorie qui était restée en faveur jusqu'à l'heure où, après avoir pensé à la péritonite vésiculaire, ils ont attribué l'origine des périviscérites à la péritonite tuberculeuse.

Walther par contre croyait que l'origine des péri-

viscérites était plutôt dans les lésions d'épiploïtes consécutives elles-mêmes à l'appendicite.

Hadges fait jouer un rôle important à la syphilis péritonéale dans ces cas, et à l'appui de sa thèse il donne les bons résultats obtenus par le traitement spécifique. De même Castex, de Buenos-Ayres, fait intervenir la syphilis héréditaire tardive qui agirait par des malformations congénitales syphilitiques. La preuve de l'origine syphilitique de ces lésions est difficile à faire, mais sans prêter à cette affection une part aussi prépondérante que celle que lui attribue ces auteurs, il semble que dans certains cas la syphilis ne soit pas étrangère à la constitution ou à l'aggravation de ces périviscérites.

Mais on peut dire que, grâce aux travaux de notre maître le Dr Enriquez, il semble aujourd'hui établi que l'origine des périviscérites doit être recherchée dans une affection des organes abdominaux eux-mêmes, soit à la suite d'une intervention sur ces organes, soit à la suite d'une inflammation chronique de ceux-ci.

Il nous semble bon toutefois de croire que certaines périviscérites doivent avoir pour origine des cholélithiases, ainsi que le pensèrent Riedel, Tripier et Paviot. Quant à la question plus localisée des périviscérites du carrefour sous-hépatique, celles-ci paraissent devoir être en majorité rattachées à une lésion d'appendicite chronique ou l'appendicectomie, sans oublier que dans un petit nombre de cas nous devrons penser soit à la cholélithiase, soit à une affection chronique, soit à une intervention chirurgicale sur les

autres organes de la cavité abdominale, et enfin, très exceptionnellement, peut-être, à la péritonite tuberculeuse.

Ainsi donc, dans ces périviscérites on pourra envisager deux sortes d'étiologie :

La première, par voie ascendante, comprendra les affections chroniques des organes sous-ombilicaux et les interventions chirurgicales sur ces organes.

La deuxième, par voie descendante, comprendra toutes les affections des organes du cadran supérieur droit de l'abdomen.

Mais que l'inflammation suive une marche ascendante ou descendante pour gagner le carrefour, c'est toujours par l'épiploon qu'elle se propagera.

Tous les malades dont les observations suivent et qui ont été choisis entre beaucoup d'autres comme plus typiques et aussi parce que la confirmation opératoire a été possible, montrent la fréquence insoupçonnée de l'origine appendiculaire. Nous y avons joint quelques observations résumées traduites de l'article de Seaman, afin de montrer que ces cas d'adhérences consécutives à l'appendicite chronique ou à une intervention chirurgicale ont déjà fait poser à d'autres auteurs la question, non résolue par eux d'ailleurs, de leur étiologie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme L... (Berthe), 40 ans.

Opérée pour appendicite en 1918.

A partir de 1919 a commencé à souffrir de l'hypocondre droit.

Douleur à prédominance nocturne, plus accentuée, au moment des règles. Avec une crise aiguë en juillet 1919. Juin 1920 sans ictère.

En 1921 : Crises paroxystiques très douloureuses huit jours avant période menstruelle. Dans l'intervalle, douleurs hypocondre droit 4 à 6 heures après les repas, surtout nocturnes, avec point dorsal correspondant.

Plusieurs examens radioscopiques.

Toujours estomac orthotonique, spasmodique, *dévié à droite.*

Pas de point douloureux franchement localisé à viscère : la zone douloureuse (spontanément et à la pression) répond à la région du carrefour, mais on trouve également des points douloureux échelonnés de bas en haut dans la fosse iliaque droite (partie supérieure).

Radiographie en série :

Bulbe petit à direction oblique en haut et en dedans

se rapprochant de la ligne médiane, avec canal pylorique paraissant élargi et un peu flou (schéma 7).

Tubage duodénal. Pas de sang dans le liquide extrait (recherche chimique).

Diagnostic clinique : Impossible à trancher entre :

Cholecystite chronique (lithiase ou non);
avec peri-cholecystique
et ulcus duodénal,

bien que les phénomènes douloureux révêtent surtout les allures de ceux observés dans la cholélithiase chronique.

Les antécédents (appendicite opérée).

L'existence de points douloureux situés dans la zone angulocolique droite peuvent mettre en cause l'existence d'épiploïte et de périviscérite ascendante.

Opérateur : Monod, Salpêtrière, 19 avril 1922.

Incision transversale sus-ombilicale qui conduit sur un épiploon adhérant au niveau de la cicatrice appendiculaire. Cet epiploon présente des coulées fibreuses inflammatoires et une véritable structure lipomateuse. On libère les adhérences pariétales et on arrive ainsi à l'extérioriser. Ceci fait on se porte du côté de la vésicule. Elle a son teint bleuté normal, n'est pas augmentée de volume; la palpation ne décèle aucun calcul. Elle est fixée par des adhérences épiploïques molles au duodénum. On les libère. L'exploration de l'estomac est négative; aucune trace d'ulcère ni d'adhérences. Le seul point à retenir est une forte bride qui parcourt la vésicule, va se fixer à la première portion du duodénum à 2 centimètres du pylore. Cette portion est distendue dans son ensemble. En dehors de cette bride aucune lésion.

Au total épiploïte ayant déterminé une adhérence cystico-duodénale. Cette adhérence libérée on fait une

résection de l'épiploon. Fermeture en 3 plans. Malade très grasse.

OBSERVATION II

M^me^ R... (Anne-Marie), 35 ans, sans profession. Entrée le 13 mars, Lamy n° 2.

La malade entre *parce qu'elle souffre de l'estomac.*

Le début de la maladie est difficile à déterminer. Cependant d'après la malade, ce n'est que vers l'âge de 33 ans, alors qu'elle se trouvait enceinte de son premier enfant, que les signes sont apparus. Depuis qu'elle est enceinte en effet elle ne peut plus rien manger car elle digère mal. Le matin en se levant elle a des nausées suivies quelquefois d'un léger vomissement bilieux; elle mange peu, ne prenant que des bouillies et du champagne. Constipation opiniâtre. La malade prend *deux-trois lavements* par jour. Cet état persiste pendant toute la grossesse qui est menée à terme. L'enfant pèse 3 kil. 500. Depuis quatre ans, la malade a maigri de 27 kilogs. Après sa grossesse, toujours elle ressent une pesanteur dans le ventre. Sensation de gonflement à l'épigastre, de constriction, 1 heure après les repas, la nuit, réveillant la malade.

Elle mange un peu mieux, mais ne prend que des légumes et des pâtes.

Deux ans après deuxième grossesse; la malade, très anémiée, prend des viandes hachées. Après leur ingestion sensation de faim douloureuse. Crises d'entérites mucomembraneuse se rapprochant de plus en plus avec la fin de la grossesse menée jusqu'au huitième mois, l'enfant pesait 3 livres et avait un teint jaune.

HM. *Depuis 5-6 ans* douleurs abdominales disséminées avec *crises paroxystiques.* Débâcles diarrhéiques (Melœna ?) Selles glaireuses.

Les jours suivants douleurs plus sourdes. Surtout le matin à 4-5 heures, crise plus intense. Parfois la *malade se plie en deux*. Et la douleur est calmée. Le matin à jeun et le soir à 4 heures, *sensation de faim douloureuse*. Calmée par l'ingestion d'aliments, la nuit cauchemars.

Actuellement se plaint de toujours souffrir dans la fosse *iliaque droite d'une façon permanente*. Douleurs épigastriques assez vives.

Etat nauséeux. Jamais de vomissements. L'entérite est disparue. Plus de glaires, la malade va à la selle régulièrement.

Antécédents. — A 15 ans se rappelle avoir souffert dans le côté droit. Brusquement, elle fut prise de crises très douloureuses nécessitant son alitement pendant une quinzaine.

La malade ne se rappelle pas avoir vomi, elle était très constipée.

Réglée à 15 ans, régulièrement, dysménorrhée.

Etant anémiée, on lui donnait des ferrugineux et leur emploi lui a déterminé des maux d'estomac, dit-elle.

A ce moment, elle cessa ce traitement.

Il y a deux ans, bronchite. Examen radioscopique du poumon, négatif; crachats négatifs.

Il y a un an a eu à l'Hôpital Cochin :

20 séances de diathermie;

20 séances de courant continu (Hirtz).

Ces séances l'ont soulagée un peu.

Examen : ventre souple.

Palpation : contraction du grand droit du côté droit.

Douleur à l'épigastre sans maximum précis.

Douleur assez vive à 2 centim. au-dessus du point de Mac Burney.

Examen du sang : leucocytes 16.000, poly 80; globules rouges 4.500.000, mono 14, lympho 6.

Radioscopie. — Légère stase à jeun, antre pylorique dilaté avec hyperkinésie. Point douloureux pylorique. Evacuation visible.

En position couchée, accolement du colon descendant et du transverse en canon de fusil. Point douloureux ileo-cœcal.

Radiographie en série. — Antre pylorique volumineux. Bulbe duodénal régulier mais étiré. Sommet en pointe avec canal pylorique excentrique.

Opération le 3 avril 1922 (Pr. Gosset).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On voit un estomac normal, une vésicule normale, de gros ganglions dans le mésentère. L'épiploon est grenu et une partie adhère à la pointe de l'appendice; celui-ci est petit. Voile du duodénum comme une membrane de Jackson. On résèque l'épiploon et on l'enlève d'un seul tenant avec l'appendice que l'on a écrasé d'abord. On l'enfouit, puis on regarde la terminaison de l'iléon; il y a une très légère coudure de Lane qu'on libère. Fermeture de la paroi qui est médiocre et les muscles atrophiés, à la soie.

Séquelles :

Actuellement elle présente les signes suivants :

Douleurs : Peu de douleurs. Bonne digestion. Cependant quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche.

Vomissements : N'a jamais eu de vomissements depuis son opération, mais a des renvois gazeux et surtout des aigreurs.

De plus la malade, après avoir mangé (2 heures environ), a des renvois liquides et aigres.

Selles : Normales; cependant il y a 3 ou 4 jours la malade a remarqué des glaires, des matières grasses non digérées.

Pas de sang dans les selles.

OBSERVATION III

M^me^ J... (Louise), 32 ans, couturière.

22 mars 1922. Entre parce qu'elle souffre de l'estomac. Souffre depuis 8, 10 ans de *douleurs* qui ne surviennent pas exactement tous les jours, que la malade compare à des *tiraillements douloureux,* puis qui deviennent des brûlures. Ces douleurs étaient, au dire de la malade, un peu moins accentuées que maintenant.

Dans sa jeunesse scarlatine et angine.

A. P. : Mariée il y a 10 ans. Pas de fausse-couche. Pas d'enfant. Métrite et salpingite aiguë il y a 6 mois (guérie).

A. H. : Mère vivante (coliques hépatiques. Ni frère, ni sœur.

Actuellement : Vers 5 *heures du matin,* la malade est réveillée par des *tiraillements d'estomac* (que la malade explique par une sensation de faim pénible différente de l'appétit qu'elle ressent au repas du soir. Durent jusqu'au petit déjeuner 8 h. 30 (café au lait et bouillies), sont calmés par le petit déjeuner ; une demi-heure après la malade éprouve une sensation de malaise très douloureuse qu'elle compare à un poids, à une torsion pour aboutir au bout de 2 heures à des *brûlures,* non irradiées, augmentées par le bicarbonate de soude, calmées par rien, sauf peut-être par des compresses chaudes.

Ces brûlures durent jusqu'au repas du midi qui les calment une demi-heure; après le repas du midi, douleur vive, puis tiraillement, puis 2 heures après brûlures qui sont accompagnées de renvois acides, jamais de vomissements, sauf quand la malade les provoque pour atténuer la douleur. Vomissements très acides mais ne la calment pas complètement. *Vers* 6 *heures* généralement les douleurs se calment. Ne souffre plus jusqu'au repas du soir.

Dîner 7 heures. — Vers 9 heures tiraillements et brûlures qui ne durent qu'une heure.

La malade s'endort et est réveillée tous les jours par des tiraillements douloureux vers minuit — 1 heure du matin. — Durent généralement une heure puis la malade se rendort jusqu'à 5 heures du matin. En dehors de ces douleurs, état nauséeux de temps à autre, rarement vomissements glaireux le matin. *Pas d'hématémèse, pas de Melœna.*

Appétit bien conservé, sans fringales. Pas d'amaigrissement. Malade légèrement constipée.

Examen. — Pas de résistance de la paroi.

Il ne semble pas qu'on trouve de points douloureux bien nets.

Toute la zone comprise entre le point xyphoïdien et le point épigastrique est douloureuse. Pas de douleur dans la région pyloro-duodénale.

Pas de points douloureux dans les fosses iliaques. Pas de points douloureux région postérieure.

Poumon : normal.

Cœur : petit roulement présystolique avec éclat du 2e bruit.

Radioscopie. — Estomac atonique, ptosé, se vidant bien, visibilité du duodénum, attiré à droite, point douloureux à ce niveau.

Dans la position couchée les points douloureux suivent l'image duodénale. Point douloureux appendiculaire.

Radiographie en série. — Duodénum très attiré à droite surtout 2e portion, bulbe régulier.

Opération (Dr Monod) : périduodénite. Appendicite.

OBSERVATION IV

Mlle G..., 51 ans, souffre de l'estomac depuis l'âge de

24 ans. A la suite d'une grippe, à cette époque, troubles dyspeptiques légers dont la malade ne peut préciser le caractère. Cet état a duré jusqu'en 1919, date à laquelle la malade a été opérée d'un fibrome. Depuis cette date souffre de douleurs gastriques, brûlures le plus souvent, extrêmement violentes, obligeant la malade à cesser tout travail. Les douleurs se renouvellent tous les jours, débutant sans horaire précis, tantôt la nuit, tantôt le matin, mais ne semblent pas sous la dépendance d'un repas. Ces phénomènes douloureux qui sont localisés à l'épigastre et à l'hypocondre droit durent quelquefois 4 à 5 heures sans que rien ne puisse les calmer. Les vomissements sont très rares. Un meloena aurait été constaté en juillet 1921. *Opérée le 17 août 1921.* Après une incision transversale on constate que la vésicule est normale mais présente quelques adhérences avec le duodénum. L'estomac est normal, non dilaté, pas de traces d'ulcère ni dans la petite courbure ni sur le pylore, ni sur le duodénum. On trouve le grand épiploon adhérant sur une très large surface à l'ancienne cicatrice; on libère ces adhérences, on respecte la plus grande partie de l'épiploon, l'appendice est minuscule, presque filiforme, mais très scléreux et adhérant par sa pointe. Appendicectomie, fermeture de la paroi en 3 plans à la soie.

Cette intervention n'a déterminé aucune sédation des phénomènes douloureux, car la malade a recommencé à souffrir le lendemain de l'opération. Ces crises s'accompagnaient de vomissements très fréquents. Enfin une poussée d'ictère est survenue qui a duré jusqu'à la *nouvelle intervention* le 30 septembre 1921, qui a permis de constater que de nouvelles adhérences s'étaient formées entre l'épiploon et la paroi. La vésicule était distendue et encapuchonnée d'un feuillet mince d'adhérence et étroitement accolée à la seconde portion du duodénum. Celui-ci est recouvert d'adhérences. On fait une cholecystec-

tomie ; dans le cystique, on trouve un petit calcul gros comme un quart de lentille. Cette nouvelle opération n'a amené aucun soulagement à la malade qui dit souffrir de plus en plus. Ces phénomènes douloureux sont les mêmes qu'avant l'opération. A l'examen le ventre n'est pas sensible superficiellement ni ne présente aucune réaction de défense. Le point épigastrique est indolore, l'hypocondre droit est légèrement sensible à la palpation profonde. On note une douleur vive située à trois travers de doigts à droite de l'ombilic.

OBSERVATION V

Mme J... (domestique). Entrée le 11 juillet 1922.

Malade entrée à l'Hôpital pour troubles digestifs, douleurs sans vomissements ni hématémèse remontant à 10 ans environ.

Début. — Il y a 6 ans. Contemporain d'un *ictère avec rétention* qui dura 3 semaines environ et s'accompagna de douleurs dans l'hypocondre droit et le creux épigastrique, mais ne revêtant pas le type colique hépatique.

Douleurs. — Continues, réveillant souvent la malade la nuit, et présentant des crises *paroxystiques* immédiatement après les repas.

Souvent ces paroxysmes se reproduisent une heure ou deux heures après les repas. Puis la douleur se calme ou se prolonge jusqu'au repas suivant qui la calme momentanément. Ces douleurs sont tantôt des brûlures, tantôt des sensations de lourdeur, irradient fréquemment sur la partie inférieure de la colonne dorsale, leur siège initial étant l'épigastre souvent à droite de la ligne médiane.

Fréquemment, sensations de faim apparaissant deux-trois heures après le repas et calmées après l'ingestion

d'aliments qui provoquent à nouveau un paroxysme douloureux.

Enfin la malade se plaint également de *douleurs légères* dans la fosse iliaque droite, jamais de vomissements, *mais quelquefois des nausées*, jamais d'hématémèse, ni de melœna. Constipation opiniâtre; l'appétit est conservé.

Evolution. — Ces symptômes ne se sont guère modifiés dans leurs caractères, mais ont augmenté d'intensité, s'accompagnant d'un amaigrissement assez marqué.

Depuis 6 ans elle a continuellement souffert, n'a jamais eu de période d'accalmie.

En mai 1922 on lui conseille une *appendicectomie* qui l'a seulement soulagée de ses douleurs, dans la fosse iliaque droite.

Antécédents : Néant.

Examen de l'abdomen. — Paroi souple. Points douloureux épigastriques dans la région du carrefour sous-hépatique, sous le rebord costal gauche et surtout dans la zone pancréatico-cholédocienne. Bon état général.

Tubage duodénal :

Echantillon I (gastrique). — Liquide assez abondant à jeun, lactescent neutre au tournesol Gunsbourg Weber.

Echantillon II (duodénal). — Liquide jaune ocre neutre au tournesol Weber positif. Le liquide renferme quelques filets de sang.

Radioscopie. — Estomac orthotonique attiré à droite, duodénum attiré à droite.

En position couchée visibilité persistante du bulbe.

Point douloureux paraombilical.

Radiographie en série. — Bulbe régulier, avec deuxième portion attirée à droite par sa partie moyenne.

Opération. — 28 août 1922 (Dr Desplas).

Incision transversale. La cicatrice de l'appendicectomie

se présente bien. L'épiploon est libre. L'estomac est un peu dilaté, abaissé; le pylore normal; duodénum un peu dilaté dans sa première et deuxième portion. Vésicule normale, mais à paroi plus épaisse que normalement ; il existe deux bandes latérales scléro-lipomateuses. On ponctionne la vésicule qui contient de la bile noire et du mucus. On fait une cholécystectomie rétrograde, on met un drain, et l'on ferme la paroi en trois plans.

OBSERVATION VI

M. G..., 30 ans.

Entré le 3 avril 1922. Entré pour fatigue générale très accusée. N'a pas fait la guerre.

Début 1912 : Digestions lentes et difficiles. Obligé de s'assoupir après ses repas.

En 1914 : Renvois acides, éructations, aérophagie, grosse pesanteur après le repas de midi. Jusque vers 4 heures de l'après-midi est incapable de rien faire. Pas d'idées. Pas de force, sang à la tête. Est obligé de s'étendre.

En 1915-16 : Série de crachats de sang, rouge d'abord, noir ensuite — 5 ou 6 crachats dans la journée, — se répétait 4 à 5 jours. Le médecin à ce moment-là n'aurait pas fait le diagnostic d'hématémèse.

En 1917-18 : Etant à la campagne a eu une période d'entérite, qui a cessé brusquement et n'est plus revenue depuis.

A consulté dans le service 3 une première fois en 1916.

En 1917 : Radioscopie effectuée (grande ptose gastrique) adhérences ?

On lui indique un régime : pâtes, purée, jambon, beurre frais. Eviter les sauces, les liquides.

Semble avoir encore restreint ce régime :

Repas de midi : un peu de jambon, beurre cru, purées, plus de pain.

Repas du soir : à peu près pareil.

Souffre surtout le jour après le repas de midi. S'étend, va mieux.

On lui a recommandé le port d'une ceinture qu'il supporte mal.

Entre parce qu'il se sent de plus en plus faible et que ses malaises après ses repas augmentent. La ceinture ne lui fait plus de bien; il dit avoir beaucoup maigri.

A l'entrée : Malade amaigri. très nerveux, agité, inquiet de son état; mauvaise respiration nasale.

A été opéré de végétations il y a 10 ans; respire cependant encore mal.

Souffre du foie depuis un an. Pesanteur hépatique ; léger point de côté. Foie légèrement augmenté de volume, débordant le rebord costal de un travers de doigt. Pas d'ictère.

Abdomen : Souple. Pas de résistance localisée. Point douloureux à la palpation région de Mac Burney. Corde cœcale. Autre point douloureux léger sus-ombilical.

Radioscopie. — Estomac hyperkinétique, évacuation rapide. Bulbe duodénal normal visible par intermittence. Stase assez prolongée de la baryte à l'angle D^2—D^3.

En position couchée, point douloureux appendiculaire.

Radiographie en série. — Bulbe se remplissant mal, d'aspect irrégulier et floconneux.

Opération. — 12 juillet 1922 (Prof[r] Gosset).

Incision médiane sus-ombilicale. Rien à l'estomac, ni au duodénum. L'épiploon est malade, très épais; il y a péricholécystite. On libère les adhérences et l'on va à l'appendice, qui est gros, long, à pointe enflammée, à

méso lipomateux, bien que le malade soit maigre; on l'enlève par écrasement et on l'enfouit à la manière ordinaire. On termine en reséquant l'épiploon, après l'avoir lié par 3 points en catgut. Fermeture de la paroi en un seul étage à la soie.

OBSERVATION VII

Mme D..., 42 ans.

Souffre de l'estomac depuis 20 ans. Troubles dyspeptiques. Augmentation des douleurs depuis 1 an ½. Amaigrissement de 9 kilogs en 4 mois.

Douleurs tardives augmentées par l'ingestion d'aliments. Brûlure. Réveillée brusquement la nuit par les douleurs.

Pas de vomissements. Pas d'hématémèse ni de melœna.

Constipation opiniâtre, syndrome côlique. Nausées.

Palpation profonde douloureuse au creux épigastrique et dans la région vésiculaire. Clapotage très étendu.

Radioscopie. — 12 avril 1921. Œsophage transit normal. Estomac présence d'une grosse quantité de liquide à jeun. Pas de stase barytée. Estomac en cuvette abaissé, élargi, contractibilité non exagérée ; pas d'évacuation pylorique constatée; ébauche d'aspect en haltère en décubitus horizontal. Gros intestin ptosé, fixité du colon transverse.

Diagnostic d'intervention. — Hypersécrétion à jeun sans stase. Hypersthénie; image en haltère; adhérences vésiculaires.

Opération. — 27 octobre 1921 (Pr Gosset).

Incision médiane sus-ombilicale. On voit un estomac d'aspect normal, sans aucune trace d'ulcère sur la face antérieure ni sur la face postérieure. On trouve partant

du col de la vésicule des adhérences lamelleuses formant une bandelette qui a 1 centimètre d'épaisseur et 1 centimètre de largeur et rattachant le col de la vésicule au duodénum à la jonction de la première et de la deuxième portion. On les libère, puis on va à l'appendice qui est scléreux et on l'enlève par écrasement; enfouissement. L'épiploon est un peu épaissi. Fermeture de la paroi à la soie.

Les jours qui ont suivi l'opération sensation de gonflement de l'estomac avec bouffées de chaleur au visage et vertiges. Trois mois après son opération sensation de brûlure depuis la langue jusqu'à l'entrée de l'estomac survenant deux à trois heures après la prise des aliments, durant deux heures irradiant sur le côté gauche de la colonne vertébrale. Selon l'importance du repas la douleur est d'apparition variable : une heure pour un repas léger, trois ou quatre pour un repas ordinaire. Jamais de vomissements mais des régurgitations; constipation opiniâtre, toujours des lavements.

Actuellement. — Le matin à jeun bouche très amère, a une brûlure dans la gorge et nausées. Petit déjeuner à 8 h. 30 ne calme pas cet état qui dure jusqu'à 10 heures. Déjeuner à 11 heures; les brûlures reprennent jusqu'à 14 heures, continuent jusqu'à 16 ou 18 heures. Dîner à 17 heures; dès qu'elle se réveille la nuit, sensation de brûlure qui lui dure jusqu'au matin. Pendant la journée elle est congestionnée et a des poussées congestives au niveau de son eczéma facial. Point douloureux surtout au creux épigastrique et à gauche sur la ligne médiane. Pas d'autres points douloureux dans l'abdomen.

Radiographie en série. — Bulbe régulier se remplissant bien, deuxième portion diminuée de calibre dans sa partie inférieure et attirée à droite (schéma 7); canal pylorique paraissant élargi.

Opération. — 26 mai 1922 (Prof[r] Gosset).

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve toute la face inférieure du foie adhérente à la première portion du duodénum. Le bulbe duodénal est normal. Il n'y a pas d'ulcère. On fait une G. E. P. avec une bouche large de 5 centim. La muqueuse de l'estomac est congestionnée. L'épiploon n'existe qu'à la partie moyenne, il est grenu et un peu lourd, mais on le laisse en place. Fermeture de la paroi à points séparés et à la soie.

OBSERVATION VIII

M. M..., (Jean), 23 ans, menuisier.

Début août 1915 : Le malade qui n'avait auparavant jamais souffert de l'estomac est pris brusquement le matin vers 10 heures pendant son travail d'un vomissement alimentaire abondant, puis d'un autre et vomit ainsi toute la journée.

Aucune douleur n'accompagne ces vomissements.

Diarrhée qui cède rapidement.

A ce moment ni hématémèse ni melœna.

A partir de ce moment : Commence à souffrir de son estomac et l'état qui s'installe durera sans grand changement jusqu'à aujourd'hui.

Le principal caractère de son état est de survenir par crises séparées par de longs intervalles de santé relative (1 mois ½ à 2 mois).

Caractères des crises : Douleurs. Siège région épigastrique; ligne ombilico-xyphoïdienne. Irradie vers le haut le long de l'œsophage. En ceinture correspond dans le dos (11[e], 12[e] dors.).

Sensation de couteau qu'on enfonce; étouffement, constriction. Le malade dit qu'il se plie en deux. Mais état de susceptibilité nerveuse manifeste. Durée 1 à 2 heures.

Moment en général *3-4 heures après les repas.*

A la suite : endolorissement de la région. Brûlures, gargouillement. Ventre ballonné.

Nausées : En dehors de ces crises typiques d'autres crises surviennent à n'importe quel moment — parfois la nuit — d'autres fois après le petit déjeuner du matin.

Dans l'intervalle des crises : rien.

N'a jamais eu de vomissements sauf celui du début.

Pas de Melœna.

En août 1921 on lui donne de la belladone. On lui conseille de manger de tout; n'est pas plus malade à la suite. Sauf au moment de ses crises il peut manger n'importe quoi pendant longtemps sans souffrir.

A l'entrée. — Malade non amaigri. Bon aspect général mais nerveux, préoccupé de son état, ayant, semble-t-il, tendance à l'exagérer.

Examen. — Ventre souple. Point douloureux sous-xiphoïdien.

Autre point plus net dans la région duodénale.

Autre point à la palpation dans la région de Mac Burney.

Se plaint de céphalées fréquentes, d'étouffements, de vertiges. Périodes d'insomnies neveuses.

Radioscopie. — Mars 1922. Estomac légèrement hypertonique, attiré à droite. Sensibilité solaire diffuse; douleur cœco-appendiculaire. Transit normal. Image en haltère en position couchée.

Radiographies en série. — Bulbe à l'aspect floconneux avec étranglement tout près du genou supérieur (schéma 6).

Opération. — 12 avril 1922 (Dr Monod). On fait une

incision transversale et on commence par explorer la région appendiculaire. On trouve un petit appendice non adhérent, mais recouvert sur sa face externe et sur la face inférieure du meso-appendice par un velum inflammatoire; on l'enlève par écrasement. L'appendicectomie faite on se porte du côté du duodénum; toute la région hépato-duodénale est occupée par un foyer de péritonite fibreuse où on distingue des brides allant de la vésicule au duodénum et surtout du hile du foie au bord supérieur du duodénum et du canal pylorique; immédiatement après le pylore, le duodénum est véritablement coudé par une bride résistante et quand on examine dans son ensemble ce velum sous-hépatique, le duodénum fait saillie à travers le voile fibreux; on libère toutes ces adhérences, on sectionne entre autres les brides duodéno-coliques, cystico-duodénales et on libère le duodénum au niveau de la deuxième portion. La palpation de la vésicule ne décèle aucun calcul, elle paraît normale de volume et de coloration. De même la palpation de l'estomac et du duodénum ne montre aucun point induré. On libère complètement le foyer d'adhérences et on ferme la paroi en 3 plans à la soie.

Les observations qui vont suivre ont été traduites de l'article de Seaman (de Bainbridge) sur l'étude de certaines adhérences membraneuses du cadran abdominal supérieur droit (*Medical Record*, 10 avril 1920, p. 523). Cet article, illustré de nombreuses figures que nous ne pouvons malheureusement reproduire ici, comporte un certain nombre d'observations résumées par l'auteur qui se rapportent trop à notre thèse pour que nous ne les traduisions ici.

Obs. I. — Femme 31 ans, célibataire, vue pour la première fois en novembre 1916, se plaint surtout « d'attaques bilieuses » depuis deux ans, d'abord chaque mois, mais pendant cette dernière année avant que je la visse la moyenne était une fois par semaine. Les attaques : malaise général, maux de tête, nausées, vomissements de bile, léger subictère des conjonctives, pas de douleurs. N'importe quel exercice dans la position debout amène une attaque. Constipation marquée. Pratiquement une invalide, incapable de travailler.

Examen physique. — Résistance au niveau de la vésicule; sensibilité sur la fin de l'iléon; état général mauvais.

Rayons X. — Colon ascendant dilaté avec ptose de l'angle hépatique. Stase colique surtout colon ascendant.

Traitement. — Six mois de régime, traitement médical et physico-thérapeutique pour éviter l'opération. Considérable gain de l'état général, mais persistance des attaques.

Opération. — On trouve une bride de la vésicule passant au-dessus du duodénum allant à l'épiploon gastro-colique. La traction sur le côlon transverse fait abaisser la vésicule, coude le conduit biliaire comprime le duodénum. Pratiquement le transverse est supporté par cette bride et la dilatation est près de ce point. Appendice sain mais fut enlevé. Adhérences enlevées de la manière habituelle en coupant transversalement et en suturant longitudinalement.

Séquelles. — Malade vue en septembre 1919, allait bien, faisait toutes sortes d'exercices depuis septembre 1917, les selles se sont régularisées.

Obs. III. — Femme de 30 ans, célibataire, vue pour la première fois en août 1915.

Antécédents. — Fièvre typhoïde en 1910, plusieurs crises hépatiques de fréquence augmentée.

Examen physique. — Sensibilité vésiculaire, augmentation légère du volume du foie, entéro-ptose généralisée.

Traitement. — Régime, médicaments et corset, exercices spéciaux pendant un an ; continue à souffrir de crises avec vomissements de bile et malaise gastrique.

Rayons X. — Entéro-ptose généralisée.

Opération. — Juillet 1916. Bride duodéno-jéjunale. Bride partant de la vésicule et rejoignant le grand épiploon par-dessus le duodénum. Bride iléo-pelvienne bien développée. Appendice adhérant à cette bande. Cœcum mobile. On traite les adhérences comme précédemment, on enlève l'appendice, on fixe le cœcum.

Séquelles. — On donne à la malade un corset pour ses intestins et un régime choisi pendant sa convalescence. Une sortie en automobile aussitôt après avoir quitté l'Hôpital causa une petite douleur. En avril 1917 elle allait bien, avait gagné 8 kilogs; plus de crises hépatiques; vue pour la dernière fois en septembre 1919, a pu travailler, se porte tout à fait bien.

Obs. IV. — Femme 31 ans, vue pour la première fois en janvier 1917.

Histoire clinique. — Appendice et ovaires enlevés. Utérus fixé six ans auparavant. Attaque aiguë d'amygdalite en 1916 suivie de teinte jaune de la peau et des conjonctives. En 1916, autre crise avec vomissements de bile, avec douleur dans l'hypocondre droit, au lit pendant cinq semaines.

Examen physique. — Sensibilité au niveau de la vésicule, du foie et la terminaison du grêle. Entéro-ptose générale, rein droit flottant. Un peu d'anémie secondaire. Pratiquement dyspepsie chronique.

Examen aux rayons X. — Adhérence pelvienne avec compression de la fin du grêle.

Opération. — Grand épiploon adhérant à la cicatrice de l'opération précédente qui s'étendait de l'ombilic à la symphyse. L'attache du grand épiploon fixait l'estomac et le côlon transverse à la paroi abdominale. Ceci explique l'attitude courbée en deux de la malade dans la position debout. qui avait débuté aussitôt après l'opération. Estomac ptosé, pylore normal. Bride en forme d'*y* attachée à la face inférieure du foie dans le centre de laquelle se trouvait la vésicule distendue, mais ne contenant aucun calcul. La bride était très forte, son attache supérieure consistait en trois branches, une à droite de la vésicule, une à la vésicule et l'autre à gauche. Elle arrivait presque à l'épiploon gastro-hépatique à travers le côlon transverse, coudure duodéno-jéjunale distincte, cœcum dilaté, bride péricholique le long du cœcum et du côlon ascendant. Utérus rétrofléchi et rétroversé. On traite les adhérences par les procédés habituels.

Séquelles. — Convalescence prolongée; vue en juillet 1919, va bien, a repris ses occupations, les anciens symptômes ont disparu.

Obs. V. — Homme 35 ans, vu pour la première fois en mars 1917.

Histoire clinique. — Crises à répétition d'appendicite parfois gêne dans l'hypocondre droit.

Examen. — Sensibilité appendiculaire, appendicite haut situé.

Opération. — Appendicite chronique avec adhérence. Bride de la vésicule de la base au sommet, par-dessus le duodénum jusqu'au grand épiploon en serrant étroitement l'épiploon qui était adhérent à la vésicule. On enlève l'appendice, on libère les brides par le procédé habituel.

Note de l'auteur. — On aurait pu considérer ces malades comme un cas léger et penser que l'enlèvement de l'appendice était suffisant. L'importance de ne pas toujours considérer l'appendice comme étant la cause de tous les troubles et la nécessité de faire un examen soigneux de tout l'abdomen est clairement démontrée dans ce double cas.

Séquelles. — Convalescence bonne. Vu la dernière fois en août 1919; le malade se sent bien et se porte bien.

Obs. VI. — Femme 25 ans, vue la première fois en avril 1916.

Histoire clinique. — En janvier 1914, crise d'appendicite; six semaines après, autre crise; en mars 1914, appendicectomie et fixation de l'utérus. Très constipée, a été bien pendant trois ou quatre mois après l'opération, mais depuis souffre du ventre, surtout région épigastrique. Eructations fréquentes, nausées, parfois vomissements.

Examen physique. — Distension gazeuse abdominale très marquée. *Opération,* estomac ptosé, la petite courbure est au-dessous de l'ombilic. Pylore et duodénum très dilatés. Forte bride du fond de la vésicule à l'épiploon gastro-hépatique par-dessus le duodénum et s'étendant à certains endroits jusqu'au pylore. Une grosse partie de la bride s'en allait jusqu'au côlon transvers. Cœcum très mobile et très élargi.

Séquelles. — Convalescence, vu pour la dernière fois en juillet 1919; conditions parfaites.

Note de l'auteur. — Dans cette observation beaucoup de signes furent imputés au cadran abdominal supérieur droit et les médecins consultés ont pensé à la possibilité de calculs vésiculaires. On n'en trouva aucun, d'où aucune nécessité d'enlever cette vésicule en bon état.

Obs. VIII. — Femme de 45 ans, vue en décembre 1915.

Histoire clinique. — Toxémie intestinale typique. Céphalée, petites crises hépatiques, quelques hémorroïdes.

Examen physique. — Vésicule énorme descendant jusqu'à l'ombilic.

Rayons X. — Cœcum énorme distendu.

Opération. — Vésicule énorme, coudure du cystique près de sa base par une énorme bride qui s'étend pardessus le duodénum jusqu'à l'épiploon gastro-colique. Cette bride fait tourner la vésicule quand une traction est faite sur le transverse, on enlève la vésicule, l'état de la malade est tel que l'on ne s'occupe que du carrefour.

Séquelles. — En février 1915, après une bonne convalescence a repris son travail; perdue de vue en 1917, mais en 1919, on a eu de bonnes nouvelles.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

I. — Les périviscérites du carrefour sous-hépatique, relevant anatomiquement d'un processus inflammatoire chronique, se manifestent par une symptomatologie clinique spéciale essentiellement polymorphe dans ses allures.

Ces périviscérites peuvent se localiser strictement autour d'un organe et dans ce cas le diagnostic différentiel clinique avec une affection primitive de cet organe est souvent difficile, parfois impossible. Ou bien au contraire la périviscérite peut englober plusieurs organes, créant une symptomatologie clinique diffuse qui ne permet pas de préciser l'organe qui est à l'origine de l'affection.

II. — Malgré le secours apporté à la clinique par la radioscopie et par la radiographie (radiographies instantanées en série) le diagnostic en demeure difficile dans un nombre assez élevé de cas.

III. — Leur étiologie paraît, comme leurs symp-

tômes, être multiples; mais, que l'origine soit parfois secondaire à une intervention chirurgicale sur les organes de l'abdomen, plus souvent dans une affection chronique d'un quelconque de ces organes, c'est dans un grand nombre de cas l'épiploon qui, lésé secondairement, constitue l'agent propagateur de cette inflammation.

IV. — Le traitement médical ayant donné beaucoup de mécomptes, l'intervention chirurgicale préconisée a toujours amené des résultats satisfaisants, souvent durables, parfois temporaires.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. *Revue de Chirurgie*, 1920, page 177.

AKE AKERLUND. — Etude radiologique sur le bulbe duodénal. *Acta Radiologica*, Stockholm 1921.

ALEX. — Sténose du pylore d'origine biliaire. *Thèse de Lyon*, 1896.

ANDRIEUX. — Obstruction intestinale par péritonite tuberculeuse. *Thèse de Rennes*, 1914.

AVIERINOS. — Sur la différenciation de quelques points douloureux de l'abdomen. *Thèse de Montpellier*, 1922.

BOUQUET DE LA JOLINIRRE. — Adhérences péritonéales douloureuses. *Thèse de Lyon*, 1896.

BOUVERET. — Sténose du pylore adhérant à la vésicule calculeuse. *Revue de Médecine*, 1896.

CASTEX (Mariano). — *La Syphilis tardive*, Buenos-Ayres 1920.

CHIRAY et SEMELAIGNE. — La cholécystite non calculeuse. *Presse Médicale* n° 64, 12 août 1922

DELPEUCH. — Péritonite chronique dite simple. *Archives de Médecine* 1884.

DE MARTEL et ANTOINE. — *Fausses Appendicites.*

DREYFUSS (Achille). — Contribution à l'Etude du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite. *Thèse de Lyon*, 1902.

DURET. — Des lithiases biliaires latentes et de leur traitement chirurgical. *Deuxième Congrès Médical de Chirurgie*, 1897.

DUVAL et GATELLIER. — Sténose chronique du duodénum par malformation congénitale du péritoine. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Tome II, n° 3, p. 145.

ENRIQUEZ et GOSSET. — Synd. vésiculo-duodénal. *Journal de Chirurgie*, n° 12, 1914, p. 659.

ENRIQUEZ. — Séquelles de l'appendicectomie. *Académie de Médecine*, 16 mars 1920, et *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, Tome XCI, 11e cahier, 1920, p. 397.

ENRIQUEZ et Gaston DURAND. — Le syndrome radioscopique gastro-iléal dans le pylorisme. *Presse Médicale*, n° 60, 25 août 1920.

— Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum. *Congrès Français de Médecine*, Paris 1922.

ENRIQUEZ, Gaston DURAND et KELLER. — Diagnostic des affections du carrefour sous-hépatique par la méthode des radiographies en série. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 juin 1922.

ENRIQUEZ, M.-E. BINET et G. DURAND. — Les crises gastro-vésiculaires. *Presse Médicale*, 9 juillet 1921, n° 55, page 541.

ENRIQUEZ et P.-A. CARRIÉ. — Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. *Journal Médical français*, janvier 1923.

EVE. — Diagnostic de l'ulcère du duodénum. *Société Royale de Médecine de Londres*, 14 décembre 1909 et 11 janvier 1910.

FAUJAS. — Des péritonites plastiques adhésives d'origine tuberculeuse. *Thèse de Lyon*, 1918.

FŒRSTER. — Considérations cliniques et radiologiques

sur les processus adhésifs périduodénaux. (*Mitteilung. a. d. Grenzgebieten der Med. and Chir.*, Tome 32, cahier 5, 1920.

FRAENKEL. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Centrablat. F. Chirurgie*, n° 35, 1892.

GAILLARD. — Obstruction pylorique par calculs biliaires. *Presse Médicale*, 1895.

GARDER. — Dilatation gastrique par altération de la tunique musculaire consécutive aux inflammations répétées du péritoine gastrique. *Thèse de Lyon*, 1911.

GOSSET. — Duodénum ou vésicule. *Journal de Chirurgie*, 1914, p. 524.

GRÉGOIRE. — Des pseudo-appendicites chroniques. *Paris-Médical*, 1919.

HADGES. — La stase intestinale chronique. *Presse Médicale*, n° 54, 4 août 1920.

HALLER. — Des épiploïtes en rapport avec l'appendicite et la colite chronique. *Thèse de Paris*, 1912.

HUCHARD. — Les périviscérites. *Bull. Médical*, 1889 ; *Journal des Praticiens*, déc. 1897.

HOREAU. — Les périviscérites et la tuberculose fibreuse généralisée aux séreuses. *Thèse de Paris*, 1905.

ISAACS. — Membranus périentéritis. *New-York Journal*, 26 octobre 1912.

JACKSON. — Membranus péricholitis. *Surgery Gynecology and Obstetric*, 1909, Tome 9, p. 278.

JEAN. — Les périduodénites. *Archives de Médecine et Pharmacie Navales*, 1919, Tome 108.

LABADIE, LAGRAVE et DEGUY. — Les périviscérites. *Arch. de Médecine*, oct. 1898, p. 385.

LEJARS. — Sténose pylorique par bride tuberculeuse. *Société de Chirurgie*, 1913.

— Fausse lithiase biliaire. *Semaine Médicale*, 26 novembre 1913.

LENORMAND et OBERLIN. — Péritonite plastique de la fosse iliaque droite (péricholite de l'angle hépatique). *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, T. 21, n° 3, septembre 1913, page 191.

LETULLE. — Lésion de l'épiploon dans l'appendicite chronique. *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1899.

LEVREY. — Rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1898.

MARCHAIS. — Du rétrécissement du pylore d'origine biliaire. *Thèse de Paris*, 1897.

MAMET. — Etude clinique des cirrhoses syphilitiques du foie. *Thèse de Lyon*, 1921.

NICAISE. — Des adhérences péritonéales douloureuses. *Revue de Chirurgie*, 1897.

OPPEL. — Périduodénite adhésive chronique. *Vratchenaïa Gazeta St-Pétersbourg*, Tome 21, n° 13, 30 mars 1914, p. 525.

PARTURIER. — De l'ulcus duodénal vrai non compliqué. *Revue de Médecine*, 1921.

PAVIOT. — La péritonite tuberculeuse plastique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1920.

RECHAD. — Contribution au diag. précoce du cancer de l'estomac par les méthodes récentes (radioscope, cytoloque). *Thèse de Paris*, 1917.

RIEDEL. — Sur les inflammations adhésives qui se produisent dans la cavité abdominale. *Arch. F. Klin. Chirurg.*, Tome 47; *Semaine Médicale*, 1894, p. 515.

— Péritonite chronique non tuberculeuse. *Deuxième Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*, 1898 ; *Semaine Médicale*, 1898, p. 175.

SAVY. — Les fausses affections viscérales par péritonite adhésive primitive. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1922.

SEAMAN (de Bainbridge). — Les brides membraneuses

dans la région de l'hypocondre droit. *Médical Record*, 10 avril 1920.

TRIPIER et PAVIOT. — *Les péritonites sous-hépatiques d'origine vésiculaire*, 1904.

TUFFIER et MARCHAIS. — Du rétrécissement du pylore d'origine hépatique. *Revue de Chirurgie*, février 1897.

VERGRIETTE.— Sur les causes d'erreurs dans le diagnostic différentiel de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1889.

VIRCHOW. — *Virchow's archiv.*, 1853, p. 281.

WALTHER. — Sur une forme d'appendicite chronique avec adhérence épiploïte. *Douzième Congrès Français de Chirurgie*, 1898.

— Epiploïte chronique. *Dix-neuvième Congrès Français de Chirurgie*, 1906.

— Epiploïte ayant continué à évoluer après ablation de l'appendice. *Société de Chirurgie de Paris*, 28 décembre 1910.

WEIL (M^lle^ Marguerite). — Points douloureux abdominaux et les erreurs de diagnostic qu'elles comportent. *Thèse de Paris*, 1911.

WILKIE (d'Edimbourg). — Ileus duodénal chronique (par compression du pellicule mésentérique). *The British of Surgery*, octobre 1921, n° 34, p. 204.

WILM. — Appendicite chronique, mobilité du cœcum et constipation. *Société des Sciences Médicales et Naturelles de Heildeberg*, 24 janvier 1911.



Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine Paris.