

Exemple : voyez cette jeune femme couchée au n° 19 bis de la salle Notre-Dame. Elle venait au milieu de mai se plaindre de crises douloureuses, intermittentes, qui depuis quelque temps l'arrêtaient souvent dans son travail.

En février de cette année, elle avait un jour ressenti une douleur vive, syncopale dans le ventre : la douleur s'atténua rapidement, deux jours après elle était disparue ; sur ces entrefaites, les règles venaient et se passaient comme d'habitude.

Quatre mois après, en mai, elle ressent à nouveau, en marchant dans la rue, une vive douleur dans le ventre à droite ; elle est forcée de rentrer chez elle, de se mettre au lit, et les douleurs s'étendent, se généralisent à tout l'abdomen. Des vomissements surviennent qui sont d'abord bilieux puis noirâtres, la constipation est absolue ; la malade se purge alors et pendant deux jours, elle a une diarrhée jaune très liquide et très fétide. Puis tout s'arrange, la douleur diminue mais ne disparaît pas complètement, et la malade se décide alors à venir à l'hôpital pour se faire soigner.

Et quand nous la voyons le 18 mai, à la visite du matin, en entendant lire par l'externe le récit de ces crises répétées, nous nous disions : appendicite ou annexite ?

La crise était finie, la fièvre, les symptômes généraux étaient disparus, nous ne pouvions compter sur eux.

Les crises avaient coïncidé avec les règles : c'était en faveur d'une salpingite, mais souvent aussi l'appendicite se réveille avec la menstruation, et il me souvient d'une malade que j'opérais en 1898 à Saint-Louis et qui depuis huit mois avait à chaque époque menstruelle une crise d'appendicite : je l'opérai dans la période intermenstruelle et je trouvai un appendice malade, sans adhérences tubaires, sans lésions salpingées. Et c'est un fait d'observation très commun que l'appendicite chronique, subit au moment des règles une poussée, il se fait, à cette époque, un réveil des douleurs, et on ne peut se baser sur cette relation pour rejeter l'appendicite et admettre la salpingite.

Pouvais-je invoquer le passé génital et dire : cette femme n'a ni blennorragie, ni grossesse, elle ne peut avoir de salpingite. Ce serait une grossière erreur : jamais la notion étiologique ne vous servira à établir le diagnostic d'une salpingite ou du moins jamais vous ne devrez l'éliminer pour cette seule raison qu'il n'y a pas dans le passé de votre malade de quoi expliquer son développement. Les salpingites se voient en dehors de la période obstétricale, en dehors de toute

blennorragie apparente ; pour quelques-unes au moins l'origine est douteuse, à coup sûr indéfinissable : et de ce que vous n'en trouvez pas la porte d'entrée, ne concluez pas qu'elles n'existent pas.

Il était plus intéressant de chercher quel était l'état de cette malade dans l'intervalle de ses crises : était-elle alors absolument guérie ? avait-elle conservé quelques douleurs ?

Voici sa réponse : tout en faisant son métier comme d'habitude, elle était vite fatiguée, elle souffrait des reins, des deux côtés, et c'était là pour moi un indice important. Car l'appendicite peut laisser après la crise des douleurs locales, mais les douleurs lombaires sont le propre des affections utérines et périutérines.

Enfin l'exploration devait trancher nos doutes : au palper de l'abdomen, la douleur est maxima à droite, elle est maxima en dedans de la fosse iliaque, elle est en surface ; c'est la douleur de la salpingo-ovarite. Au toucher vaginal, je trouvais d'ailleurs une trompe droite du volume de trois doigts.

Il s'agissait donc ici d'une salpingite, et non d'une appendicite ; et lorsque quelques jours plus tard, j'opérai cette malade, je trouvai en effet un pyosalpinx unilatéral droit que j'enlevai avec l'ovaire correspondant, l'appendice était intact et fut laissé. Toutes les fois que vous hésitez entre la salpingite et l'appendicite, faites donc le toucher vaginal, et vous trouverez s'il s'agit d'une salpingite la tuméfaction spéciale qui tranchera vos hésitations.

Je sais bien que l'appendicite peut être pelvienne et qu'une tuméfaction constatée à côté de l'utérus peut être à la rigueur causée par une appendicite tombée dans le cul-de-sac de Douglas. C'est là une nouvelle et très sérieuse difficulté : mais l'appendicite pelvienne est d'abord beaucoup plus rare ; puis sa tuméfaction est toujours unilatérale, enfin la douleur de l'appendicite s'irradie plus volontiers à la région épigastrique. C'est à ces signes, en même temps qu'à l'évolution qui lui est spéciale que vous reconnaîtrez l'appendicite pelvienne et que vous la distinguerez de la salpingite.

## II

*Appendicite et annexite* : tel est au contraire le diagnostic que j'ai posé nettement chez cette autre malade que je vais opérer devant vous ce matin. Elle aussi souffre de douleurs intermittentes, de crises à répétition.

Voici son histoire :

Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 avril et occupe à la salle Saint-Jean le lit n° 12 : elle est âgée de trente-huit ans.

A la suite d'une fausse couche en 1884, elle a toujours souffert du ventre ; il y a deux ans, elle fut opérée d'un polype de l'utérus et depuis lors fut assez bien jusque vers le milieu de l'année dernière.

A cette époque, en mai 1900, elle est prise un jour pendant ses règles, à cinq heures du matin, de douleurs dans le ventre à droite avec irradiation à l'épigastre, et de vomissements intenses. Elle reste deux mois couchée ; on la soigne pour une inflammation d'intestins compliquée de péritonite. Elle se remet et reprend son travail.

Six mois après, en novembre dernier, survient une nouvelle crise, absolument semblable à la première, et également intense ; on la garde à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine, elle y reste deux mois au bout desquels elle rentre chez elle.

Mais elle se met à perdre ; les règles sont peu abondantes, à plusieurs reprises dans le mois elle perd du sang, puis elle perd en blanc d'une façon courante. Elle entre alors dans un hôpital privé, où on lui reconnaît une salpingite ; et en janvier 1901 on lui fait un curetage.

A la suite de ce curetage, les pertes disparaissent et la malade se croit guérie, lorsque le 26 mars se produit pour la troisième fois une crise, qui débute par des douleurs et des vomissements, et se comporte comme les autres avec cette différence que la malade se met à perdre du sang dès le lendemain, et qu'elle continue à perdre pendant quinze jours.

Enfin le 26 avril, survient une quatrième crise : c'est à la suite de cette crise que la malade vient à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée le 30 avril, la crise est finie : la température est à 37°, l'état général satisfaisant ; elle ne perd plus. Mais la lésion qui a fait naître les crises doit persister encore et nous nous demandons s'il s'agit d'une annexite ou d'une appendicite.

Nous trouvons à la fois les signes de l'une et de l'autre, des signes utérins et des signes appendiculaires. Les pertes, le passé utérin, l'opération antérieure du curetage, la constatation déjà faite d'une salpingite, tout cela nous porte à penser que l'utérus et les annexes sont en cause.

Mais les annexes sont-elles seules atteintes ? Dans les crises, la douleur a toujours été prédominante à droite : au plus fort de ses souffrances, cette femme affirme que son ventre était plus sensible à droite.

Actuellement encore, elle présente au point de Mac Burney, et un peu en dedans de la fosse iliaque une douleur fixe, correspondant à un endroit très localisé, au niveau du détroit supérieur. Par le toucher rectal, je trouve l'utérus enveloppé à droite et à gauche de deux salpingo-ovarites, du volume d'une mandarine environ, adhérentes, mais encore quelque peu mobiles.

Et fort de ces constatations, j'ai formulé le diagnostic suivant : annexite bilatérale et appendicite concomitante.

*Annexite* : parce que tuméfaction perceptible des deux côtés de l'utérus avec passé génital. *Appendicite* : parce que crises à répétition, avec réaction péritonéale, avec douleur prédominante à droite, et surtout parce que douleur actuelle haut située, en une région où la trompe n'est pas appréciable.

Et je suppose que l'appendice est en contact avec la trompe droite ; je suppose qu'entre les deux, des adhérences se sont établies et que de l'une à l'autre l'inflammation s'est étendue et a propagé ses lésions.

Cette coïncidence de l'appendicite et de l'annexite est loin d'être exceptionnelle. Au cours de nos opérations abdominales, il nous arrive souvent de constater entre la trompe droite malade et l'appendice des adhérences plus ou moins intimes, et nous devons alors enlever l'appendice tout en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale.

Deux conditions favorisent cette coïncidence d'une double lésion : il faut ou *une situation basse de l'appendice* ou *une situation haute des annexes*.

L'appendice n'a pas toujours dans la fosse iliaque la position qu'on est en droit de regarder comme normale : il suit le cæcum dans ses migrations ou dans ses arrêts de position : et au cours des recherches que j'ai faites autrefois sur l'anatomie du cæcum chez l'enfant, je trouvais 14 fois sur 100 sujets le cæcum et l'appendice dans la cavité pelvienne, en arrière de la vessie ou en avant du rectum, et dans un cas comme dans l'autre en contact intime avec les annexes<sup>1</sup>.

Alors même que le cæcum reste iliaque, l'appendice affecte parfois des rapports avec les trompes ; il descend, dépasse le détroit supérieur et vient de sa pointe plonger dans la cavité pelvienne. Et c'est là une disposition commune ; ainsi, d'après Lafforgue<sup>2</sup>, la proportion des *appendices descendants* est de 41 p. 100, dont 20 p. 100 sont

1. Legueu. *La situation du cæcum chez l'enfant* (Bull. de la Soc. anat., 1891).

2. Lafforgue. *Situation de l'appendice* (Journal de Physiol., 1893, p. 141).

franchement pelviens : Bérard<sup>1</sup> n'arrive il est vrai qu'à 30 p. 100, mais mon ancien interne et ami Barnsby<sup>2</sup> qui a consacré à cette question une excellente thèse et a repris pour ce travail l'étude anatomique des rapports de l'appendice chez la femme, trouve sur 100 femmes 61 fois l'appendice en situation descendante, la pointe effleurant le bord du détroit supérieur : et sur ces 61 cas, 32 fois le cæcum et l'appendice étaient franchement pelviens.

Comment après cela s'étonner que l'appendice descendu puisse contracter des adhérences avec une trompe malade ?

D'ailleurs si l'appendice ne vient pas à la trompe, la trompe va à l'appendice.

La trompe malade peut s'élever : il en est ainsi en particulier lorsque les salpingites se développent pendant la grossesse ou les suites de couche, alors que l'utérus est encore incomplètement revenu sur lui-même. Et j'ai trouvé plusieurs fois des salpingites iliaques dont la localisation exceptionnelle s'expliquait de cette façon. Devenue iliaque, la salpingite est alors au contact de l'appendice et il est tout naturel que celui-ci contracte avec la trompe malade des connexions anormales.

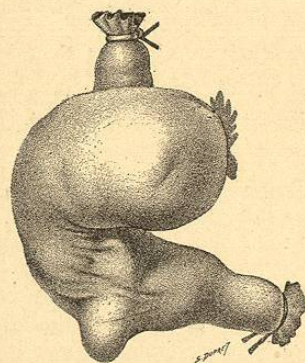


Fig. 34. — Appendicite et annexite. (Barnsby.)

L'appendice alors est ferme, rigide, vascularisé : sa cavité est oblitérée par places, son calibre toujours modifié, sa paroi est le siège de petits abcès miliars ou seulement de cette folliculite, qui est à l'origine de toute appendicite.

Comment se réalise cette inflammation de l'appendice ?

Quelquefois l'appendice est primitivement malade, et l'inflamma-

1. Bérard. *Thèse de Dermoy*. Lyon, 1897, p. 11.

2. Barnsby. *Situation de l'appendice chez la femme* (Bull. de la Soc. anat., 7 janvier 1898).

tion dont il est le siège s'étend à la trompe. Treub<sup>1</sup>, Duncan<sup>2</sup> invoquent ce mécanisme et le croient très commun : l'appendicite est la première en date, la salpingite lui est consécutive. Je n'ai pour ma part vu aucun cas qui soit susceptible de pareille explication.

Plus souvent, presque toujours je pense, l'inflammation suit une marche inverse et s'étend de la trompe à l'appendice. Par l'intermédiaire des lymphatiques, créés de toutes pièces au sein des adhérences, l'infection s'étend de la paroi tubaire à la paroi de l'appendice. Souvent en effet j'ai trouvé la pointe de l'appendice seule malade alors que le contact ne portait que sur la pointe (fig. 35). Puis une fois que l'infection a gagné l'appendice, elle continue pour son compte sur ce foyer nouveau, et l'appendicite dès lors s'étend et s'accuse avec toutes les lésions propres qu'elle provoque par elle-même et avec des modalités cliniques, qui n'ont de spécial que leur coexistence avec celles de la salpingite.

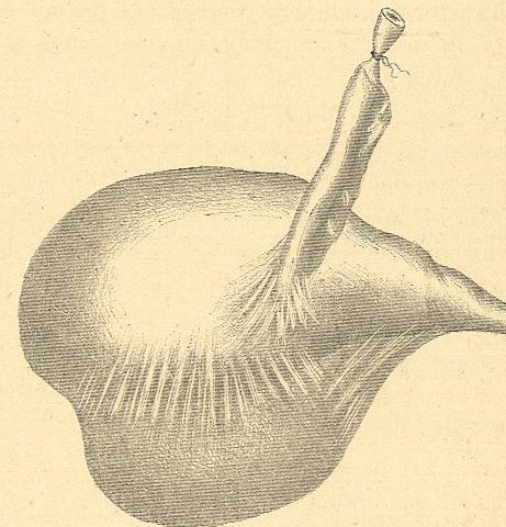


Fig. 35. — Appendicite et annexite : pièce recueillie sur la malade qui fait l'objet de cette clinique.

Le diagnostic de ces lésions est loin d'être aisé : elles seront souvent une découverte d'opérations, et plusieurs fois j'ai trouvé au cours de la laparotomie accolée à une trompe malade, une appendicite dont je n'avais pas soupçonné la présence.

Quand il y a des crises nettes comme chez notre malade, une douleur fixe à la pression dans la fosse iliaque, le diagnostic peut se faire encore avec quelque précision. Mais autrement, ce sont des nuances et combien légères, qui serviront de base à ce diagnostic.

La douleur de l'appendicite est plus haute, elle se rapproche de la

1. Treub. *Appendicite et paramétrite* (Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1897, p. 263).

2. Duncan. *The Lancet*, 1897, p. 7.

fosse iliaque, et quand avec une salpingite prolabée dans le cul-de-sac postérieur et appréciable au toucher rectal, je trouve au palper de l'abdomen une douleur à la pression, à droite, sur le bord interne de la fosse iliaque, je soupçonne l'appendice d'être en cause. Ce point douloureux fixe, spontané et surtout provoqué, est le signe le plus important à mon avis.

On dit aussi qu'avec l'appendicite les troubles gastro-intestinaux sont plus marqués, la constipation plus opiniâtre, les digestions plus difficiles, l'inappétence plus prononcée, mais ne voit-on pas avec les salpingites en évolution des troubles aussi accentués ?

Je n'attache pour ma part qu'une importance minime à ces signes, et je ne connais, je le répète, qu'un cas dans lequel le diagnostic d'appendicite et d'annexite peut se faire : c'est lorsque chez une malade qui présente au toucher une salpingite double, évidente, se produisent des crises douloureuses à répétition, à localisation iliaque auxquelles fait suite, dans l'intervalle des crises, une douleur fixe à la pression. Alors seulement vous pourrez penser que la salpingite est compliquée d'appendicite.

Il en est ainsi sur notre malade ; c'est une raison de plus pour l'opérer, et une indication de l'opérer par la voie abdominale.

L'intervention est doublement utile : elle l'est pour l'appendicite et pour la salpingite, puisque aucune de ces affections n'est susceptible dans les conditions où elle se présente, d'une rétrocession spontanée.

Mais la coexistence de l'appendicite nous imposerait la voie abdominale, si nous avions — ce qui n'est pas — des hésitations sur la voie à suivre. Par la voie vaginale, je ne ferais rien de bien pour l'appendice que j'aurais sans doute beaucoup de peine à voir : une fois j'ai fait ainsi une appendicectomie au cours d'une hystérectomie vaginale : avec la trompe droite, j'amenai l'appendice et le cæcum, et je fis la résection de l'appendice. L'opération fut simple d'exécution et suivie de succès. Mais ici j'avais méconnu l'appendicite ; en ajoutant à l'hystérectomie vaginale la résection de l'appendice, je faisais une opération de nécessité, et jamais par cette voie l'opération ne se fera avec la simplicité qu'elle aura par la voie abdominale. De ce côté, l'accès est large, la vue est facile, les lésions sont définies, précisées avant d'être attaquées ; et il n'y a pas de doute à ce sujet, la perspective d'une adhérence et d'une résection appendiculaires, commandent à défaut d'autres raisons, la voie abdominale de préférence à la voie vaginale.

*Opération.* — La malade, endormie au chloroforme, est opérée le 21 mai 1901 : j'opère avec l'aide de M. Duclaux interne ; M. Vincent donne le chloroforme.

La malade est mise en position déclive.

L'appendice apparaît de suite sur le bord du détroit supérieur : de sa pointe abaissée, il prend contact avec la trompe, je le résèque d'abord entre deux ligatures et ferme au surjet son point d'implantation cæcal.

Puis je procède à l'ablation des annexes droites suppurées, de la trompe et de l'ovaire gauche également malades. L'utérus devenu inutile est amputé au-dessus du col.

Après les ligatures d'usage, les surfaces péritonéales sont fermées par un surjet continu ; le moignon cervical est après cautérisation enfoncé sous la séreuse.

Par précaution, je laisse un drain et une mèche de gaze.

Vingt-huit jours après, la malade quittait l'hôpital en parfait état.

L'appendice, que la figure 35 représente, long de 12 centimètres, était adhérent par sa pointe à la surface de la trompe ; quelques adhérences le maintenaient dans cette situation. Sa paroi est rigide ; vers la base, son tissu devient plus souple.

Il présentait à l'examen histologique des lésions de folliculite, surtout accusées au niveau de la pointe.