

diminution progressive. Cette forme est d'évolution favorable, mais il faut faire des réserves sur deux complications possibles : l'*occlusion intestinale* qui peut être produite par agglutination des anses, coudure ou bride rétractile ; les *troubles digestifs et de nutrition* résultant de la « pérviscérite » scléreuse qui diminue la valeur fonctionnelle du foie, de l'intestin, de la rate, des reins.

**Traitement.** — Le traitement médical (aération, alimentation, iodures à dose faible et continue) a une action réelle. Nous avons obtenu deux bons résultats, dans des cas qui avaient été jugés dignes d'une laparotomie refusée par les malades, par l'emploi quotidien d'un suppositoire contenant 15 centigrammes de naphthol camphré. — Mais le traitement de choix, c'est la laparotomie ; elle est surtout efficace dans les formes *ascitiques chroniques* ; elle donne quelques succès dans les formes *fibro-caséuses* ; elle n'est indiquée dans les formes *fibreuses* que par des accidents d'occlusion ou de compression ; elle est à peu près impuissante dans les formes *miliaires aiguës* : elle est contre-indiquée par des lésions pulmonaires avancées. — Comment la simple ouverture du ventre agit-elle pour guérir ? Cette influence n'est point encore précisée ; il est probable que l'irritation directe du péritoine par l'air, par la lumière et l'assèchement, stimule la phagocytose, accroît les sécrétions bactéricides et favorise le processus fibro-adhésif qui est la condition anatomique de la guérison.

## CHAPITRE VI APPENDICITE

### ARTICLE PREMIER

#### APPENDICITE AIGUE

**Définition.** — Dans la fosse iliaque droite, prennent naissance des lésions et des symptômes de gravité variable, qui ont pour point de départ l'*infection de l'appendice iléo-cæcal*.

L'appendicite est définie cliniquement par l'ensemble de ces troubles morbides, qui se classent en trois ordres : 1° des *symptômes douloureux* ; 2° des *phénomènes inflammatoires* plus ou moins localisés ; 3° des *symptômes subjectifs et généraux*.

Les *symptômes douloureux* sont constitués par une triade : 1° une douleur localisée en un point qui répond au milieu de la ligne joignant l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic (point de MAC BURNEY) ; 2° une contraction de défense de la paroi qui se tend et s'indure lorsqu'on la palpe ; 3° une hyperesthésie cutanée superficielle de la région (signe de DIEU-LAFOY).

Les *phénomènes inflammatoires* sont plus ou moins circonscrits à la fosse iliaque : ils traduisent l'infection et la réaction péritonéales, provoquées par les lésions appendiculaires ; et leur diffusion, comme leur gravité, se subordonne à ces lésions mêmes (qui peuvent être simplement inflammatoires, ou perforantes, ou gangréneuses) et à leur degré de septicité.

Les *symptômes subjectifs* sont de deux sortes : les uns portent sur les fonctions du tube digestif (vomissements qui sont dus à l'inflammation péritonéale, constipation qui peut aller jusqu'à l'occlusion et qu'il faut rattacher à la paralysie de l'intestin) ;

les autres sont des symptômes généraux qui se traduisent surtout par les modifications du pouls, moins nettement par celles de la température, par les altérations du facies, la dépression des forces et qui se rattachent à une toxi-infection née du foyer appendiculaire.

**Historique.** — Ces accidents locaux et généraux étaient autrefois attribués à la *typhlite*, c'est-à-dire à l'inflammation limitée du *cæcum*, ainsi dénommée et décrite en 1838 par un médecin allemand, le professeur ALBERS, de Bonn. — Quand l'inflammation aboutissait à des collections purulentes de la fosse iliaque, on admettait qu'elle s'était propagée, soit au tissu cellulaire péricæcal, car on considérait le *cæcum* comme incomplètement enveloppé de péritoine — ce qui était la *paratyphlite* — soit au péritoine avoisinant — ce qui constituait la *pérityphlite*. Ces tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque étaient la forme sur laquelle l'attention des cliniciens s'était d'abord fixée, et les mémoires de MÉNIÈRE, de HUSSON, de GRISOLLE, dans le premier quart du XIX<sup>e</sup> siècle, ne visaient que ces abcès iliaques péricæcaux.

A l'heure actuelle, il est établi que la typhlite est l'exception : l'appendicite est la règle. — Il faut rapporter à des lésions primitives et causales, perforantes ou non, de l'appendice vermiciforme les différentes modalités de l'affection : 1<sup>o</sup> formes bénignes, sans fièvre, sans vomissements, sans plastron ni tuméfaction iliaque perceptible, représentant l'ancienne typhlite stercorale ; 2<sup>o</sup> péri-appendicites enkystées, péritonites suppurées plus ou moins circonscrites, répondant aux anciens phlegmons iliaques ; 3<sup>o</sup> enfin, à l'extrême limite de gravité, infections péritonéales diffuses et septiques, de marche suraiguë, autrefois inconnues étiologiquement et désignées comme péritonites essentielles. Mais, à toutes ces formes un caractère est commun, qui permet le diagnostic : c'est la triade douloureuse de DIEULAFOY, douleur appendiculaire, défense musculaire et hyperesthésie cutanée locale.

En 1827, un médecin français MÉLIER avait affirmé nettement le rôle des lésions appendiculaires, apporté à l'appui de cette conception quatre observations personnelles dont trois sont

des exemples d'appendicite perforante avec péritonite suraiguë et la quatrième un cas d'appendicite à rechutes, et pressenti le traitement chirurgical par l'ablation de l'organe.

Il a fallu un demi-siècle pour que cette notion des lésions initiales de l'appendice se substitue à celle de la typhlite. Ce sont les Américains qui ont eu ce mérite : en 1886, le mémoire fondamental de REGINALD FITZ réunit 257 cas d'appendicite perforante ; en 1889, MAC BURNEY propose le terme d'appendicite et rapporte huit observations d'excision à *chaud*, pendant la crise ; par leurs opérations précoces et multiples, les chirurgiens des États-Unis établissent que, lorsqu'on intervient pour des symptômes attribués à une typhlite, c'est toujours l'appendice qu'on trouve primitivement lésé.

Ce mouvement opératoire, issu d'une pathogénie renouvelée, ne tarda point à pénétrer en Europe. Dès 1887, TRÈVES, qui, contrairement à l'opinion ancienne, avait démontré que le péritoine enveloppe complètement le *cæcum* et, partant, substitué la notion de la péritonite à celle de l'inflammation du tissu cellulaire péricæcal, fit la première excision d'appendice, à *froid*, après deux crises. — Chez nous, il faut surtout citer : le livre de TALAMON, qui fut, dès 1892, la première vulgarisation de la question ; la série des communications de DIEULAFOY qui a précisé la symptomatologie, mis en relief les phénomènes d'infection propres à l'appendicite, décrit les accalmies trompeuses de l'infection, et contribué fortement à faire entrer dans la pratique le traitement chirurgical ; l'article clair de JALAGUIER, les études de BRUN, QUÉNU et BROCA, les monographies de LEGUEU, de MONOD et VANVERTS. — En Suisse, la contribution opératoire de ROUX a été décisive ; en Allemagne, le nom de SONNENBURG est prépondérant.

**Anatomie pathologique.** — L'appendicite est une infection de la muqueuse et du tissu adénoïde sous-muqueux de l'appendice.

La lésion essentielle est la folliculite, c'est-à-dire l'inflammation des follicules lymphatiques qui, au-dessous de la muqueuse de l'organe, forment une nappe discontinuée de tissu réticulé. BLAND SUTTON, en 1891, eut le mérite de mettre en relief l'im-

portance de ce tissu adénoïde appendiculaire et d'expliquer, par la présence d'un amas lymphoïde, comparable à l'amygdale, au niveau de l'extrémité de l'organe, la prédominance des lésions initiales en ce point. Les recherches de QUÉNU, de PILLIET et COSTES, de SIREDEY et LEROY, de LETULLE, confirment cette notion de la *folliculite infectieuse*, lésion primitive et prépondérante.

1° LÉSIONS de L'APPENDICE. — Selon la virulence des microbes, l'infection de l'appendice peut : 1° se borner à une infiltration inflammatoire des tuniques de l'organe ; 2° ou aboutir à des foyers de suppuration qui occupent l'épaisseur de ses parois et peuvent les perforer ; 3° ou bien enfin frapper l'organe de gangrène partielle ou totale. — D'où, trois formes que TALAMON avait distinguées : 1° *appendicite pariétale*, appendicite hyperémique de LETULLE, *appendicitis simplex* de SONNENBURG ; 2° *appendicite suppurée*, *appendicite perforante*, de SONNENBURG ; 3° *appendicite gangréneuse*.

I. *Infiltration inflammatoire*. — Dans l'*appendicite pariétale*, les follicules clos, infiltrés, peuvent atteindre un volume six ou huit fois plus considérable qu'à l'état normal et arrivent à former une nappe confluyente ; autour d'eux, dans les cavités lymphatiques périfolliculaires, de nombreux leucocytes s'accumulent : il y a donc *folliculite* et *périfolliculite*. — Un fait important a été mis en lumière par PILLIET : les lymphatiques efférents de la zone périfolliculaire sont les agents de la propagation des lésions. C'est par une véritable *lymphangite interstitielle* que l'infection du tissu lymphoïde sous-muqueux gagne les parois en pleine épaisseur, atteint la surface péritonéale et donne même lieu aux lésions péricæcales. — *Folliculite* ; *périfolliculite* ; *lymphangite transpariétale* : voilà donc comment l'infection débute et chemine dans l'épaisseur de l'appendice.

II. *Suppuration*. — Ces lésions hyperémiques peuvent se résoudre ou passer à l'état chronique ; plus souvent, elles ne sont que la première étape d'une *appendicite suppurée*. — Au centre du follicule, la suppuration apparaît, résultant de la destruction des éléments lymphatiques par les toxines et, peut-être, de

l'oblitération des vaisseaux que compriment les leucocytes agglomérés dans le follicule.

Voilà donc un petit abcès folliculaire constitué. Il peut s'ouvrir et se vider vers la muqueuse, créant ainsi une ulcération ; ou bien, il évolue vers la séreuse : du foyer purulent folliculaire, les leucocytes infectés migrent vers le péritoine en suivant les voies lymphatiques. Ainsi se forment des abcès en pleine paroi, qui, en se développant, peuvent crever des deux côtés, vers la muqueuse et la séreuse, ouvrant une perforation qui inocule le péritoine.

La perforation siège surtout à la pointe de l'appendice ; rarement à la base, vers l'union du cæcum et de l'organe. Elle revêt des formes multiples : pertuis punctiforme ; trou ovalaire à bords déchiquetés ; parfois, perte de substance circulaire qui ampute tout un tronçon d'appendice. — Mais cette lésion perforante n'est point nécessaire pour que la séreuse soit infectée : il suffit que, par l'intermédiaire des lymphatiques, les microbes soient conduits à travers la paroi jusqu'au péritoine (*lymphangite térébrante* de LETULLE) ; ce n'est là qu'un cas particulier des péritonites par migration transpariétale des microbes intestinaux, sans perforation. — La contamination de la séreuse ainsi réalisée se traduit, suivant sa gravité, soit par des fausses membranes et des adhérences, soit par de menus abcès sous-péritonéaux, soit par des foyers plus ou moins circonscrits de péritonite suppurée.

III. *Gangrène*. — Dans la production de la gangrène, l'infection joue le rôle prépondérant, par rapport aux conditions mécaniques qu'on a voulu faire intervenir : telles, par exemple, la compression des parois de l'appendice par un calcul enclavé et la gêne circulatoire qui en résulte pour les vaisseaux comprimés. — Perforation et gangrène sont des lésions identiques qui ne se distinguent que par la gravité : elles résultent de la destruction des éléments anatomiques de la paroi par les toxines microbiennes. — Parfois, l'appendice, tout entier nécrosé et détaché du cæcum, flotte, dans le foyer péricæcal, sous l'aspect d'un cylindre flasque et grisâtre ou d'un lambeau méconnaissable. Ordinairement, la gangrène est partielle : au

voisinage de la pointe de l'appendice, on trouve des plaques irrégulières, blanches, grisâtres ou bronzées, qui entament plus ou moins la circonférence de l'organe.

2° LÉSIONS PÉRI-APPENDICULAIRES. — L'appendice est un organe intrapéritonéal. Donc, le péritoine participe presque toujours à l'infection appendiculaire : soit qu'une lésion perforante ou gangréneuse l'inocule gravement, soit que l'inflammation gagne la séreuse par la voie de la lymphangite interstitielle. Et, suivant la gravité même de cette contamination, la forme de la réaction péritonéale variera.

Quand la séreuse est peu gravement infectée, la réaction péritonéale prend la forme adhésive (*péritonite plastique*). De même qu'au contact d'un noyau de pneumonie se fait une pleurésie fibrineuse, de même le péritoine s'enflamme au contact d'une appendicite pariétale, avant toute perforation : des fausses membranes se déposent et s'organisent qui soudent les anses voisines, l'épiploon, la paroi, et forment, autour de l'appendice affecté, une zone de défense, qui limitera les périls de la perforation si elle se produit. C'est la *péritonite plastique, fibrineuse* : elle peut se terminer par résolution ; mais, souvent, dans ces adhérences l'infection persiste, prête à se réveiller sous forme de rechutes.

I. *Péritonite enkystée purulente ; abcès péri-appendiculaire.* — Un exsudat séro-fibrineux ainsi formé, sans lésion perforante, peut subir la transformation purulente. Mais, ordinairement, la suppuration succède à la perforation de l'appendice : quand la formation des adhérences a eu le temps de circonscrire l'infection, un abcès péritonéal péri-appendiculaire en résulte.

*Contenu de l'abcès.* — Le pus s'enkyste au milieu des adhérences, glutineuses et fragiles quand elles sont récentes, denses et solides dans les cas anciens. Il est fétide (fétidité due surtout à des microbes anaérobies), peut contenir des débris d'appendice, des gaz, des concrétions fécales : ces concrétions que Firz a trouvées 118 fois sur 148 cas, sont ovoïdes, allongées, grisâtres et brunâtres, de consistance parfois dure, d'un volume variant depuis celui d'un pépin de raisin jusqu'à celui d'un noyau de datte ou de prune ; elles sont formées sur

place par des matières organiques et des sels minéraux, surtout phosphate et carbonate de chaux, agglomérés par du mucus.

*Siège de l'abcès.* — Selon la situation de l'appendice, l'abcès a un siège variable : 1° *iliaque*, c'est-à-dire occupant la partie inférieure de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope quand l'appendice est dirigé en bas ; 2° *pelvien*, où le pus tend à s'accumuler entre le rectum et la vessie ou le vagin chez la femme, quand l'appendice est engagé dans le petit bassin ; 3° *péri-ombilical* quand, par la déviation en avant et en dedans de l'appendice, le pus se collecte au-dessus et en dedans de la fosse iliaque, vers l'ombilic ; 4° *rétro-cæcal* ou *lombaire*, lorsque l'appendice remontant en dehors ou en arrière du cæcum, le pus tend à faire tumeur dans l'espace costo-iliaque ou dans la région lombaire ; le cæcum est alors au contact de la paroi et la sépare de l'abcès qui,

limité en avant par le gros intestin, en arrière par la paroi latérale et postérieure de l'abdomen, peu propice à une perforation spontanée, tend à s'ouvrir dans le cæcum ou dans le colon.

L'abcès appendiculaire peut se compliquer de *suppurations secondaires*. Ce sont : 1° des *abcès circonvoisins* qui se font dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque ou dans le psoas ; 2° des *abcès à distance* qui s'observent, soit dans le péritoine

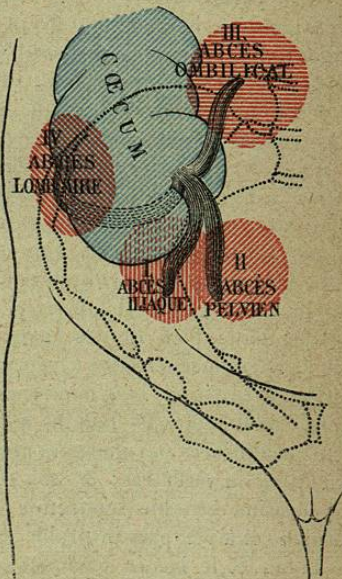


Fig. 146.

Schéma montrant les diverses situations de l'abcès péri-appendiculaire.

sous forme de poches purulentes multiples reliées au foyer cæcal par une traînée de péritonite, soit dans le foie par l'intermédiaire d'une thrombose de la veine porte et sous l'aspect d'abcès alvéolaires, soit dans la plèvre par infection lymphangitique, exceptionnellement dans le rein, le poumon, le cerveau, la parotide.

II. *Péritonites généralisées*. — Autour de l'appendice précocement perforé, la formation des adhérences a été insuffisante : l'infection n'est point alors limitée et la péritonite est *d'emblée généralisée*. — Dans d'autres cas, un foyer appendiculaire d'abord enkysté, se rompt dans la grande cavité abdominale : c'est une *péritonite généralisée secondaire*.

Selon la virulence des microbes — colibacilles et streptocoques surtout — et selon l'efficacité du processus de défense de la séreuse, grâce aux adhérences néoformées, on peut observer : 1° une *péritonite suppurée avec adhérences*, aboutissant tantôt à de grandes poches enkystées qui occupent le quart, le tiers et plus de la cavité abdominale, tantôt à des foyers multiples, indépendants, bien limités entre les anses (péritonite cloisonnée, péritonite généralisée à foyers multiples de Nélaton) ; 2° une *péritonite suppurée sans adhérences*, forme rare, où le pus se trouve dans toutes les régions de l'abdomen, les anses étant à peine agglutinées par quelques exsudats plus ou moins concrets, jaunâtres ou verdâtres ; 3° une *péritonite septique diffuse*, sans suppuration véritable (septicémie péritonéale de Mikulicz), forme suraiguë et à peu près incurable, où l'on trouve seulement dans les flancs et le bassin quelques cuillerées d'un liquide louche, analogue à du bouillon sale, et les anses distendues, parfois à peine rouges, sans adhérences, l'infection hyperseptique ayant diffusé sans limites dans tous les recoins de la cavité péritonéale.

**Étiologie et pathogénie.** — 1° CAUSE PREMIÈRE : INFECTION. — *L'appendicite a pour cause première l'infection de la cavité et des parois de l'organe. Ordinairement, cette infection résulte de la propagation d'une infection intestinale ; mais, dans quelques cas, elle peut se faire par voie sanguine (appendicite au cours d'embarras gastrique, d'angine, de grippe, de staphylococcie). Le colibacille et le streptocoque sont les agents principaux de*

cette infection ; mais ils sont souvent associés à d'autres microbes (staphylocoques, pneumocoques) ainsi que l'ont montré les recherches de MACAIGNE et ACHARD ; dans les formes gangréneuses et fétides, les microbes anaérobies jouent un rôle pathogène considérable (établi par VEILLON et ZUBER).

Donc, le fait essentiel, c'est l'infection. Or, cette infection trouve, dans des dispositions anatomiques spéciales à l'appendice, des conditions propres à la localiser sur cet organe et à aggraver ses effets ; mais ce ne sont là que des éléments secondaires dans la pathogénie de l'affection.

2° CAUSES SECONDES. — I. *Corps étrangers*. — Ainsi interviennent les corps étrangers qui furent jadis considérés comme la cause de tout le mal. Un fait est réel : il est fréquent, dans les deux tiers des cas environ, de rencontrer dans la cavité de l'organe enflammé ou dans l'abcès appendiculaire des calculs constitués par des boulettes stercorales plus ou moins dures, libres, ou fixées, ou enfermées dans une cavité plus ou moins close ; il est exceptionnel de trouver un véritable corps étranger, pépins de fruits, arête de poisson, fragment d'os, poil de brosse à dents. Longtemps, on a considéré ces corps étrangers ou ces calculs comme les agents de l'appendicite perforante aiguë, soit qu'ils agissent d'une façon exclusivement mécanique, soit qu'ils interviennent pour mettre en jeu la virulence des microbes. TALAMON le premier a compris que ces conditions mécaniques ne sont que des auxiliaires à l'infection, cause essentielle. Une scybale formée dans le cæcum pénètre dans l'appendice et s'y enclave : un double effet en résulte : d'une part, oblitération de l'orifice de l'organe, accumulation des produits de sécrétion de la muqueuse, pullulation des microbes normaux dans ce liquide stagnant et exaltation de leur virulence ; d'autre part, compression des parois de l'appendice, gêne circulatoire et diminution de vitalité de l'organe, propice aux lésions graves.

II. *Rôle de la cavité close*. — Mais la présence du calcul n'est point constante et ces concrétions, loin de venir du cæcum, sont formées sur place dans l'appendice : double objection à la théorie de TALAMON. — Un fait est incontestable : quand on transforme expérimentalement en une cavité close, une anse

intestinale, comme l'a fait KLECKI, ou un appendice, comme l'ont réalisé ROGER et JOSUÉ, les microbes normaux, ainsi emprisonnés, acquièrent une virulence exaltée et peuvent devenir un foyer de poly-infection dont le streptocoque et le colibacille sont les principaux agents.

Tel est le principe de la « cavité close », brillamment défendu par DIEULAFOY : « l'appendicite, résume-t-il, ou si l'on préfère, les accidents appendiculaires ou péritonéaux résultent de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en une cavité close dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés. » — Or, le canal étroit de l'appendice peut se clore : 1° par un calcul oblitérant sa lumière; 2° par la tuméfaction aiguë ou le rétrécissement fibreux de ses parois; 3° par un changement de direction de l'organe, flexion, coudure, torsion, enroulement.

Objection fondamentale à la théorie exclusive de la cavité close : *l'appendice enflammé reste fréquemment perméable*; ROUX, BRUN, JALAGUIER et nous-même l'avons constaté. — Donc, l'oblitération n'est qu'un facteur de gravité de l'infection appendiculaire; et cette infection demeure la cause primordiale : elle trouve dans la structure histologique de l'appendice et dans ses dispositions anatomiques des causes secondes. Si l'infection, venue de l'intestin ou par voie sanguine, a de la prédilection à se fixer sur l'appendice, cela tient à l'abondance du tissu lymphoïde de l'organe : « la comparaison de l'appendice avec l'amygdale reste, comme le dit ROUX, ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique ». — Cette localisation est encore sollicitée par les déviations de l'organe, par ses altérations antécédentes, par la présence des concrétions fécales. — Si la virulence de ce foyer infectieux s'exalte parfois au point de détruire les parois de l'appendice en quelques heures et de créer une septicémie péritonéale sans remèdes, il semble bien que la stagnation microbienne et la mise en tension de l'organe oblitéré interviennent comme éléments d'aggravation, expérimentalement démontrés.

**Symptomatologie.** — 1° SYMPTOMES CARDINAUX DE L'APPENDI-

CITE. — Ces symptômes sont de trois ordres : 1° la *triade douloureuse* de DIEULAFOY (douleur au point de MAC BURNEY, défense musculaire et hyperesthésie cutanée); 2° des phénomènes de réaction locale, de péritonite péri-appendiculaire, variables comme diffusion et comme gravité; 3° des symptômes généraux qui traduisent la toxi-infection née du foyer appendiculaire. — Quelle que soit la forme clinique de l'appendicite, c'est la triade douloureuse qui est le phénomène constant, l'indice grâce auquel nous pouvons dépister l'appendicite et la distinguer des affections dont elle prend le masque. Les deux autres groupes de symptômes varient selon la modalité clinique de la maladie.

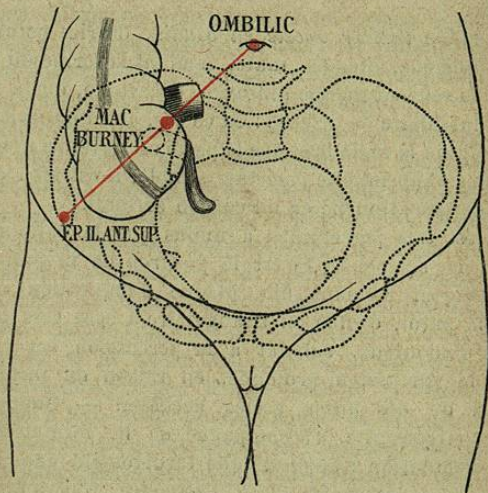


Fig. 147.

Point douloureux de MAC BURNEY.

1. *Symptômes douloureux.* — La douleur appendiculaire n'atteint jamais d'emblée toute son acuité : elle est graduellement croissante. Elle a un lieu d'élection caractéristique, soit comme point initial, soit comme foyer maximum qui persiste quand la

douleur s'étend à tout le ventre : c'est le *point de Mac Burney*, situé au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; la pression d'un doigt le couvre et il répond probablement à l'insertion caecale de l'appendice. A ce niveau, une légère pression vous permettra d'apprécier la contraction de défense, la tension et l'induration des muscles de la paroi ; par le chatouillement, vous y provoquerez une hyperesthésie à fleur de peau — signe de DIEULAFOY — hyperesthésie qui se traduit par des mouvements réflexes parfois douloureux et étendus à une partie de la paroi abdominale.

II. *Signes locaux*. — Dans la région iliaque, la péritonite péri-appendiculaire donne lieu à une tuméfaction plus ou moins perceptible.

La prétendue *tumeur caecale en boudin*, décrite comme une masse cylindrique, allongée, mate, moulant la forme du caecum n'est le plus souvent qu'une sensation décevante, due à la contraction musculaire de défense : en ce cas, elle disparaît quand on a anesthésié le malade et que la paroi est devenue souple. De même, dans l'appendicite pariétale simple, il est bien difficile de sentir l'organe tuméfié en un cordon arrondi.

Ce qui est très perceptible, à moins que le ballonnement du ventre ne s'y oppose, c'est le *plastron* de la péri-appendicite plastique, formant une plaque d'induration iliaque, doublant la paroi, ovoïde ou triangulaire à base vers la ligne médiane, douloureux, submat à la percussion superficielle, sonore à la percussion profonde, en raison du météorisme du caecum ou des anses grêles accolées. — Quand cette péritonite circonscrite s'accompagne de la formation d'un abcès, la fluctuation n'apparaît que tardivement dans le plastron et il convient de ne point l'attendre : tout au plus, si l'abcès est immédiatement derrière la paroi, perçoit-on une sensation de résistance ; parfois, la pression du doigt détermine à ce niveau la formation d'un godet d'œdème, signe de KEEN ; la dilatation des veines sous-cutanées, la paresse des réactions vaso-motrices (un sillon tracé du doigt reste pâle plus longtemps que de l'autre côté, FORGUE) sont deux indices probables de la suppuration sous-jacente.

III. *Symptômes généraux*. — Ils sont ceux d'une infection péritonéale et varient selon la gravité de la diffusion de cette infection : 1° *phénomènes de paralysie intestinale*, le malade ne rendant ni matières, ni gaz ; 2° *vomissements* qui, d'abord alimentaires, tendent à devenir porracés et verdâtres, puis fécaloïdes, analogues à une purée jaunâtre ou brune ; 3° *facies abdominal* aux traits grippés, aux yeux creux et cernés, au nez pincé ; 4° *altération du pouls*, dont la fréquence, la faiblesse et les irrégularités sont d'une plus importante signification, dans l'appréciation de la gravité du cas, que la courbe thermique ; 5° la *fièvre*, qui peut en effet manquer dans certaines formes hypertoxiques où l'on voit même la température tomber au-dessous de la normale.

**Formes cliniques**. — 1° APPENDICITE SIMPLE, CONGESTIVE OU PLASTIQUE, SANS SUPPURATION. — Dans un premier groupe de faits, l'inflammation de l'appendice n'a point franchi le premier degré : elle est restée congestive ou plastique.

Au cours d'une bonne santé, ou après un ou deux jours de maladie, un sujet, qui souvent souffre de troubles dyspeptiques ou bien a fait des écarts de régime, ressent dans la fosse iliaque droite une douleur subite et vive. Il présente un état nauséux, quelques vomissements ; le ventre est un peu ballonné ; la constipation est la règle ; la température est à 38°, 38°,5 ; le pouls de 80 à 90. On dirait un embarras gastrique fébrile, une grippe légère ; mais le diagnostic est souligné par l'exploration de la triade douloureuse, et par la perception, d'ailleurs variable, d'une tuméfaction de la région iliaque. Après trois à cinq jours, parfois après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures, ces symptômes s'amendent ; la douleur s'atténue puis disparaît, même à la palpation ; les vomissements ont cessé promptement ; quelques gaz sont rendus, puis les matières ; l'induration de la fosse iliaque, due aux exsudats péri-appendiculaires, tend à se résorber et peut disparaître en douze à quinze jours.

2° APPENDICITE AVEC PÉRITONITE LOCALISÉE ET SUPPURATION CIRCONSCRITE. — Un malade a présenté, pendant quelques jours, les signes d'une appendicite simple ; mais la rémission