

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 cœcale 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 cœcale en boudin*, décrite comme une masse cylindrique, allongée, mate, moulant la forme du cæcum 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 cæcum 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

ne s'effectue pas, la douleur s'exagère, la température tend à s'élever. Ou bien, d'emblée, les symptômes sont gravement accusés : la douleur initiale a été brusque et intense ; les vomissements abondants. Au-dessus de l'arcade crurale, en arrière de la paroi contracturée, vous reconnaissez la présence d'une tuméfaction profonde, plus ou moins étalée, à contours mal bornés, rénitente à ce niveau. Percutez superficiellement : vous trouverez une zone de submatité, rarement de matité complète ; par la percussion profonde, vous rencontrerez la sonorité intestinale ; vous trouverez encore une zone sonore dans le cas où le foyer purulent est rétro-cæcal.

L'existence d'une induration iliaque ne vous suffira pas pour affirmer l'abcès ; car il est possible de voir se résoudre de larges gâteaux péri-appendiculaires, restés plastiques. Mais, cliniquement, elle devient une présomption suffisante que l'exsudat péri-appendiculaire tourne à la purulence, quand surtout l'ensemble des symptômes généraux est concordant : en premier rang, augmentation du pouls qui ne suit point toujours le tracé de la température ; fièvre persistante ou accentuée à 38°, 3, 39° et au delà ; altération des traits ; constipation opiniâtre ; augmentation du nombre des globules blancs du sang — signe de Sonnenburg. Plus tard, les signes locaux de la suppuration s'accusent : œdème de la paroi ; dilatation des veines sous-cutanées ; fluctuation ; mais le chirurgien ne doit pas attendre ces indices tardifs. — Abandonné à lui-même, l'abcès péri-appendiculaire peut faire effraction dans la grande cavité abdominale et produire une péritonite généralisée ; ou bien, s'ouvrir dans le rectum, le cæcum ou une anse grêle ; ou bien enfin pointer vers les téguments.

3° APPENDICITE AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Elle peut : apparaître d'emblée, traduisant immédiatement sa gravité par des allures bruyantes ; ou bien succéder à la rupture d'un abcès péri-appendiculaire et se manifester alors par la brusque recrudescence des symptômes, d'abord atténués. — En quelques heures, en moins d'une journée, les douleurs de la fosse iliaque droite ont acquis une haute intensité ; le ventre s'endolorit en différents points, dur, tendu, partout sensible au

palper, ce qui expose à l'erreur. Mais, si l'examen est méthodique, on reconnaît que la triade douloureuse a son point maximum dans la région appendiculaire, de même que l'interrogatoire y révèle ordinairement l'apparition du point initial. Les vomissements se répètent avec ténacité, d'abord rejetant boissons et potions, puis porracés, verdâtres, enfin noirâtres et fécaloïdes ; le ventre se ballonne ; aucun gaz, aucune matière ne passent ; le facies se grippe ; le pouls est petit, rapide, dépressible ; la température ne suit pas parallèlement l'accélération du pouls ; et cette dissociation est un indice grave de l'intoxication générale.

Dans la *péritonite généralisée septique*, ces phénomènes d'intoxication sont prépondérants : la constipation est souvent remplacée par une diarrhée putride ; les vomissements peuvent manquer, le météorisme être peu considérable, le thermomètre s'élever peu au-dessus de la normale ou tendre même à l'hypothermie ; mais la respiration est accélérée et superficielle ; le pouls petit, irrégulier, fréquent au point de devenir incomptable ; le facies est terreux et plombé : le malade peut garder son entière connaissance ou entrer dans un subdélire ; il ne dépasse pas, en général, la troisième ou quatrième journée.

Au contraire, quand il ne s'agit pas de cette septicémie péritonéale suraiguë, quand la séreuse peut réagir et cloisonner l'infection, soit en une grande poche purulente, soit en des abcès multiples, le facies est moins altéré, le météorisme constant, le cœur moins promptement atteint dans son énergie de contraction, la température plus souvent au-dessus de la normale : le malade peut résister jusqu'au cinquième, septième et même dixième jour ; quelques cas peuvent même aboutir à la guérison, par une intervention qui évacue cet abcès multiloculaire du péritoine.

Diagnostic. — Douleur localisée et prépondérante au niveau du point de Mac Burney ; défense musculaire ; hyperesthésie cutanée : voilà la triade douloureuse qui doit diriger le diagnostic et permettre de reconnaître l'appendicite sous ses diverses modalités.

Trois types cliniques sont justement distingués par DIEULAFOY : la forme intense et bruyante ; la forme en apparence

bénigne ; la forme larvée. Dans la première, le diagnostic est rendu facile par la netteté et la violence des symptômes : douleurs, vomissements, accélération du pouls, fièvre. Parfois, la constipation, les vomissements, le ballonnement du ventre font croire à une occlusion intestinale : la triade douloureuse, l'élévation thermique, la rapidité extrême du pouls aident à préciser le diagnostic.

Le second type, à douleurs iliaques peu violentes, à fièvre médiocre, à vomissements rares ou peu durables, était autrefois considéré comme représentant la typhlite stercorale : nous savons aujourd'hui qu'il répond à des lésions appendiculaires qui, malgré l'absence de symptômes bruyants et fébriles, peuvent aboutir dès le troisième ou quatrième jour à des accidents péritonéaux mortels.

Dans les formes larvées, la triade douloureuse symptomatique est présente ; mais il faut la chercher avec d'autant plus de soins que d'autres phénomènes la dissimulent. Maintes fois, l'affection grâce aux vomissements alimentaires et bilieux qui dominant la scène, prend le masque d'une banale indigestion ; ailleurs, elle est défigurée par une diarrhée septique qui fait croire à une entérite.

S'il faut reconnaître l'appendicite sous ses formes trompeuses, il faut, par contre, se garder de voir partout cette affection. Ainsi l'entéro-colite et la typhlo-colite sont souvent confondues avec l'appendicite : elles s'en distinguent par la diffusion des douleurs qui, sous forme de coliques intestinales, occupent les trois portions du côlon ; par l'absence ou la moindre netteté de la triade douloureuse ; par la présence, dans les selles, de mucosités, de membranes ou de sable, par la fréquence des dérangements intestinaux dans les antécédents du malade.

Pronostic. — La gravité des lésions est loin d'être en rapport avec la gravité apparente des symptômes cliniques : voilà un fait essentiel qui doit dominer le pronostic et le traitement. Dans les formes graves d'emblée, il faut se méfier des améliorations qui peuvent survenir après quelques jours : les douleurs s'atténuent, les vomissements disparaissent, la température s'abaisse ; mais la petitesse et la fréquence du pouls, son

désaccord avec la température, la respiration haletante, le facies mauvais, doivent vous mettre en garde contre cette « accalmie trompeuse » ; si l'on n'opère pas, la mort est prochaine ; et, si l'on opère, on trouve déjà, comme le dit CHAMPIONNIÈRE, le péritoine envahi, le pus sans limites. — De même, telle appendicite revêt au début une apparence bénigne, avec fièvre légère, vomissements peu marqués, mais douleurs aiguës et croissantes ; or, dès le troisième ou quatrième jour, on peut trouver, malgré l'absence de symptômes bruyants, l'appendice gangrené et le péritoine infecté.

Traitement. — « Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, formule DIEULAFOY ; le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical : avec un diagnostic bien fait, avec l'opération pratiquée au moment voulu et suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents. » Formule pour formule, celle-là est probablement la plus sûre, celle qui répond le mieux aux incertitudes de la marche de l'appendicite, celle qui garantit le plus contre les catastrophes évitables. Mais, en clinique, la solution du problème ne saurait être fournie par une règle absolue ; et la détermination opératoire dépend de la lésion appendiculaire, de la réaction du péritoine autour de cette lésion, de la forme symptomatique de cette réaction, de la gravité de l'état toxi-infectieux.

Dans l'appendicite simple, dans la péritonite appendiculaire circonscrite adhésive, quand le facies est bon, quand le pouls reste plein et régulier, battant de 90 à 110, en accord parfait avec la température qui oscille entre 38°,5 et 39°,5, nous sommes, avec BROCA, avec SONNENBURG, disposés à préférer l'opération retardée à l'opération d'urgence : on peut s'en tenir alors à la temporisation : immobilité absolue ; diète rigoureuse de boisson ; glace sur le ventre. Doit-on purger, ou doit-on constiper par l'opium ? Question diversement résolue selon les auteurs, qui doit être diversement tranchée selon les cas. Les formes à symptômes initiaux peu vifs, à douleur modérée, se trouvent très améliorées parfois par un purgatif huileux. Dans les formes, avec péritonite péri-appendiculaire circonscrite, avec formation d'un « plastron » nettement palpable,

dans celles où une menue lésion perforante est à craindre, il est avantageux d'immobiliser l'intestin : il est, alors, avantageux de donner de l'opium.

Ailleurs, il faut intervenir précocement. C'est dans les vingt-quatre heures qu'il faut opérer les malades qui donnent l'impression d'une grave toxi-infection appendiculaire : température 39°,5 ou 40° dans le rectum ; pouls dépressible, instable, tendant à l'accélération ; teint terreux, facies altéré ; douleur vive ; urine rare. Les cas de suppuration présumée sont hors de débats : ici, comme partout, aucun retard dans l'évacuation du pus ne doit être admis. Dans les formes de péritonite purulente en grande collection, l'intervention pourra être suivie de bons effets ; dans le cas de péritonite cloisonnée à abcès multiples, le succès devient plus problématique ; il demeure très aléatoire dans la péritonite diffuse septique.

Deux incisions sont classiques ; celle de Roux et celle de Max Schüller. L'incision de Roux se rapproche de celle employée pour la ligature de l'iliaque externe : en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèle à l'arcade de Fallope, longue de 15 centimètres environ, prolongée en dehors quand la collection est rétrocaecale. Après incision des divers plans pariétaux, le péritoine est ouvert : le pus s'écoule ; le doigt recherche les poches secondaires et s'efforce de sentir dans le foyer l'appendice ; si la découverte et l'extraction de ce dernier sont trop difficiles, on abandonne l'organe ; le lavage de la poche est inutile ; on draine avec deux gros drains. — L'incision de Max Schüller est verticale, parallèle au bord externe du grand droit, tombant à un travers de doigt en dedans du milieu d'une ligne qui réunirait l'épine iliaque à la symphyse.

ARTICLE II

APPENDICITE CHRONIQUE

APPENDICITE A RECHUTES ; APPENDICITE A RÉPÉTITION

Définition. — Un malade a eu une attaque aiguë d'appendicite terminée par la guérison spontanée. Mais il peut persister des

phénomènes douloureux, susceptibles d'exagération passagère, à l'occasion d'une fatigue, d'un refroidissement, d'un écart de régime. — Dans d'autres cas, que nous ne connaissons bien que depuis quelques années, il n'y a point de crises aiguës nettes : l'appendicite est d'emblée et reste chronique, prenant le masque d'une affection gastrique ou intestinale, ne se révélant que par la dyspepsie, la dénutrition, des douleurs à forme de coliques, et par une sensibilité spéciale à l'exploration de la fosse iliaque droite. — Ou bien, de véritables crises d'appendicite peuvent apparaître à intervalles plus ou moins proches sans qu'il y ait jamais retour complet à l'état normal : c'est l'appendicite à rechute ou à répétition.

Étiologie et pathogénie. — Pour qu'il y ait permanence des douleurs ou retour de nouvelles poussées inflammatoires, il faut qu'il subsiste, dans l'appendice ou autour de lui des lésions chroniques, reliquat des inflammations antérieures. Au niveau de ces lésions persistent, à l'état latent, des microorganismes, dont l'action pathogène se réveille, à l'occasion des moindres causes, et trouve des conditions favorables dans les altérations anatomiques de l'appendice ou du péritoine avoisinant. Telle est la pathogénie actuellement établie : SONNENBURG l'avait indiquée, ROUX l'a nettement formulée et M^{lle} VON MAYER a fourni la preuve de ce « microbisme latent » en démontrant la présence de bactéries dans les parois de l'appendice et dans les cicatrices résiduelles péri-appendiculaires.

Anatomie pathologique. — Parfois l'appendice enlevé, point de départ de crises douloureuses, ne présente aucune lésion apparente. En général, les altérations sont évidentes : l'organe est adhérent aux parties voisines, paroi abdominale, anses grêles, cæcum, épiploon surtout ; il est souvent coudé et sa coudure répond soit à une perforation, soit à une stricture ; quelquefois il se courbe en faucille. Son imperméabilité est variable : il peut être complètement oblitéré en un cordon plein et dur ; en général, la stricture siège au niveau de l'extrémité terminale, qui, séparée du reste de l'appendice par un étranglement circulaire, se renfle en massue. Dans plus de la moitié des cas, la lumière est vide ; ailleurs, elle est occu-