

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

qui reste normale et le pouls qui devient très fréquent. La palpation de l'abdomen est rendue très difficile par la contraction des muscles de la paroi; le ventre d'abord excavé ne tarde pas à se ballonner.

A la période d'état, l'aspect du malade est variable suivant qu'il s'agit d'une forme bénigne, atténuée ou légère de l'appendicite dans laquelle les lésions ne dépassent guère les limites du diverticule, ou qu'il y a, au contraire, péritonite localisée.

Dans la forme bénigne, les symptômes digestifs et péritonéaux s'atténuent ou même disparaissent, et il ne persiste plus qu'un point douloureux (point de Mac Burney), s'exagérant manifestement par la pression sur le milieu de la ligne menée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Si les muscles se laissent déprimer, on trouve, au niveau du point le plus douloureux, une petite tuméfaction dure, peu mobile, quelque chose comme un ganglion enflammé, ayant la forme d'un petit cylindre à contours assez vagues (Jacob).

D'après M. Jalaguier, cette tuméfaction serait produite non par l'appendice, mais par une contracture localisée des muscles de la paroi. En revanche, l'appendice pourrait être parfois senti par le toucher rectal combiné à une pression abdominale.

Pronostic. — Les formes bénignes de l'appendicite sont communes, beaucoup plus communes que ne le ferait supposer l'observation des malades qui se présentent à l'hôpital. La guérison est la règle pour tous les cas de ce genre.

En quelques jours douleur et tuméfaction disparaissent. Cette dernière persiste plus longtemps; elle devient même quelquefois plus appréciable, lorsque, la douleur s'éteignant, les muscles ne se contractent plus.

Lorsque l'appendicite se complique de péritonite localisée, le tableau clinique est sensiblement le même pendant les cinq ou six premiers jours, que la péritonite doive rester plastique ou, au contraire, suppurer.

Les symptômes péritonéaux du début se sont naturellement amendés; mais la température s'élève à 38 degrés ou même 39°,5, en même temps que le pouls est plein et rapide. Il existe surtout des signes locaux d'une haute valeur. Le point douloureux de Mac Burney persiste avec quelquefois des irradiations vers la cuisse ou les testi-

cules, et une hyperesthésie des téguments de la fosse iliaque droite (Dieulafoy).

Le météorisme est variable et en général passager. Il ne s'oppose ordinairement pas à la constatation d'une tuméfaction vague, mal limitée, accompagnée quelquefois d'une sorte de blindage de la paroi abdominale antérieure, ou de plastron semblable à celui du phlegmon du ligament large. Cette plaque siège dans la fosse iliaque droite, et présente une extension dont le sens est variable suivant la situation exacte de l'appendice. C'est ainsi qu'en dehors elle peut atteindre l'épine iliaque et l'arcade crurale, ou au contraire en rester séparée par un espace souple; qu'en dedans elle peut s'avancer plus ou moins près de l'ombilic; qu'en haut elle peut remonter suivant le trajet du côlon, simulant ainsi un boudin stercoral. Cette induration peut s'accompagner d'un certain degré de voussure. Elle est mate ou submate à une percussion superficielle, sonore à une percussion profonde (Jalaguier).

Ce plastron, appréciable au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures après le début des accidents, plus tardivement quand l'inflammation est d'abord franchement rétro-cæcale, augmente pendant cinq à six jours. Si la résolution doit se faire, elle commence à diminuer du septième au dixième jour, en même temps qu'une atténuation progressive se manifeste du côté des symptômes généraux. Au bout de quinze à vingt jours l'empâtement a définitivement disparu.

Si, au contraire, la péritonite doit aboutir à la formation d'un abcès, la fièvre augmente sans rémission. Quelquefois cependant la température baisse momentanément, mais le pouls reste fréquent et il survient quelques frissons. Le plastron devient extrêmement douloureux à la pression en son centre; mais sa consistance ne subit pas de modification notable et la fluctuation est très tardive. La rénitence même fait le plus souvent défaut. Quelquefois il existe un léger degré d'œdème et quelques dilatations veineuses, appréciables au-dessus de l'arcade.

Au bout de quelques jours, les symptômes s'atténuent en général et la fièvre tombe, à moins qu'il ne survienne des signes d'infection générale (fièvre hectique, amaigrissement, etc.).

La guérison survient quelquefois à la suite de l'ouverture de la collection dans l'intestin ou même dans la vessie. L'ouverture peut

se faire à l'extérieur, laissant après elle une fistule purulente ou pyo-stercorale. Enfin la mort peut être la conséquence de la rupture du foyer primitif dans le péritoine ou d'une infection générale, ou du développement d'un foyer infectieux à distance.

2° *Appendicite avec péritonite généralisée.*

Le début peut être soudain, caractérisé d'emblée par des phénomènes d'une extrême gravité. Mais le plus souvent il est semblable au début de la forme précédente; seulement, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, loin de s'amender, les accidents s'aggravent.

La péritonite purulente proprement dite se caractérise par les symptômes classiques des péritonites aiguës : la douleur abdominale est vive et diffuse; les vomissements deviennent porracés; il y a suppression des selles et des gaz; le ventre, d'abord rétracté, se météorise; la fièvre atteint 38°,5 et 39 degrés; le pouls est petit et fréquent, le faciès grippé.

Dans la forme septique diffuse, les symptômes péritonéaux sont beaucoup moins accusés; les signes de l'intoxication septique prédominent. Ainsi la douleur est peu vive, les vomissements rares, la diarrhée plus fréquente que la constipation; le météorisme manque souvent complètement; la température, d'abord un peu élevée, se maintient ensuite à un degré normal, tandis que la fréquence du pouls devient considérable; le faciès est terreux ou plombé (Jalaguier).

Cette dernière forme est toujours mortelle, et cela en moyenne vers le quatrième ou le sixième jour. Dans la péritonite purulente proprement dite, la mort, qui paraît en être aussi la terminaison constante, survient en général quelques jours plus tard.

b. *Appendicite chronique (appendicite à rechutes).*

Elle se caractérise par la succession de crises analogues à celles de l'appendicite aiguë, avec prédominance marquée des formes bénignes. Les rechutes peuvent être séparées par des intervalles de santé complète qui durent des semaines, des mois ou des années, ou bien, au contraire, il y a persistance pendant ces intervalles de la douleur au niveau du point de Mac Burney et d'une induration localisée dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic. — Au début l'appendicite aiguë, avant l'apparition de la tuméfaction, se reconnaît surtout par la constatation du point douloureux de Mac Burney.

La colique néphrétique et la colique hépatique, avec leur début brusque, leurs douleurs, leurs vomissements, pourraient donner le change si elles n'étaient pas complètement apyrétiques, si la douleur, nullement fixée dans la fosse iliaque droite, n'avait pas pour chacune d'elles des irradiations spéciales : testicules et épaules, etc.

Certaines formes d'entéro-colites se traduisent par des crises douloureuses survenant à la suite d'un écart de régime, d'un refroidissement, avec diarrhée ou constipation. On pourrait croire à une appendicite à rechute; l'examen de la fosse iliaque démontre l'absence de toute lésion à ce niveau.

Certaines péritonites tuberculeuses à début brusque simulent l'appendicite, et le diagnostic ne peut guère être fait que par l'absence de toute localisation douloureuse dans la fosse iliaque.

Si les symptômes généraux sont très marqués et la constipation absolue, le diagnostic avec l'étranglement interne peut être difficile; dans ce dernier, la fièvre manque. Chez les femmes, les causes d'erreur augmentent encore. On peut avoir beaucoup de peine à reconnaître l'appendicite d'une lésion des annexes; mais ces dernières sont souvent doubles, et elles font toujours plus ou moins corps avec l'utérus.

Une simple indigestion, l'ovarialgie et l'entéralgie hystériques, la fièvre typhoïde, ont pu donner lieu à des erreurs.

Quand l'appendicite s'accompagne de tuméfaction, celle-ci peut faire croire à une typhlite stercorale, affection rare, particulière aux adultes et aux vieillards, qui débute progressivement par une constipation de plus en plus marquée. Par la palpation, on sent une masse multilobée, quelquefois mobile, mais pas de plastron (Jalaguier). La fièvre est très modérée ou absente; la douleur au niveau du point de Mac Burney n'existe pas.

L'invagination iléo-cæcale ressemble beaucoup à l'appendicite; mais elle s'accompagne de selles sanglantes; on sent une tumeur profonde et mobile, mais pas de plastron.

La psôitis et l'adénite iliaque pourraient simuler la pérityphlite; mais la première, d'ailleurs rare, ne s'accompagne point de phénomènes abdominaux intenses; elle présente, au contraire, des caractères

tères tout particuliers du côté de la cuisse : flexion et rotation en dehors; du côté de la fosse iliaque : corde tendue fournie par le psoas, etc. Quant à l'adénite iliaque, son siège est dès le début plus inférieur; elle siège véritablement au niveau de l'arcade crurale et laisse plus libre la partie externe de la fosse iliaque.

Il faudra encore penser pour les exclure à l'inflammation possible d'un testicule en ectopie, à une phlegmasie des annexes de l'utérus limitée au côté droit.

La péritonite tuberculeuse à son début peut être très difficile à différencier; mais le point de Mac Burney fait défaut et l'évolution est bien différente.

La salpingite droite, la cholécystite suppurée, le phlegmon périnéphrétique, peuvent s'accompagner de tuméfaction empiétant plus ou moins sur la région de la fosse iliaque droite, et d'autre part des appendicites anormales peuvent absolument simuler les affections précédentes. Les considérations tirées du passé des malades, l'exploration des organes incriminés, de la marche de l'affection, aideront à établir un diagnostic exact, ce qui n'est pas toujours possible.

Quand l'appendicite s'accompagne de péritonite généralisée, elle peut être confondue avec une occlusion intestinale, et quand cette péritonite revêt la forme septique diffuse, les vomissements, la diarrhée, l'état de collapsus habituels dans cette forme peuvent imposer pour des états pathologiques variés, depuis une simple indigestion jusqu'au choléra ou un empoisonnement. D'autre part, le diagnostic de péritonite par perforation une fois posé, il faudra déterminer l'organe en cause, ce qui n'est pas toujours possible.

Quant à l'appendicite à rechutes, facile à reconnaître quand on possède la notion nette de la crise initiale, elle peut, dans les conditions inverses, créer une hésitation avec les coliques hépatiques et néphrétiques, la colite chronique, la salpingite-ovarite, une affection rénale, et même une sacro-coxalgie ou une coxalgie au début.

Traitement. — L'indication de l'intervention est absolument nette et admise par tous les chirurgiens quand il existe un *foyer suppuré* non douteux ou une *péritonite généralisée*. Dans l'*appendicite à rechutes*, on discute seulement pour savoir s'il faut opérer toujours après une première crise ou seulement quand il persiste une induration douloureuse dans l'intervalle des crises et que celles-ci deviennent plus rapprochées. Dans les *appendicites aiguës* ou *subaiguës*, cir-

conscrites non suppurées, la question est plus controversée. Certains chirurgiens et médecins pensent qu'en raison de l'incertitude qui règne sur l'évolution ultérieure de l'appendicite, il faut intervenir toujours et dès le début. D'autres, et c'est aujourd'hui l'opinion du plus grand nombre, pensent qu'il est préférable d'attendre, pour opérer à froid, toutes les fois qu'on peut le faire sans péril, l'opération étant dans ces conditions souvent plus facile et en tout cas moins dangereuse et plus complète.

Il faudra donc, en règle générale, appliquer dès le début un traitement médical qui assure l'immobilisation de l'intestin. L'opium en pilules ou sous forme d'injections de morphine, l'application large de glace sur l'abdomen, la diète absolue (pas même de lait, Jalaguier) constitueront la base de ce traitement. Surtout pas de purgatifs. Ce traitement sera maintenu dans toute sa rigueur jusqu'après la défervescence. Ce n'est que vingt-quatre heures après la fin de la crise qu'on commencera à donner du lait au malade et qu'on administrera un purgatif. On surveillera pendant longtemps encore le régime alimentaire.

Mais il convient d'intervenir dans les conditions suivantes, admirablement précisées par M. Jalaguier :

a. Dès la phase du début, si, au bout d'une douzaine d'heures, la réaction péritonéale ne s'atténue pas, ou si au contraire, avec un calme manifeste coïncide une dissociation du pouls et de la température indice d'une septicémie péritonéale commençante.

b. Pendant le cours de l'affection, si, malgré un traitement médical rigoureux, il n'y a pas d'amélioration, ou si, après une amélioration de courte durée, il se produit une recrudescence des symptômes. Si l'état reste stationnaire durant cinq ou six jours après le début, il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

c. A partir du cinquième ou sixième jour, la défervescence doit commencer à s'accuser. Si, au contraire, à ce moment, la température monte, ou si le pouls reste rapide, s'il survient des frissons, si les douleurs locales deviennent plus aiguës, il faut intervenir.

Si l'on n'a pas été appelé dès le début de la crise, si le traitement rationnel n'a pas été institué, il faut tenir compte surtout du rapport qui existe entre l'intensité des symptômes et la phase actuelle de l'affection. Si les phénomènes de réaction péritonéale durent depuis plusieurs jours, l'intervention s'impose.

Les péritonites généralisées d'origine appendiculaire seront ouvertes et drainées suivant les règles générales indiquées plus loin à propos des péritonites aiguës.

Les foyers circonscrits seront découverts par une incision dont le siège variera avec leur localisation. En règle générale, il conviendra d'adopter l'incision de Roux (de Lausanne), longue de 15 à 18 centimètres, placée à 1 centimètre en avant de l'épine iliaque, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous. Après section des muscles couche par couche jusqu'au fascia transversalis, si le péritoine paraît adhérent, on l'ouvre au voisinage du cæcum, que le doigt refoule en dedans et en avant, en procédant par voie de décollement jusqu'à l'apparition du pus. S'il n'existe pas d'adhérences, il vaut mieux décoller complètement le péritoine iliaque. Enfin, si l'on a ouvert le péritoine libre, la collection étant péri-cæcale, on pourra se contenter d'un tamponnement à la gaze iodoformée destiné à guider ultérieurement la marche du pus, ou mieux on ouvrira immédiatement le foyer après avoir protégé le pourtour avec des compresses, ou par une suture du cæcum au péritoine pariétal antérieur. — Quant à l'appendice, il sera réséqué, mais seulement s'il est accessible, sans danger de déchirure des organes voisins ou d'ouverture de la grande cavité péritonéale.

Dans l'appendicite à rechutes, on attendra pour intervenir six semaines au moins après la dernière crise. L'opération présente parfois quelques difficultés dans la recherche et la libération de l'appendice. Néanmoins, la mortalité est presque nulle et la guérison presque toujours parfaite.

CHAPITRE III

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PÉRITONITES

1° Péritonites aiguës généralisées.

La péritonite aiguë généralisée s'observe dans des conditions très variées qui permettent de reconnaître des péritonites de cause générale, qui sont la manifestation d'un état infectieux de l'économie (infection purulente, fièvres éruptives, érysipèles, etc.) et des péritonites de cause locale. Ces dernières succèdent à une

infection directe de la séreuse dont la porte d'entrée peut-être extérieure (plaies de l'abdomen, laparotomie) ou interne (rupture ou perforation des viscères ou de poches purulentes juxta-péritonéales, ou encore propagation par voie lymphatique d'une infection voisine de la séreuse).

Aujourd'hui la péritonite généralisée de cause locale est considérée comme toujours passible de la laparotomie. La seule difficulté consiste dans l'établissement d'un diagnostic précoce. Quant à la péritonite de cause générale, comme elle est moins grave et aboutit moins sûrement à la suppuration que la forme précédente, elle permet de temporiser tant que les symptômes restent peu intenses.

On appliquera alors le traitement médical dont l'emploi s'impose absolument dans tous les cas et constitue un adjuvant très précieux de l'intervention opératoire. Ce traitement a pour base la médication opiacée, l'application large de glace sur le ventre et l'administration du sérum artificiel par voie sous-cutanée dans les cas particulièrement graves.

Pour faire la laparotomie, on pratiquera une incision médiane à laquelle on pourra en joindre d'autres latérales pour faciliter le drainage, surtout s'il existait plusieurs poches purulentes. Celles-ci doivent être soigneusement cherchées et prudemment ouvertes. On fera une irrigation large du péritoine avec de l'eau salée stérilisée. Le péritoine ayant été abstergé avec des éponges ou des compresses, on établira un drainage avec de gros tubes entourés de gaze iodoformée pour les isoler des anses intestinales. Ces tubes ne seront enlevés que lorsque l'écoulement paraîtra tari, en moyenne vers le sixième jour.

Cette thérapeutique active n'a encore procuré qu'un nombre restreint de succès, et le résultat est toujours nul dans la forme de péritonite putride diffuse. Il est à remarquer que les succès sont manifestement d'autant plus nombreux que l'opération est plus précoce. Houzé a rapporté 14 cas de guérison; la laparotomie avait été faite de trois à vingt-quatre heures après le début des accidents.

II. — Péritonite tuberculeuse.

En 1863, Spencer Wells, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparotomie chez une jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse. La malade guérit; quatre ans après, elle put se marier.