

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Traumatisme et appendicite

On a beaucoup discuté il y a quelque temps, à la Société de Chirurgie, la question de savoir si un traumatisme pouvait déterminer une appendicite. C'était à propos d'un travail de MM. Jeanbrau et Anglada (de Montpellier) qui se terminait par les conclusions suivantes:

" 1^e L'accident ne crée pas l'appendicite :

" 2^e L'accident détermine seulement une poussée aiguë au cours d'une appendicite chronique souvent latente; il peut même déterminer une poussée aiguë avec perforation, péritonite et mort ;

" 3^e Le délai maximum qui permet d'accepter le rôle du traumatisme dans la crise d'appendicite ne doit pas dépasser deux jours."

La plupart des chirurgiens se rallièrent à ces conclusions. Seul, M. Guinard, se fondant sur plusieurs observations personnelles, reste partisan de l'appendicite traumatique qui selon lui pourrait, très exceptionnellement, il est vrai, se produire, le traumatisme provoquant une péri-appendicite par l'intermédiaire d'un hématome. Un de ses élèves, M. le Dr Milan, vient de faire à ce propos une revue d'ensemble dans laquelle il résume très complètement cette question intéressante. (Thèse Fac Paris).

De l'analyse très minutieuse de tous les faits publiés, M. Milan conclut tout d'abord que, dans certains cas très exceptionnels, l'appendice peut être contusionné par un choc violent sur la région iléo-cœcale, mais que ces faits rentrent dans le groupe des contusions abdominales et n'ont rien à faire avec l'appendice véritable.

En réalité il n'existe pas d'appendicite traumatique, au sens littéral du mot, car l'appendicite est une maladie infectieuse qui ne saurait être créée par un traumatisme. Mais chez un individu dont l'appendice est sain, un choc sur la région iléo-cœcale peut prédisposer à l'appendicite, en provoquant autour de l'organe une réaction péritonéale ou la formation d'un hématome, avec adhérences consécutives, qui, par voie de rétraction, fixeront l'appendice en mauvaise position et le mettront en état de réceptivité pour les infections causant habituellement l'appendicite.

Cette appendicite d'origine traumatique se révélerait à une époque plus ou moins éloignée de l'accident.

D'autre part, chez un appendiculaire avéré ou latent, un coup sur l'abdomen, un effort, une chute ou un simple ébranlement du corps, sont susceptibles de réveiller l'inflammation chronique, de déterminer et même d'aggraver une crise aiguë.

Dans ce cas, la crise survenue de suite après un traumatisme n'est que le réveil d'une appendicite préexistante. Dans ces cas, on retrouve, soit des antécédents ap-

pendiculaires, soit, à l'examen du vermium, pratiqué peu de temps après l'accident, des lésions d'appendicite ancienne, telles que : adhérences ou calculs.

M. Milian ajoute que les " traumatismes indirects : efforts, exercices, ébranlements du corps, paraissent agir sur un appendice malade en produisant probablement des ruptures d'adhérences ou même la déchirure de la paroi appendiculaire amincie et fixée à un organe voisin.

Ces traumatismes, souvent très légers, ne jouent qu'un rôle purement occasionnel. Ils réveillent chez un appendiculaire une inflammation chronique et font éclater une crise aiguë.

Ce n'est donc que dans des conditions tout à fait exceptionnelles que le traumatisme peut être considéré comme une cause possible d'appendicite.

Influence des médicaments sur la sécrétion lactée

On recherche depuis longtemps quelle peut être la valeur galactogogue de certaines substances ou de certains médicaments et il paraît impossible de s'entendre à ce sujet. C'est ainsi que tandis que certains médecins voient la graine de cotonnier augmenter considérablement la sécrétion lactée, d'autres constatent qu'elle n'a aucune action. MM. Plauchu et Garin publient dans le *Lyon Médical*, No 31, une communication faite à la Société des Sciences Médicales, d'où il résulterait que la plupart des galactogogues n'ont aucune influence sur cette sécrétion, pas plus d'ailleurs que n'en ont les agents contraires.

Dans une première série d'expériences, l'antipyrine, le pyramidon, le sulfate de quinine, le bromure de potassium, la caféine, le laudanum, la digitale, la canne de Provence, le fer, l'arsenic, le chloral, le camphre, la liqueur de Fowler, le lactagol, les purgations salines, avaient été étudiés, et de l'examen des courbes de sécrétion lactée, ainsi que de l'examen clinique des nourrissons, résultait ce fait qu'aucun des agents médicamenteux précités n'avait eu d'influence excitatrice ou dépressive sur la sécrétion lactée. De plus, les agents toniques employés à dose thérapeutique chez la nourrice n'avaient en rien été nuisibles au nourrisson.

Au cours de cette communication, quelques membres présents signalèrent à MM. Plauchu et A. Rendu, comme agents anti-galactogogues éprouvés, l'iodure de potassium et la belladone.

M. Plauchu a repris cette étude portant sur ces médicaments et sur quelques autres, et voici les résultats.

L'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, ne produit aucune modification de la sécrétion lactée. Il passe certainement dans le lait, car tous les nour-