

tomie qu'il convient certainement d'avoir recours. Si le diagnostic de la cause est impossible (cas habituel), on peut hésiter entre la laparotomie et l'anus artificiel. (Soc. de chirurgie, 1897.)

La laparotomie a contre elle sa gravité incontestable, la difficulté de son exécution et par suite sa longueur, l'impossibilité plusieurs fois constatée de trouver l'obstacle et même, une fois trouvé, de le supprimer.

Par contre, l'anus a pour avantages de ne pas déterminer de choc et par suite pas de mortalité opératoire, de permettre la disparition spontanée de certains obstacles (invagination, volvulus), suite de la suppression de la tension intestinale, et en tout cas de faciliter la levée de l'obstruction par une laparotomie secondaire dans de meilleures conditions locales et générales.

Il est vrai que la laparotomie tire surtout sa gravité du retard apporté à l'intervention et que d'autre part la mortalité de l'anus s'accroît beaucoup si l'on tient compte des résultats post-opératoires suivis à échéance suffisamment longue.

En somme, en raison des incertitudes du diagnostic, l'état général exerçant sur le pronostic opératoire une influence prépondérante, c'est celui-ci qui doit fixer le choix du chirurgien. S'il est appelé de bonne heure, si le malade présente des conditions de résistance suffisante : laparotomie. Dans les conditions inverses : entérotomie.

b. Dans les obstructions chroniques, l'application de la laparotomie est plus incertaine et plus délicate. La désinvagination n'est possible que dans la moitié des cas.

La laparotomie appliquée aux compressions de l'intestin par tumeurs extérieures peut permettre d'enlever l'obstacle, tout au moins de le mobiliser, de le fixer à un autre point de la paroi (Kœberlé); elle peut également être utile dans certains cas de corps étrangers, soit qu'on pratique l'extraction de ceux-ci, soit qu'on facilite leur circulation vers le rectum sans ouvrir l'intestin.

Par contre, l'*anus artificiel* est le plus souvent indiqué dans les tumeurs, les rétrécissements de l'intestin, les obstructions chroniques de cause mal connue; il nous paraît donc être la règle du traitement de l'occlusion chronique, la laparotomie étant l'exception.

La laparotomie sera faite avec toutes les précautions antiseptiques; on se servira de l'incision médiane sous-ombilicale de préférence à

l'incision de Parise dans la fosse iliaque droite, ou de l'incision pratiquée au niveau du siège supposé de l'affection.

L'opération sera d'abord exploratrice : cette recherche du siège sera faite aussi méthodiquement que possible en partant du cæcum; puis on cherchera à lever l'obstacle ou à le supprimer : désinvagination, torsion en sens inverse de celle qui existe, section d'une bride, dilatation d'un orifice rétréci, extraction d'un corps étranger, résection même d'une portion d'intestin atteinte de néoplasie.

L'entérotomie peut être pratiquée sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, méthode de Nélaton; il vaut mieux placer l'anus artificiel sur le gros intestin et le plus bas possible, lorsqu'on a pu se rendre compte du siège de l'obstacle. On pourrait donc, suivant les cas, ouvrir le cæcum ou une portion quelconque du côlon. La colotomie lombaire étant à peu près abandonnée, c'est généralement ou le cæcum ou l'S iliaque qui sont visés par l'opérateur.

CHAPITRE II

APPENDICITE

On reconnaît chaque jour davantage que le syndrome de l'ancienne typhlite classique doit être attribué à l'appendicite. Aussi, d'accord avec la grande majorité des chirurgiens, laisserons-nous de côté l'inflammation du cæcum, qui existe bien rarement à l'état isolé, pour parler seulement de l'appendicite.

Historique. — La première idée de l'appendicite telle qu'elle est comprise aujourd'hui revient à Mélier (*Journal de Médecine*, 1827). En 1851, Favre admet la stagnation du calcul stercoral formé dans l'appendice lui-même; Leudet (de Rouen) (*Arch. de médecine*, 1859) signale les perforations de l'appendice sans calculs stercoraux et il insiste sur leur fréquence chez les tuberculeux. Nous signalerons les travaux plus récents de Matterstock (1880), de Fenwick (1884), Weir (1887), de Maurin, Talamon, Roux (de Lausanne), Fergusson, etc., et les thèses (1895) de Benoît et de Jacob, et l'article de M. Jalaguier dans la 2^e édition du *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus.

Étiologie. Pathogénie. — La cause déterminante de l'appendicite est une infection microbienne, dont la nature n'est pas encore complètement élucidée. A côté des microbes pyogènes ordinaires, staphylocoque et streptocoque, on a trouvé le pneumocoque, des saprophytes divers, hôtes habituels de l'intestin, et surtout le *bacterium coli*. Toutefois, il n'est pas prouvé que ce dernier soit l'agent principal de l'infection. Veillon et Zuber pensent que ce rôle est dévolu, au moins pour la forme gangréneuse de l'affection, à des microbes anaérobies encore mal connus. Ces différents microbes se rencontrent dans les abcès péri-appendiculaires, dans les parois de l'appendice et dans sa cavité. Ils s'observent non seulement dans l'appendicite aiguë, mais aussi dans les appendicites chroniques, où ils persistent en vertu d'un véritable microbisme latent (Roux de Lausanne, von Mayer). — Le bacille de Koch peut donner lieu à des appendicites tuberculeuses qui simulent absolument l'appendicite simple. Il existe aussi quelques cas d'appendicites actinomycosiques (Gangolphe).

Quant aux causes prédisposantes, elles sont générales ou locales. — Au premier rang des premières se place l'influence de l'âge; le maximum des cas s'observe de dix à vingt ans; puis celle du sexe, les hommes étant beaucoup plus souvent atteints que les femmes; celle de l'hérédité, que celle-ci agisse par une malformation congénitale de l'appendice (Talamon), ou par la transmission de la diathèse arthritique (Dieulafoy), engendrant la lithiase appendiculaire; et enfin l'influence de la race démontrée par la prédominance marquée de l'appendicite en Amérique, en Angleterre, en Allemagne. Elles résulteraient soit de l'action du régime alimentaire entretenant une irritation chronique du gros intestin, soit de l'usage d'aliments (pain d'avoine, Gordon) difficilement digestibles et propres par conséquent à former le noyau de corps étrangers.

Les causes prédisposantes locales doivent être cherchées dans l'appendice, excès de longueur, vices de direction, insuffisance ou étroitesse de la valvule de Gerlach, favorisant la pénétration des corps étrangers, ou au contraire la rétention dans le diverticule cæcal; — ou dans l'intestin. L'influence prédisposante de l'atonie intestinale, coïncidant avec la dilatation de l'estomac et surtout de la colite muco-membraneuse, paraît de plus en plus certaine.

Les causes occasionnelles, assez peu importantes, sont représentées

par les excès de table, le refroidissement pendant la digestion, les traumatismes abdominaux, les exercices violents.

L'origine et le mode d'action de l'infection dans la pathogénie des lésions appendiculaires ont été diversement interprétés et ne sont pas encore complètement élucidés, sauf pour certaines appendicites, manifestement traumatiques, où la perforation est la conséquence de l'action d'un corps étranger acéré, épingle, arête de poisson, etc. — On peut dire que la pathogénie de l'appendicite est actuellement comprise de deux façons très différentes :

1° Pour Dieulafoy, il y aurait exaltation de virulence des microbes normalement contenus dans la cavité de l'appendice par suite de la transformation de ce dernier en cavité close. Cette transformation serait elle-même la conséquence de coudures ou de rétrécissements ou plus souvent de l'oblitération de l'appendice par des calculs. — L'exaltation de virulence des microbes en cavité close est prouvée par de nombreuses expériences portant sur une anse intestinale (de Klecki), ou sur l'appendice lui-même (Roger et Josué, Gervais de Rouville). Mais il n'est pas prouvé que la marche des phénomènes soit la même dans l'appendicite, car les calculs oblitérateurs font souvent défaut, la perméabilité de l'appendice pendant une crise aiguë a été fréquemment constatée, et inversement on a vu des appendices oblitérés, sans qu'il en soit résulté de lésions aiguës graves.

2° Pour Laveran, Poncet, Jalaguier, Brun, etc., l'oblitération de l'appendice n'est pas une condition nécessaire au développement de l'infection qui, au lieu de naître sur place, dans le diverticule cæcal, s'y propage par voie intestinale ou y est apportée par voie sanguine.

Le premier mode d'infection est prouvé par la fréquence des affections intestinales aiguës ou chroniques relevée dans les antécédents des sujets atteints d'appendicite, et particulièrement de la colite muco-membraneuse (Reclus). L'infection, une fois propagée à l'appendice, trouve dans sa déclivité et sa richesse en follicules clos des conditions particulièrement favorables à son évolution.

Quant à l'infection par voie sanguine, sa possibilité est prouvée par l'expérimentation (Josué, Beausse) et sa réalité démontrée par l'apparition de l'appendicite à la fin ou pendant le cours d'une maladie infectieuse, angine, rougeole, varicelle, oreillons, grippe. Il est probable que la structure lymphoïde de l'appendice le prédis-

pose comme l'amygdale (Bland Sutton, Roux, de Lausanne) à l'infection.

Celle-ci reste donc la cause générale de l'appendicite, qu'elle soit apportée par un corps étranger, ou un calcul, ou propagée de l'intestin, ou apportée par le sang. Quant à l'oblitération du diverticule, elle n'est le plus souvent qu'un effet de l'infection.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont différentes suivant que l'appendicite est aiguë ou chronique.

Dans la forme *aiguë*, on peut distinguer trois variétés :

1° *Appendicite simple, légère, catarrhale ou pariétale.* — Elle se caractérise par une augmentation de volume de l'appendice, qui apparaît vascularisé, turgescant, comme en érection; sa surface est dépolie, unie par des adhérences molles aux parties voisines; ses parois épaissies, sa cavité élargie (Talamon), très rétrécie (Jalaguiet), remplie par du mucus visqueux ou semi-purulent. L'examen microscopique montre une infiltration inflammatoire de toutes les tuniques de l'appendice avec prédominance marquée sur les éléments de la muqueuse et le tissu réticulé sous-muqueux. La lésion primitive dans cette variété, comme du reste dans les suivantes, est une véritable folliculite, c'est-à-dire l'inflammation du tissu adénoïde sous-muqueux. Celle-ci se propage aux lymphatiques efférents, qui propagent ainsi la lésion aux couches externes de l'appendice d'abord, puis au péritoine. Cette variété n'est sans doute le plus souvent que le premier stade des deux suivantes.

2° *Appendicite suppurée.* — L'inflammation du tissu folliculaire aboutit à la suppuration qui peut se faire jour dans la lumière de l'appendice: d'où ulcération de la muqueuse — ou du côté du péritoine; d'où abcès sous-péritonéaux avec péritonite consécutive, le plus souvent enkystée, ou enfin des deux côtés à la fois, amenant ainsi une perforation complète du diverticule, ce qui est rare.

3° *Appendicite gangréneuse.* — Elle se caractérise par la production de perforations, qui succèdent à la chute d'eschares, déterminées par une véritable lymphangite gangréneuse due à une virulence particulière des microbes. La gangrène peut être totale, circulaire, amenant la chute de l'appendice détaché à sa base, ou limitée, partielle: d'où l'apparition de plaques de sphacèle et ensuite perforation.

Celle-ci siège en général au voisinage de la pointe de l'appendice; elle est unique ou multiple; parfois très étroite, punctiforme; habi-

tuellement elle est régulière, arrondie, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois (Talamon).

En même temps que l'appendice, les tissus et organes voisins et même quelquefois éloignés sont intéressés.

Les lésions péri-appendiculaires portent sur le péritoine ou le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'inflammation de ce dernier détermine un phlegmon de la fosse iliaque qui peut présenter des fusées éloignées, autour du rein, dans les bourses et jusque dans le tissu cellulaire sous-pleural. Ce phlegmon est presque

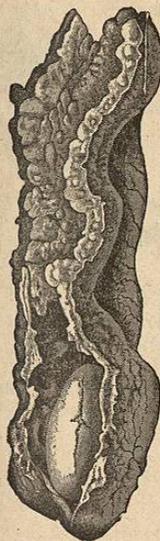


Fig. 43. — Appendicite calculeuse (Brun).

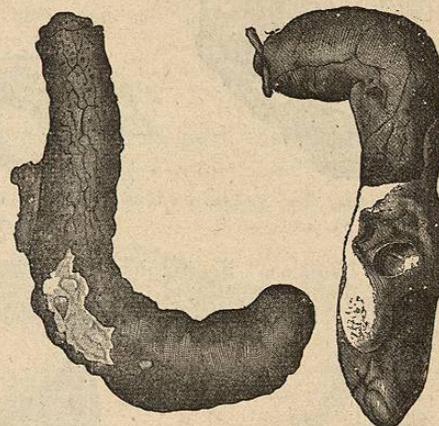


Fig. 44. — Perforation occupant la partie centrale de l'eschare (Brun).

toujours consécutif à une inflammation primitive du péritoine.

La péritonite est généralisée ou localisée. La première peut exister sans adhérences et revêtir la forme purulente ou au contraire, la forme septique diffuse, véritable septicémie péritonéale, caractérisée par l'exsudation d'un liquide louche, ressemblant à du bouillon sale. S'il existe des adhérences, elles circonscrivent une seule grande cavité, (grande péritonite enkystée) ou en forment plusieurs, accolées ou indépendantes (péritonite généralisée à foyers multiples).

La péritonite localisée peut être simplement plastique, fibrineuse ou adhésive, caractérisée par la production de fausses membranes molles, fibrineuses, englobant le cæcum, l'épiploon, l'appendice avec la fin de l'iléon et renfermant au centre une petite quantité de

liquide louche. Elle se termine par la résolution ou aboutit à la forme suivante.

La péritonite suppurée circonscrite se caractérise par la formation d'un abcès intra-péritonéal, ordinairement unique, qui siège le plus souvent au niveau de la perforation appendiculaire. L'appendice présentant lui-même une situation et une direction variables, l'abcès, d'après son siège peut être par

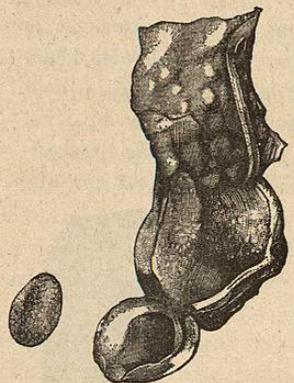


Fig. 45. — Appendicite calculeuse (Brun).

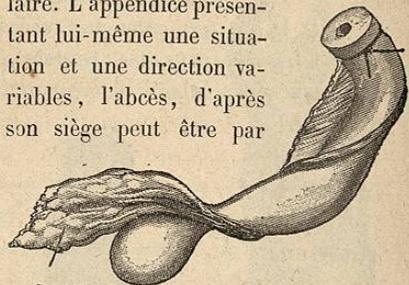


Fig. 46. — Appendice tordu autour d'une bride épiploïque e.

ordre de fréquence : ilio-inguinal situé entre le cæcum et la paro i

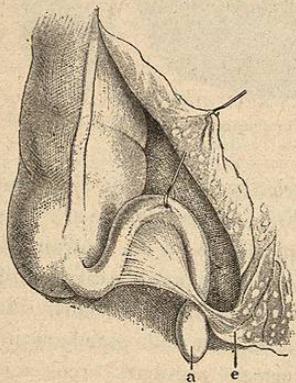


Fig. 47. — Appendice étranglé par une bride épiploïque (d'après un croquis pris pendant l'opération, par Albert Jalaguier).

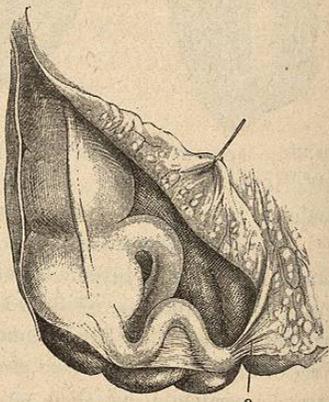


Fig. 48. — Appendice encapuchonné par l'épiploon (Albert Jalaguier).

latérale du cæcum, rétro-cæcal ou lombaire, sous-ombilical, ou situé au milieu des anses grêles, prérectal, ou enfin il peut siéger loi n

de la fosse iliaque droite, au niveau de l'angle droit du côlon, sous le diaphragme, dans la fosse iliaque gauche ou dans un sac herniaire. Les parois de l'abcès sont formées par des adhérences molles ou résistantes suivant leur degré d'ancienneté. Elles constituent parfois presque toute la masse inflammatoire qui renferme seulement en son centre une petite quantité de pus, d'odeur fécaloïde. Quant à l'appendice, on peut le trouver libre au milieu du foyer ou adhérent à ses parois; plus rarement on y rencontre un corps étranger.

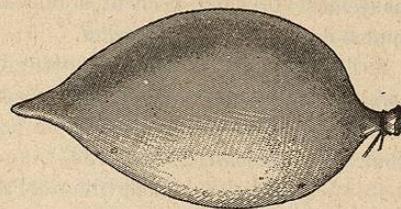


Fig. 49. — Appendice oblitéré près du cæcum.

L'abcès précédent peut s'ouvrir dans les organes voisins et guérir ainsi. Il peut aussi se propager au psoas, ou déterminer à distance, par voie veineuse des abcès du foie, ou par voie lymphatique ou par effraction des pleurésies, ou encore des abcès du poumon, ou enfin exceptionnellement par suite de la généralisation de l'infection, des abcès pyohémiques du rein, de la rate, du cerveau et des parotidites.

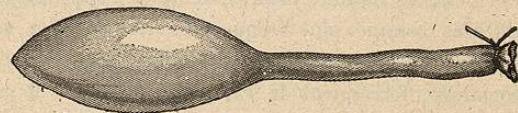


Fig. 50. — Appendice transformé en cordon fibreux dans les deux tiers de sa longueur.

Les lésions chroniques de l'appendicite sont des plus variables. L'organe peut être libre ou uni aux organes voisins par quelques adhérences peu résistantes, ou, au contraire, il est épaissi, transformé en un simple cordon fibreux, coudé dans les directions les plus variables. L'oblitération peut se produire seulement au niveau de sa base, plus souvent en un point plus rapproché de son sommet, le transformant ainsi en une cavité close qui renferme le plus souvent une concrétion fécale, nageant au milieu du pus, plus rarement un liquide clair. Enfin, dans certains cas, on trouve un petit abcès juxta-appendiculaire qui peut même communiquer avec la cavité de l'appendice.

Étiologie. — L'appendicite est beaucoup plus commune dans le

sexe masculin, 17 contre 4 sur 21, d'après Talamon; 78 contre 16 sur 94, d'après Maurin. Les trois quarts des cas se produisent avant vingt ans. Les sujets atteints sont souvent mais non toujours vigoureux et gros mangeurs. On a noté fréquemment une constipation prémonitoire sur laquelle insiste J. Simon. Un exercice violent, un mouvement brusque pendant la digestion, ont été donnés parfois comme des causes occasionnelles.

Si l'on essaye de pénétrer plus avant dans l'étiologie de cette affection, on s'aperçoit bien vite que sa cause prochaine nous échappe dans un grand nombre de cas, et l'on peut presque dire avec Trèves (*Brit. med. Journal*, 22 avril 1893), que les seules lésions bien définies de l'appendicite, la tuberculose et l'actinomycose, ne s'appliquent qu'à un nombre de cas, en somme, peu élevé. Il reste, il est vrai, l'histoire des concrétions stercorales sur laquelle nous devons insister.

Les *concrétions stercorales* ou *calculs stercoraux* ont une double origine : les unes se forment directement sur place par solidification des produits glandulaires, ou par durcissement des matières stercorales entrées liquides dans la cavité de l'appendice; les autres, considérées comme plus fréquentes, seraient des scybales de petit volume, qui, pendant leur séjour dans le cæcum chez des individus constipés, forceraient la valvule de Gerlach et pénétreraient dans l'appendice.

Un corps étranger, contenu dans l'appendice, peut y être toléré pendant un certain temps et s'y accroître par l'apposition de couches successives; mais, pour peu qu'il soit volumineux et dur, il détermine une contraction spasmodique des parois musculaires de l'appendice : d'où des coliques comparables à la colique hépatique ou néphrétique, et un état général qui rappelle quelquefois celui de l'étranglement interne.

S'il n'est pas rejeté au dehors dans une de ces coliques, il va devenir le point de départ d'une inflammation souvent gangréneuse.

Cette notion est loin d'être une vue de l'esprit. Les cas sont très fréquents dans lesquels on a trouvé soit les concrétions dont nous venons de parler, soit de véritables corps étrangers : pépins de fruits, noyaux de cerises, graines de coings, fragments d'os, etc.

Mais il ne faut pas la généraliser et croire que toutes les appendicites, ou presque toutes, dérivent de cette cause. Un très grand

nombre ont une origine souvent mal définie, mais certainement tout autre, et beaucoup de concrétions ne sont probablement que consécutives à l'inflammation de l'appendice, loin d'en être la cause. Il est peu vraisemblable que de véritables scybales passent du cæcum dans son prolongement, et l'on doit admettre que la constipation même a peu d'influence sur la production de la maladie, si l'on réfléchit que les femmes et les jeunes filles chez lesquelles la coprostase est un état presque habituel sont moins exposées que les hommes à l'appendicite. D'ailleurs Stimson, sur 10 appendicites excisées, en a rencontré 8 dans lesquelles on ne trouva ni corps étranger, ni concrétion stercorale un peu importante. Moi-même, dans 5 cas d'appendicites à répétition que j'ai opérées à froid, je n'ai pas trouvé un seul corps étranger.

D'après Pilliet, la tuberculose serait en cause 1 fois sur 3.

Gouronnet (Th. de 1881) a étudié les cas qui se manifestent à la suite d'une fièvre typhoïde.

Symptômes. — Considérée dans sa marche, l'appendicite peut être aiguë ou chronique.

a. Appendicite aiguë.

Il faut distinguer deux formes, suivant que les lésions restent localisées autour de l'appendice ou, au contraire, se généralisent à tout le péritoine.

1° Appendicite localisée.

Elle est quelquefois précédée par divers prodromes, troubles digestifs, constipation ou diarrhée (Maurin) ou par les signes d'une maladie infectieuse, la grippe ou une angine par exemple. Le plus souvent elle s'acuse brusquement, en pleine santé, par une douleur vive, que le malade rapporte le plus souvent au côté droit de l'abdomen, dans la région iliaque, ou à l'ombilic, ou à l'épigastre, ou même à la fosse iliaque gauche. En même temps, on constate dans beaucoup de cas des vomissements alimentaires et bilieux, toujours de l'anorexie avec état saburral de la langue. Le faciès présente l'aspect péritonitique. La fièvre peut s'allumer dès le début des accidents. D'ordinaire cependant il y a discordance entre la température