

dans toutes ces conditions, on constate souvent qu'il s'est passé quelque chose dans la fosse iliaque droite, le foyer anormal n'étant qu'un diverticule devenu prépondérant du foyer classique, il n'en est pas toujours ainsi, et de là des difficultés parfois assez grandes de diagnostic. Quelquefois même, ce diagnostic n'est établi qu'avec réserves : en un point quelconque de l'abdomen, on ouvre un abcès à pus fétide, mal lié, caractéristique d'une perforation intestinale, et on le rapporte, avec grande probabilité, à une appendicite anormale, parce qu'on sait qu'en principe, c'est le cas le plus fréquent, parce que, de temps à autre, par l'opération primitive ou par une intervention secondaire, ou bien à l'autopsie, on vérifie la lésion appendiculaire. Mais c'est un raisonnement sujet à erreur, et on se souviendra, par exemple, que Kirmisson, dans un cas de ce genre, a vu et suturé avec succès une perforation, de nature inconnue, siégeant sur une anse indéterminée de l'intestin grêle.

Il y a encore un facteur dont il faut tenir compte. Lorsque l'infection appendiculaire frappe le péritoine, elle y provoque parfois des lésions immédiatement diffuses, mais susceptibles de régression, et dans certains points éloignés de l'inoculation initiale quelques colonies microbiennes peuvent s'enkyster entre des anses intestinales, y provoquer des abcès secondaires, à distance, que tous les opérateurs ont rencontrés de temps à autre. Mais, en clinique, ces faits sont fort différents de ceux où le siège est primitivement anormal, et c'est de ceux-là seulement que je vais m'occuper, en commençant par la fréquente et si souvent embarrassante appendicite pelvienne.

On peut dire que dans l'abcès ordinaire de la fosse iliaque, l'appendice siégeant contre cette fosse, au-dessous et un peu en dedans du cæcum, il est de règle que la péritonite plastique gagne un peu au delà du détroit supérieur. Très souvent, quand on pratique de parti pris le toucher rectal, on sent quelque chose d'anormal et un peu douloureux à bout de doigt, en haut et à droite, mais de là ne résulte aucune particularité clinique ou opératoire ; l'abcès ouvert par l'incision de Roux, on constate seulement que le drain s'enfonce assez loin en bas et en dedans, et la

guérison survient comme s'il n'y avait pas eu de prolongement pelvien.

Les choses sont différentes quand l'abcès est d'abord pelvien, ce qui a lieu encore assez souvent par suite d'une perforation occupant l'extrémité d'un appendice long, qui plongeait dans le bassin. Alors, comme vous allez le voir, le diagnostic peut être délicat, et surtout la thérapeutique est plus difficile que pour les formes ordinaires.

I

Les cas les plus embarrassants pour le clinicien sont ceux où l'abcès, qu'il soit en avant ou surtout en arrière du bassin, se forme haut, c'est-à-dire à peu près au niveau du détroit supérieur, et vous allez vous en rendre compte par l'exposé d'une observation.

J'ai été appelé, le 21 janvier 1898, auprès d'un garçon de quinze ans qui, après avoir eu, en février et en juillet 1897, deux « indigestions » avec vives coliques et vomissements alimentaires, pendant une journée, avait été pris, le 19 janvier, à 11 heures du matin, d'accidents semblables, mais bien vite plus graves. Les douleurs abdominales, les vomissements persistèrent, et mon ami Le Gendre, croyant à une appendicite, malgré l'intégrité de la fosse iliaque, conseilla de me convoquer. J'arrivai le soir et trouvai un malade en assez bon état, avec 39 degrés et 100 au pouls. Les phénomènes rationnels étaient bien ceux d'une appendicite, mais aucun signe ne permettait de localiser un foyer. Dans le ventre, un peu ballonné, mais assez souple pour être facilement palpé, il n'y avait aucun point empâté, aucune zone de matité ; en particulier, aucune tumeur ne soulevait la fosse iliaque droite, où cependant il semblait y avoir un peu plus de défense musculaire et de douleur à la pression que du côté opposé. Au toucher rectal, je ne trouvai rien d'anormal. C'était au milieu de la nuit, il n'y avait aucun symptôme de mauvais augure ; je conseillai d'apporter le lendemain matin, à Trousseau, ce malade qui ne pouvait être opéré chez lui et qui exigeait une surveillance de tous les instants.

Bien m'en prit. Car si, le lendemain matin, tout était dans le même état, sauf un peu d'altération des traits due à la fatigue du transport, le soir, l'aspect changea brusquement à 6 heures. La température étant à 37°7, la langue restant humide, blanche, étalée, quelques gaz étant rendus par l'anus dans la journée, le pouls monta à 130, le facies se grippa légèrement, les coliques augmentèrent : aussi j'étais à l'hôpital à 9 heures du soir, et je me mis en devoir d'opérer.

Malgré ses fréquents inconvénients dans l'appendicite aiguë, je me décidai pour l'incision médiane sous-ombilicale. Il n'y avait, en effet, dans l'abdomen, aucun signe local pour guider le bistouri, pas davantage vers le rectum, et, dès lors, il fallait être prêt à explorer en divers sens, sans chercher à profiter d'adhérences qu'à l'examen clinique rien ne faisait espérer.

En effet, après incision du péritoine pariétal, je ne vis pas d'adhérences. Il s'écoula en abondance un liquide séreux et louche, puis l'épiploon et l'intestin grêle se présentèrent dans la plaie. Je les relevai du mieux que je pus avec des compresses aseptiques et, dans le fond, je vis et je sentis un foyer inflammatoire; une poche se rompit, et il en sortit un pus assez épais, grumeleux, très fétide. Au fond, je sentis quelque chose de dur que j'amenai au dehors : c'était l'appendice enroulé sur lui-même au devant du promontoire et largement perforé à sa base, près du cæcum, par une ulcération à bords sphacéliques. En dedans de cet orifice, je mis une ligature et je réséquai l'appendice. Je nettoyai ensuite de mon mieux le haut du bassin, où je trouvai deux calculs stercoraux dans le pus; je plaçai deux gros grains plongeant dans le bassin, et je terminai en mettant au-dessus d'eux, pour limiter le foyer autant que possible, une large mèche de gaz iodoformée. Je suturai la partie supérieure de l'incision, pour bien maintenir l'intestin et l'épiploon.

Il ne s'agissait sans doute pas d'une vraie péritonite suppurée diffuse, mais d'une de ces péritonites à grande poche, assez mal enkystées, sur lesquelles Jalaguier a insisté à juste titre. En tout cas, l'amélioration fut immédiate : un visage souriant, pouls à 116, mais plein, température à 37°4, langue humide, ventre souple et

indolent, tel fut l'aspect le 23 janvier, à la visite du matin. Un des drains fut retiré le 25 janvier, l'autre le 18 février, et, le 6 mars, la guérison était achevée, sans autre incident à noter qu'une indigestion avec diarrhée le 25 février.

J'ai pu agir juste à temps, à la première alerte de diffusion péritonéale, mais vous comprenez fort bien qu'avec de semblables foyers profonds, dont on ne peut connaître le siège à l'avance, les surprises soient aisées, et c'est ce qui advint, en particulier, à un homme de quarante-sept ans, chez lequel la crise initiale fut très insidieuse, en sorte que le diagnostic fut d'abord hésitant. Cet homme, cocher de son état, avait de temps à autre de fortes coliques avec diarrhée, dont il prenait philosophiquement son parti, en disant que « c'est le siège qui veut ça » et que « c'est la maladie des cochers ». Le 30 décembre 1896, il fut pris de la sorte, mais se sentit assez mal le lendemain pour prier mon ami, M. Maurange, de venir le voir; j'étais depuis quelques jours en voyage. Et quand je rentrai à Paris, dans la nuit du 2 janvier 1897, je trouvai une lettre où Maurange me demandait d'aller voir le brave homme, chez qui les symptômes initiaux, calmés par l'opium et la belladone, avaient été ceux d'une « fausse obstruction » avec émission de quelques gaz; et, « cependant, ajoutait Maurange, rien d'appréciable du côté de l'appendice; le ventre est uniformément ballonné, sans lieu d'élection des douleurs ».

Je trouvai un homme sans fièvre, avec pouls mauvais, avec un ventre météorisé où aucune région ne présentait un signe particulier quelconque; partout le rectum était libre. Dans l'histoire, rien qui ressemblât à une crise classique d'appendicite brusque, fébrile. Il y avait, certainement, une péritonite diffuse, aiguë, ayant toutes les allures de la péritonite par perforation; les anciennes crises de coliques — qui n'empêchaient pas le malade de travailler — permettaient seules de penser que l'appendice fût en cause. Je fis donc transporter le malade à l'hôpital Necker, dans le service de M. Le Dentu, et là, je lui fis une laparotomie médiane : les lésions étaient celles de la péritonite septique, avec météorisme intense des anses vascularisées, poisseuses, avec très peu d'exsudat, et en explorant pour en chercher

la cause, je rompis un gros foyer purulent, fétide, situé vers le promontoire, à gauche, et dans la partie toute supérieure du petit bassin. L'opéré succomba très rapidement, et à l'autopsie, M. Raymond Petit, alors interne du service, constata que l'appendice, transversalement dirigé au devant de l'angle sacro-vertébral, était perforé en son sommet et entouré de l'abcès que je viens de mentionner. L'évolution en avait été, en somme, celle d'une péritonite septique aiguë, brusquement greffée sur une vieille appendicite dont le foyer, en tout cas très vite masqué par le météorisme, était bien difficilement accessible à nos investigations; et ici encore la voie médiane convenait seule à une opération qui devait être exploratrice.

Les circonstances, heureusement, ne sont pas toujours aussi défavorables. D'ordinaire, on reconnaît l'appendicite presque avec certitude, comme chez le garçon dont je vous ai d'abord entretenu; et, de plus, il est habituel qu'à un moment donné, un point de contact avec la paroi se manifeste à nous par un peu d'empâtement limité, par de la douleur localisée à la pression. C'est ce que j'espérais, grâce à quelques jours d'attente, chez mon premier opéré, car le pronostic est infiniment meilleur si on ouvre un abcès appendiculaire en passant à travers des adhérences; à l'aide du traitement médical par la glace et l'opium, on réussit, en général, à calmer les accidents de façon que, si l'on ne peut arriver à opérer à froid, on puisse au moins profiter d'adhérences protectrices.

L'évolution est alors celle que vous avez observée chez une fille de treize ans, qui fut admise, le 24 novembre 1900, dans notre salle Valleix. Depuis une dizaine de jours, elle se plaignait de douleurs de reins, qu'elle attribuait au poids des livres qu'elle avait à porter pour aller en classe, lorsque, dans la nuit du 15 au 16 novembre, elle éprouva de violentes coliques, avec quelques vomissements glaireux, peu abondants. Le lendemain, naturellement, on la purgea; le surlendemain, on lui donna une potion pour arrêter les vomissements, et alors seulement on lui appliqua de la glace sur le ventre. Les symptômes se calmèrent alors et continuèrent jusqu'à ce que l'enfant entrât à l'hôpital. Le mode

de début nous fit tout de suite penser à l'appendicite, mais bien des choses rendaient le diagnostic hésitant. Il y avait bien, tout en bas de la ligne médiane, vers la droite, un peu de douleur provoquée par la palpation; mais dans le ventre, partout souple, rien ne ressemblait à une tuméfaction inflammatoire. Par contre, un peu de stupeur, rougeur des pommettes, lèvres et langue un peu sèches, diarrhée assez abondante et fétide, température de 38°5 à 39°5, autant de symptômes qui permettaient d'émettre quelques doutes, de penser à une fièvre typhoïde, lorsque, le 28 novembre, le toucher rectal nous révéla, en haut et à droite, une tuméfaction dure et douloureuse, en même temps que, sous la paroi abdominale, souple, facile à déprimer, une tuméfaction profonde se dessinait au-dessous de la symphyse pubienne, légèrement à droite de la ligne médiane. Du 27 au 30, la température oscilla de 37°5 à 38°5; puis, à partir du 30, entre 37 degrés et 37°5, avec quelques sommets à 38. En même temps, l'état général était bon, il n'y avait aucun symptôme de réaction péritonéale. Peu à peu, la petite plaque indurée, à la partie antérieure et interne de la fosse iliaque, devint plus large, et, le 13 décembre, j'ouvris un gros abcès contenant du pus assez épais. Pour y arriver, j'avais traversé un péritoine où, en haut et en dehors, les adhérences m'avaient paru bien médiocres; mais les anses intestinales, un peu rouges et poisseuses, ne demandaient sans doute qu'à s'agglutiner autour d'une mèche; d'autre part, pendant l'opération, des compresses aseptiques avaient réalisé une protection efficace; il n'y eut aucune réaction péritonéale, et, le 22 janvier, la cure était achevée.

C'est pour les cas de ce genre, où les adhérences du foyer à la paroi sont tardives, incomplètes, nulles même, que la temporisation est utile. D'abord, comme je viens de le dire, parce que, peu à peu, des adhérences se constituent; ensuite, parce que, avec le temps, le pus devient moins virulent. Certes, il ne faut pas attendre jusqu'à ce que la mort s'ensuive, et, lorsque vous serez appelés à temps, il sera exceptionnel que vous vous trouviez en face de cas aussi épineux que celui de mon malheureux cocher; et vous avez vu que, même sans adhérences appréciables, la

laparotomie médiane, à la recherche d'un foyer de siège inconnu, m'a une fois fort bien réussi. Mais ne comptez pas qu'il en soit toujours ainsi. Je me souviens, en particulier, d'une fillette d'une dizaine d'année chez laquelle, au début d'une crise aiguë, je trouvai comme unique signe local une douleur assez limitée au niveau du point de Mac Burney, plutôt un peu au-dessous. La réaction péritonéale se calma bien, mais la fièvre vespérale resta élevée, avec un état septique assez grave. Aussi fis-je le projet d'opérer dès que je saurais par où aller chercher un foyer; or, pendant plusieurs jours, je n'eus, pour le localiser, qu'une douleur vague au toucher rectal, sans tuméfaction faisant saillie, avec un peu de manque de souplesse au bout du doigt. Au dixième jour, à 8 heures du matin, je trouvai enfin de la résistance et de la submatité sur l'étendue d'environ une pièce de dix centimes, au-dessus de l'extrémité interne de l'arcade de Fallope, et comme l'infection septique était notable, j'opérai à 11 heures : dès le soir, le pouls était aux environs de 150, petit, dépressible, et, en trente-six heures, l'enfant succombait. Elle n'a pas vomi, le ventre ne s'est pas ballonné et n'a pas été douloureux; mais le pouls, le facies, la dyspnée, l'agitation mettent pour moi hors de doute qu'en ouvrant l'abcès, où cependant je n'ai fait aucune manœuvre, j'ai rompu des adhérences encore insuffisantes et j'ai inoculé la grande séreuse avec un pus où l'examen bactériologique a révélé l'existence du bactérium coli et du vibrion septique particulièrement virulents.

Cette question des adhérences, de la virulence moindre du pus à mesure qu'on attend, n'est pas spéciale aux cas qui nous occupent; c'est celle qui fait le fond du débat, pour les appendicites qu'on ne peut amener à refroidissement complet, entre les temporisateurs et les radicaux qui veulent toujours opérer d'urgence. Mais son importance est d'autant plus grande que le foyer initial est plus difficile à reconnaître, qu'il est plus éloigné de nos voies d'accès. Car, soit qu'il s'agisse d'abcès postérieurs, soit qu'il s'agisse d'un abcès latéral descendant un peu dans le petit bassin, ces poches pelviennes supérieures ne peuvent être justiciables que de la voie abdominale : incision latérale quand on sent

quelque chose dans la fosse iliaque, incision médiane quand, ne sentant rien, on est forcé de partir en exploration. Au contraire, lorsque le pus descend jusque dans la partie inférieure du bassin, lorsqu'il se collecte dans le cul-de-sac de Douglas, alors nous avons la ressource de passer par en bas, et, par le rectum, par le vagin, par le périnée, — ces trois chemins ont été suivis, — d'établir un drainage déclive en ne risquant pas d'inoculer la grande cavité péritonéale. C'est ce que va vous faire comprendre l'histoire de quelques malades.

II

Le 10 mars dernier, à 10 heures du soir, on apporta dans mon service, à l'hôpital Trousseau, une fillette de neuf ans atteinte d'une appendicite aiguë. Le début avait eu lieu dans la nuit du 3 au 4 mars, par une douleur subite et vive, localisée à droite. Le 4 au matin survint un vomissement. On consulta le pharmacien, qui ordonna une purge, puis une seconde, la première n'ayant pas produit d'effet. Le mardi, 5 mars, les vomissements continuèrent, de sorte qu'on appela un médecin qui diagnostiqua une appendicite, institua tout de suite le traitement par la glace et l'opium, et les vomissements cessèrent, mais la fièvre ne céda point, l'état général resta grave, le ventre se ballonna et c'est dans ces conditions que l'enfant fut envoyée à l'hôpital.

À l'entrée, l'interne de garde constata que le facies était assez fortement creusé, que le ventre était ballonné, que le pouls était petit. Mais il n'y avait que 100 pulsations, l'enfant répondait bien aux questions, la voix n'était pas cassée, il n'y avait pas de vomissement. L'inspection, la palpation, la percussion révélaient très nettement une masse volumineuse, à peu près médiane, remontant à peu près à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse et empiétant vers la fosse iliaque droite.

C'est dans cet état que je trouvai la fillette le 11 mars au matin. Le pouls ne battait qu'à 100 et la température était à 37°, mais le facies était fortement péritonéal et je regrettai que l'on ne m'eût pas envoyé chercher pour ouvrir ce gros abcès, dont l'exis-

tence était manifeste sitôt l'entrée à l'hôpital. L'événement a, d'ailleurs, prouvé que ces craintes étaient exagérées et tout de suite je vérifiai qu'il n'y avait pas de péritonite généralisée.

En effet, lorsque j'incisai la paroi abdominale par l'incision de Roux, je ne trouvai entre ses plans aucune infiltration œdémateuse, la face externe du péritoine m'apparut saine et dans la cavité séreuse il n'y avait pas de trace de péritonite généralisée. Et dans cette séreuse bombait, derrière la vessie, un dôme auquel adhéraient des anses intestinales, mais qui, nulle part, ne venait au contact de la paroi abdominale antérieure : à droite, à gauche, en avant, le doigt, promené doucement, en fit le tour sans rien rompre.

Il y avait donc, de toute évidence, un gros abcès pelvien qu'au toucher rectal mon interne, M. Jouon, sentait bomber fortement sous la paroi antérieure du rectum, et qui, d'autre part, avait causé une rétention d'urine ayant exigé le cathétérisme avant l'opération.

Ouvrir cet abcès par l'incision iliaque me parut horriblement dangereux, car si quelquefois, en protégeant bien avec des compresses la cavité péritonéale libre d'adhérence, puis en installant avec soin, autour d'un gros drain, une mèche de gaze pour limiter le foyer, on peut ouvrir avec succès ces abcès éloignés de la paroi, il n'en reste pas moins vrai que le pronostic, dans ces conditions, est considérablement plus grave que pour l'incision des abcès ordinaires de la fosse iliaque. Pour l'appendicite pelvienne opérée de la sorte, j'ai certainement obtenu plusieurs guérisons, mais, dans ma statistique, comme dans celles de tous les autres chirurgiens, la mortalité est alors grande. Aussi, dans le cas actuel, mon parti fut-il vite pris, et, séance tenante, je suturai sans drainage l'incision abdominale, je mis l'enfant en travers du lit, en position du spéculum, le bassin élevé sur un coussin, j'introduisis une valve contre la paroi rectale postérieure, et j'incisai le rectum sur la ligne médiane de la paroi antérieure, là où bombait la collection. Après incision du rectum, j'allai à la découverte avec la sonde cannelée, j'effondrai un point un peu dépressible, et je vis sortir au moins 100 grammes de pus mal lié, horriblement fétide.

L'orifice était petit, le trajet assez long et étroit : je ne voulus pas le dilater au risque de rompre des adhérences protectrices, et je me bornai à laver la poche avec une canule assez mince, sans y mettre de drain. Un drain debout n'eût pas tenu, un drain en T eût exigé un trajet trop large, et d'autre part, je connaissais la simplicité avec laquelle ont coutume d'évoluer, après évacuation, les appendicites pelviennes qui s'ouvrent spontanément dans le rectum.

Le soir, l'enfant était dans le même état, avec le pouls à 100, la température à 37°2; mais le pouls était faible. Une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum fut pratiquée. A 8 h. 1/2 du soir, un vomissement, qui fut le dernier. Le 12, matin, l'enfant était calme, le ventre n'était plus ballonné, le pouls battait à 80, mais il ne coulait pas de pus par le rectum. En sorte que, le 13, après installation de deux valves, l'orifice rectal fut dilaté avec une pince et drainé avec un drain debout, après issue de 80 grammes de pus. Le 15 mars, il sortit encore un peu de pus et le drain tomba. Pendant ce temps, jusqu'au 21 mars, l'enfant fut soumise à l'action de l'extrait thébaïque, de façon à être constipée.

La température oscilla jusqu'au 18 mars entre 37°5 et 37°8; à partir du 18 mars, elle fut vers 37° le matin, vers 37°5 le soir; à partir du 25, à 37° matin et soir. Depuis le 18 mars, la plaie rectale paraît cicatrisée, il ne s'écoule plus de pus par le rectum, et aujourd'hui 30 mars, la plaie abdominale étant réunie par première intention parfaite, l'enfant paraît guérie, avec un ventre souple et indolent, avec des selles normales, quotidiennes depuis le 24 mars.

Par l'incision rectale, j'ai donc obtenu une guérison particulièrement rapide, et je crois que j'ai très bien fait de renoncer à la voie abdominale dès que j'ai eu constaté l'absence d'adhérences. Mais la plaie iliaque une fois refermée, la voie rectale n'était pas la seule à laquelle je dusse songer : dans les cas de ce genre, en effet, on peut également passer soit par le vagin, soit par le périnée en dédoublant la cloison recto-vaginale.

Je me souviens qu'il y a quelques années, en rentrant de