

Actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, l'entérotomie est rentrée au second plan. L'ouverture du ventre, qui permet d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire disparaître, est la véritable opération curative. L'entérotomie n'est qu'une opération palliative; mais nous devons convenir tout de suite que ses indications sont encore infiniment nombreuses. Voyons donc à quels cas convient l'ouverture du ventre ou *laparotomie*, et à quels cas doit être réservée l'*entérotomie*.

Dans tous les cas d'occlusion aiguë, la laparotomie est indiquée. Les lésions causales sont en effet ici des vices de position : invaginations, volvulus, torsion, ou des étranglements internes auxquels il est facile de remédier après l'ouverture du ventre, mais l'opération doit être pratiquée de bonne heure pour donner de bons résultats. Un mémoire récent de Schramm montre bien ce que j'avais déjà commencé à établir, à savoir que les succès sont en proportion de la précocité de l'intervention. L'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication.

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, dilata-

tion 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

TYPHLITE

L'inflammation du cæcum ou typhlite a perdu depuis peu la situation prépondérante qu'elle occupait dans la pathologie de l'abdomen. L'appendicite s'était si bien mise à sa place que Talamon n'hésitait pas à écrire (*Médecine moderne*, 30 oct. 1890) que « la typhlite primitive des auteurs est une maladie purement théorique ». — Depuis cette époque nombre d'observations sont venues démontrer la réalité et la fréquence des lésions isolées du cæcum.

Étiologie. — Les causes invoquées pour expliquer la typhlite étaient surtout jusqu'à ce jour :

1° La coprostase, qui pour beaucoup d'auteurs reste la cause principale;

2° Les accidents dus à la présence de corps étrangers (très rares);

3° Des lésions consécutives à la dysenterie, à la fièvre typhoïde;

4° Il faut faire une place à part à *la tuberculose* qui, déjà signalée en 1845 par Valy et en 1859 par Leudet, a été tout récemment mise en lumière surtout par Terrier, Richelot, Hartmann et Pilliet.

Quelle que soit la cause déterminante, toute typhlite est essentiellement une entérite qui peut se propager au tissu séreux et constituer par suite une pérityphlite.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques de *la typhlite inflammatoire* sont assez mal connues, les malades guérissant le plus souvent. Dans une autopsie de Mariage (Th. de Paris, 1890)

(le malade était mort d'une diphthérie intercurrente), les parois du cæcum étaient augmentées de volume; la muqueuse fut trouvée rouge et tuméfiée sans ulcérations ni perforations; adhérences péricæcales avec l'intestin grêle, et, au milieu de ces adhérences, quelques petits abcès bien limités. Pas de péritonite généralisée. L'appendice était libre et tout à fait sain.

L'inflammation peut être plus intense. La muqueuse se boursoufle parfois à tel point que la cavité cæcale est presque complètement effacée. Duguet, dans un cas, a vu un phlegmon diffus développé entre la muqueuse et la musculuse. Le pus collecté entre ces membranes perfora la muqueuse et se vida dans la cavité intestinale.

Au cours d'une typhlite intense peut s'observer une péritonite généralisée par perforation complète des parois du cæcum. Mais une perforation de ce genre est souvent englobée dans des fausses membranes qui limitent l'inflammation péritonéale. Ces péritonites partielles constituent les véritables pérityphlites. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque continu avec le tissu cellulaire sous-séreux du cæcum prend aussi part à cette inflammation. Inversement il est probable que des abcès de la fosse iliaque pourront déterminer des typhlites secondaires.

En dehors de toute perforation, l'inflammation totale du cæcum, ou l'adénite des ganglions qui accompagnent les artères cæcales détermine facilement la pérityphlite.

La forme chronique ou tuberculeuse, dont la description anatomopathologique repose en grande partie sur les travaux de Pilliet et qui a fait le sujet de la thèse de Benoît (Paris, 1895), est tout à fait différente.

Ici les parois de l'intestin sont très épaissies. Autour du cæcum se dépose une masse scléro-adipeuse épaisse et résistante, qui, à l'ouverture du ventre, évoque l'idée d'un néoplasme.

Le cæcum est entouré souvent d'une grande quantité de ganglions caséux, qui se prolongent sous la forme d'un chapelet ganglionnaire le long de la colonne vertébrale, jusqu'à la hauteur du pancréas parfois. Ces ganglions sont rouges, violacés et contiennent quelques foyers caséux.

La tumeur, ainsi formée, adhère aux tissus voisins; le cæcum se distingue difficilement des anses voisines de l'intestin grêle qui lui adhèrent; lorsque des abcès se sont ouverts à l'extérieur, la présence

des trajets souvent multiples achève encore d'enlever aux parties leur physionomie normale.

Telle est la forme la plus accentuée; il en est d'atténuées; tout se borne parfois à un épaississement de la paroi cæcale. L'angle iléo-cæcal est le siège fréquent d'une tuberculose très localisée.

Sur la tumeur cæcale ouverte, on se rend compte de l'hypertrophie énorme des parois de l'intestin, qui modifie si complètement, comme nous l'avons dit, l'étendue de la cavité. Tantôt la valvule est envahie par la tuberculose et l'orifice iléo-cæcal réduit à un simple pertuis qui laisse à peine quelquefois passer un tuyau de pipe; dans ce cas l'intestin grêle est très dilaté; tantôt on trouve des rétrécissements multiples, comme dans le cas de Pilliet, où le cæcum n'était plus représenté que par une sorte d'ampoule, du volume d'une petite orange, à parois rigides, interposée entre les deux intestins, sans traces de valvule de Banhin.

La muqueuse porte comme lésion caractéristique une ulcération limitée par un bord serpiginieux autour duquel elle bourgeonne et s'hypertrophie. Au milieu de ces bourgeons se voient des tubercules caséux du volume d'une tête d'épingle. L'ulcération isole par place des petits fragments de muqueuse et les découpe en une série de languettes papillaires qui restent groupées en bouquet, d'où l'aspect vilieux et comme verruqueux de sa surface.

L'examen histologique montre que les follicules tuberculeux sont relativement rares; on n'en trouve presque pas dans la couche sous-muqueuse: ils siègent presque exclusivement sous le péritoine. Au contraire, il existe une infiltration embryonnaire qui débute au-dessous des villosités et traverse la couche musculaire en dissociant ses faisceaux. Ces caractères anatomiques propres à la tuberculose lymphoïde du cæcum ont été comparés par plusieurs auteurs à ceux du lupus (Th. de Benoît, Paris, 1897).

Symptômes. — La typhlite présente plusieurs formes.

1° *Forme simple.* — Après quelques jours de malaise, un individu bien portant d'ordinaire éprouve quelques nausées; il est constipé ou présente des alternatives de constipation et de diarrhée. Une douleur sourde apparaît d'abord un peu vague puis bien fixée dans la fosse iliaque droite. Elle s'irradie dans le reste de l'abdomen qui se ballonne. On trouve à ce moment sous une forme atténuée les phénomènes de l'occlusion intestinale.

La fièvre est quelquefois nulle; mais le plus souvent la température s'élève de 1 à 2 degrés au-dessus de la normale.

Au bout de quelques jours, spontanément soit à la suite de purgatifs ou de lavements, le malade évacue des matières fécales en abondance; au bout de quelques jours il a recouvré la plénitude de ses forces.

2^o *Forme aiguë.* — Après un début analogue au précédent les symptômes au lieu de s'amender augmentent d'intensité. La douleur devient plus vive, surtout au niveau de la fosse iliaque. Elle rend tout examen impossible en dehors de l'anesthésie. Le ballonnement augmente; les vomissements sont plus fréquents; ils deviennent bilieux, porracés, quelquefois même fécaloïdes. Le thermomètre dépasse 38 et 39 degrés. On constate, somme toute, les phénomènes de la péritonite localisée.

Si l'examen local est possible, on trouve un peu au-dessus de l'arcade crurale, en dedans de l'épine iliaque, une plaque indurée qui correspond au cæcum enflammé. Dans d'autres cas, c'est un véritable boudin caractéristique de la réplétion du cæcum par des matières stercorales plus ou moins dures. Dans ce cas la percussion fournit tantôt de la matité, tantôt de la submatité, tantôt encore une sonorité hydro-aérique due au mélange des liquides et des gaz contenus dans le cæcum distendu.

Arrivée à ce point la typhlite se complique forcément d'un certain degré de pérityphlite. L'une et l'autre peuvent encore guérir rapidement. Les selles se rétablissent, la douleur disparaît peu à peu, la tumeur s'efface, tout rentre dans l'ordre.

Si la pérityphlite continue à évoluer et qu'elle arrive à la suppuration le tableau est tout autre; nous reviendrons sur cette complication après avoir étudié les appendicites auxquelles elle succède si souvent.

3^o *Forme tuberculeuse.* — Le début est remarquable par sa lenteur. Les douleurs éprouvées par le malade peuvent survenir irrégulièrement, persister des mois ou affecter une véritable périodicité à longue échéance, comme dans le cas cité par Roux où elles se montraient régulièrement au printemps et à l'automne. C'est souvent après l'une de ces périodes de crise que les malades s'aperçoivent de la présence d'une tumeur plus ou moins douloureuse dans la fosse iliaque droite. La constipation peut constituer l'unique symptôme de

la maladie pendant longtemps; à la longue les lésions augmentant, et des complications survenant dans le voisinage, l'affection prend les caractères de la typhlite et de la pérityphlite ordinaires.

Pronostic. — La typhlite n'est généralement pas grave; mais le pronostic doit pourtant être toujours réservé. En effet une typhlite primitive, outre qu'elle peut déterminer, soit une perforation soit une pérityphlite, est exposée à devenir tuberculeuse. Cette transformation nous apparaît comme logique et certains faits la prouvent. On peut dire avec Benoît qu'une typhlite à répétition, après avoir débuté sous l'influence d'une cause banale, doit être souvent entretenue par des lésions tuberculeuses surajoutées.

Diagnostic. — Avant l'apparition de la tumeur formée par la pérityphlite le diagnostic est généralement facile. La rénitence cæcale, la localisation et la persistance de la douleur, les symptômes généraux, éloigneront l'idée d'une colique hépatique ou néphrétique. On soupçonnera la nature tuberculeuse de l'affection dans le cas de typhlite à répétition et à marche chronique. Il faudra rechercher le bacille dans les garde-robes.

L'entérite tuberculeuse ordinaire se distingue de la typhlite tuberculeuse par sa diarrhée incessante qui ne cède à aucun traitement et par l'apparition fréquente des signes non douteux de tuberculose pulmonaire.

Traitement. — La typhlite simple par coprostase se traite par les purgatifs ou, si l'obstruction était tenace, par les lavements électriques.

Richelot a proposé et exécuté avec succès dans la typhlite tuberculeuse la résection d'une portion du cæcum limitée à la partie malade; c'est une opération qui peut et doit, pour être efficace, se pratiquer de bonne heure.

Les lésions profondes de la tuberculose qui aboutissent à la formation de rétrécissements au niveau de la valvule ou à son voisinage peuvent entraîner des résections plus étendues, totales même de la première portion du gros intestin. Nous verrons bientôt la conduite que commandent les inflammations du péritoine voisin, les pérityphlites.

CHAPITRE III

APPENDICITE

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; Lendet (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 récentes (1895) de Benoit et de Jacob.

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 1895), que les seules lésions bien définies de l'appendicite, la tuberculose et l'actinomyose, 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 gangreneuse.

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 cerise, 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 5.

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

Anatomie pathologique. — L'appendicite simple catarrhale est peu connue. Stimson, dans un cas, a trouvé une inflammation très prononcée de la muqueuse avec disparition de l'épithélium et infiltration de cellules rondes dans la paroi. On a noté parfois un rétrécissement ou même une oblitération complète du canal appendiculaire. Si ce conduit n'est pas infecté, son bout périphérique se dilate et donne naissance à un de ces kystes bien étudiés par Lafforgue

(Th. de Lyon, 1895). Mais, avec ces rétrécissements et surtout ces oblitérations, une infection microbienne a beau jeu pour amener la perforation de ces parois muqueuses amincies par la distension.

La lésion la plus frappante de l'appendicite, c'est la perforation. Le mécanisme de sa production n'est pas très bien connu. Assez souvent, sans doute, un corps étranger peut la produire et dans ce cas il agit tantôt par pression directe, la perforation siégeant alors au niveau du calcul lui-même, tantôt indirectement; la perforation se fait à distance sur l'appendice fermé comme par un bouchon, distendu et enflammé. Mais nous avons dit qu'en dehors de tout corps étranger la maladie était encore très commune et que souvent même celui-ci devait être considéré comme secondaire. Il y a en effet des perforations qui ne sont en aucune façon imputables à cette cause. Elles peuvent être uniques ou multiples, généralement peu étendues en surface; elles sont bordées par une muqueuse boursoufflée, rouge et contenant des follicules clos augmentés de volume. Quénu a fait voir que c'est précisément au niveau des follicules que se produisent les pertes de substance, et mon interne, Chibret, a vérifié ce fait sur des appendices que Jacob lui avait donnés à examiner.

Les agents même de la perforation sont inconnus dans la plupart des cas; souvent il s'agit d'ulcérations tuberculeuses.

La perforation siége tantôt et le plus souvent peut-être à l'extrémité de l'appendice, ce qui est un argument contre l'action prépondérante des calculs fécaux, tantôt sur une de ses faces, tantôt enfin, mais plus rarement, au niveau de son insertion sur le cæcum.

A côté des perforations, il faut signaler les gangrènes qui peuvent être étendues à presque tout l'appendice, ou disposées en plaques, en sillons souvent circulaires et susceptibles d'amputer l'organe. Celui-ci continue à vivre dans sa partie terminale si l'anneau du sphacèle est situé au-dessus du point par lequel l'artère nourricière pénètre dans les parois de l'appendice.

L'infection du péritoine au niveau des perforations que nous venons de signaler donne lieu parfois à la péritonite généralisée; mais la plupart du temps des adhérences protectrices limitent l'inflammation péritonéale, et alors, comme pour la typhlite pure, nous avons affaire à une complication sur laquelle nous reviendrons bientôt, la pérityphlite.

Symptômes. — Il faut distinguer 3 formes : 1° l'appendicite

bénigne; 2° l'appendicite aiguë avec perforation et péritonite généralisée; 3° l'appendicite aiguë avec péritonite circonscrite.

1° *Forme bénigne.* — Elle débute généralement en pleine santé, parfois après quelques jours de troubles digestifs, constipation, ou diarrhée (Maurin), par une douleur vive que le malade rapporte le plus souvent au côté droit de l'abdomen, quelquefois à l'ombilic. Son maximum d'intensité est généralement dans la fosse iliaque droite.

On constate en même temps, dans beaucoup de cas, des vomissements alimentaires et bilieux, toujours de l'anorexie avec constipation et état suburral de la langue; la température, d'ordinaire normale, dépasse rarement 38°,5.

La palpation n'est pas toujours facile. Elle est empêchée par la douleur et la contraction des muscles de la paroi. Si, par hasard, 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). En quelques jours, douleur et tumeur disparaissent. Cette dernière persiste plus longtemps; elle devient même quelquefois plus appréciable lorsque, la douleur s'éteignant, les muscles ne se contractent plus.

2° *Appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée.* — Même début que dans la forme précédente; mais bientôt le ventre, d'abord rétracté, se ballonne, les vomissements deviennent porracés, le facies se grippe, la fièvre atteint 38°,5 et 39. Le pouls est petit, le malade présente en un mot tous les signes de la péritonite suraiguë. Dans ces conditions, l'exploration de la fosse iliaque est de bonne heure impossible, ce qui peut gêner beaucoup le diagnostic.

3° *Appendicite aiguë avec péritonite circonscrite.* — Elle ressemble beaucoup à la forme précédente, mais généralement avec un peu d'atténuation dans les symptômes. Plusieurs cas se présentent ici. Tantôt après trois ou quatre jours pendant lesquels on ne saurait dire dans quel sens la maladie va évoluer, les phénomènes s'amendent, la lésion se localise. Elle peut avec le temps diminuer peu à peu et disparaître; mais elle est sujette aussi à des rechutes (*appendicite à répétition*), qui ramènent périodiquement un état plus ou moins menaçant et qui, par le seul fait de leur existence, troublent profondément les fonctions et affaiblissent l'économie tout entière.

Plus souvent encore, aux phénomènes de l'appendicite succèdent ceux de la pérityphlite reconnaissable à l'empâtement que forment dans la fosse iliaque les exsudats péritonéaux et les adhérences autour du cæcum et de l'appendice. Nous reviendrons bientôt sur les symptômes de cette complication.

Enfin il faut signaler une 4^e forme décrite par Talamon sous le nom de colique appendiculaire, mais fortement mise en doute par la plupart des observateurs. Ce serait une forme douloureuse déterminée par le passage et la sortie alternative d'un calcul stercoral dans l'appendice sans lésion de ce dernier.

Diagnostic. — L'appendicite aiguë sera généralement reconnue sans difficulté. 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 : testicule 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 sont toujours plus ou moins corps avec l'utérus.

Lorsqu'un appendice déplacé et contenu dans une hernie se trouve enflammé, il est impossible de le soupçonner.

Pronostic. — Les formes bénignes de l'appendicite sont communes, beaucoup plus communes que 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.

Les cas suraigus avec perforation et péritonite aiguë se terminent le plus souvent par la mort, quoi qu'on fasse.

Les cas moyens, appendicite avec pérityphlite, guérissent spontanément dans nombre de cas, ou bien se terminent heureusement après l'incision. Les appendicites à rechute nécessitent une opération, la résection de l'appendice qui est presque toujours suivie de succès. Elles peuvent cependant, après un ou plusieurs accès de moyenne intensité, donner tout à coup naissance à une péritonite suraiguë.

Traitement. — Au début, on donne de l'opium assez largement, et l'on place sur la fosse iliaque droite un sac en caoutchouc contenant de la glace. En présence d'une péritonite généralisée l'intervention immédiate est indiquée. Par une laparotomie médiane on pénètre dans la cavité abdominale ; les foyers purulents sont recherchés, vidés et lavés ; l'appendice est réséqué, s'il peut être découvert ; on lave largement la cavité abdominale à l'eau bouillie et salée, et l'on en pratique le drainage.

Dans les appendicites à rechutes on choisit, pour intervenir, les périodes de calme et l'on peut réséquer l'appendice sans craindre l'infection du péritoine si l'opération est conduite antiseptiquement.

Enfin nous allons voir comment il faut se comporter lorsque tout permet de supposer qu'une collection purulente, une pérityphlite suppurée s'est produite au voisinage de l'appendice.

CHAPITRE IV

PÉRITYPHLITE

Longtemps décrite avec les phlegmons de la fosse iliaque, la pérityphlite est à l'heure actuelle, grâce aux recherches anatomiques de Bardeleben, Luschka, Trèves, Tuffier, Jonesco considérée comme une péritonite localisée ; mais il est bien évident que l'inflammation peut s'étendre au tissu cellulaire de la fosse iliaque, et qu'on se trouve ainsi parfois en présence d'un phlegmon de cette région.

Anatomie pathologique. — Nous avons vu que la pérityphlite succédait à la typhlite et à l'appendicite. L'apparence anatomique est

cliniquement différente suivant qu'il s'agit de lésions inflammatoires simples ou de lésions tuberculeuses.

1° *Pérityphlites non tuberculeuses*. — Il arrive, dans bien des cas, que la pérityphlite se borne à une péritonite localisée autour du cæcum et de l'appendice, avec exsudation plus ou moins abondante, *mais sans suppuration*. Ces lésions guérissent en laissant après elles quelques adhérences. Peut-être même, comme le pense Guttman, des suppurations très limitées et bien encapsulées guérissent-elles par résorption comme des exsudats séro-fibrineux.

La *pérityphlite suppurée* succède soit à une perforation, soit, et plus souvent peut-être, à l'extension d'une infection appendiculaire ou cæcale par la voie lymphatique. En tout cas des adhérences ont limité l'inflammation au voisinage du foyer primitif et empêché son extension à toute la cavité péritonéale. Un foyer purulent se trouve ainsi constitué. Roux (de Lausanne) a bien étudié l'évolution de ces collections, dans le cas où existe une perforation. Au début, on ne trouve qu'un petit abcès, gros souvent comme une noisette à peine et tout à fait en regard de la perforation; une série d'abcès semblables se forment ensuite au voisinage, les uns après les autres; peu à peu ils fusionnent et finissent par constituer une poche assez volumineuse, dont les parois d'abord molles et friables comme toute adhérence récente deviennent à la longue fibreuses et résistantes.

Le contenu est tantôt séro-purulent, tantôt franchement purulent; parfois on y trouve, avec le pus, des matières fécales et des gaz, des débris de l'appendice, le corps étranger qui a pu être l'origine de tous les accidents.

Cet abcès évolue à la façon des abcès ordinaires. Il peut s'étendre, fuser plus ou moins loin, gagner même des régions éloignées.

Il est placé, suivant les cas, dans des régions un peu différentes: derrière le cæcum, ou en avant de lui, ou au milieu des anses de l'intestin grêle et du cæcum réunis en magma, etc.; — il n'y a aucune règle à ce sujet.

Ces abcès peuvent, même lorsqu'ils sont volumineux, guérir par résorption; mais il ne faut pas compter sur cette terminaison. Il arrive du reste, comme je l'ai nettement constaté, qu'après avoir tendu vers la guérison et s'être résorbés en partie ils se réchauffent et subissent une nouvelle poussée.

Le plus souvent, la collection tend à s'ouvrir et, dans ce cas, elle

suit le plus souvent une des trois routes suivantes: 1° ouverture à l'extérieur à travers la paroi abdominale qui se laisse amincir et perforer; 2° ouverture dans le cæcum; 3° ouverture dans la cavité péritonéale, d'où péritonite suraiguë.

On a noté encore, à titre de rareté, l'ouverture dans le rectum, la vessie, le canal inguinal, les bourses, l'invasion du thorax, l'ouverture dans les vaisseaux iliaques, etc.

2° *Pérityphlites d'origine tuberculeuse*. — Cette forme a été étudiée par Hartmann et Pilliet, Broca et Pilliet, et dans la thèse de Benoît (1895). — Nous avons décrit plus haut les lésions de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuses. La pérityphlite se constitue autour d'elles par l'accumulation de fausses membranes tuberculeuses au milieu desquelles on trouve une grande quantité de ganglions caséux du volume d'une lentille à celui d'une noisette. Le cæcum et l'appendice sont plongés dans cette masse et souvent il est impossible de les y reconnaître.

Cette tuberculose cæcale et péricæcale donne fréquemment lieu à un abcès froid iliaque, véritable péritonite tuberculeuse suppurée, qui s'ouvre à l'extérieur par des trajets multiples dont le siège est le même que pour la pérityphlite suppurée ordinaire.

Symptômes. — *Dans la pérityphlite aiguë simple*, les accidents généraux sont ceux d'une péritonite localisée plus ou moins grave, avec péritonisme général, ballonnement du ventre, constipation vomissements, etc. Ces phénomènes s'atténuent plus ou moins rapidement lorsque la pérityphlite ne suppure point; il peut y avoir des alternatives de calme et de malaise; mais la marche est le plus souvent progressive.

La palpation de la région, lorsqu'elle est possible, permet de sentir la tuméfaction vague, mal limitée, accompagnée quelquefois d'une sorte de blindage de la paroi abdominale antérieure semblable à celui du phlegmon du ligament large. La percussion ne fournit pas de renseignement important. On trouve ordinairement de la matité, ou bien un bruit hydro-aérique. Si la pérityphlite aboutit à la suppuration, la tuméfaction augmente. La zone mate gagne en étendue à moins que l'abcès ne soit postérieur et recouvert par le cæcum et les anses de l'intestin grêle. Même un abcès antérieur peut être sonore par le fait de gaz développés dans sa cavité. La paroi abdominale ne devient œdémateuse que si l'abcès tend à s'ouvrir à

son niveau; la fluctuation ne peut s'observer que dans les abcès dont les dimensions sont très considérables : 4 fois sur 48, Barling (de Birmingham). Dans certains cas, d'après Roux, on perçoit une sensation de résistance molle comparable à celle que donnerait un cylindre de carton mouillé senti au niveau du cæcum et coïncidant avec la sonorité de cet organe et du côlon.

La guérison s'obtient le mieux par l'ouverture abdominale; une fistule pyostercorale peut cependant persister; l'ouverture dans le cæcum est moins favorable, mais elle conduit encore la plupart du temps à la guérison; il n'y a pas à insister sur la gravité de l'ouverture dans le péritoine.

2° Dans la *perityphlite tuberculeuse suppurée*, la peau peut être encore intacte; lorsque l'affection dure depuis un certain temps des fistules s'y sont presque toujours ouvertes, le plus souvent au voisinage de la région inguino-crurale, quelquefois au-dessus vers la région lombaire. On en a vu déboucher au pourtour de l'anus. Le pus qui s'écoule par ces ouvertures a l'aspect du pus des abcès froids; il peut être mêlé à des matières fécales. La peau s'infiltré parfois, se boursoufle et s'ulcère au niveau des trajets fistuleux, si bien que, par exemple, comme dans un cas de Terrier, il s'était formé un fungus énorme à pertuis multiples qui pouvait en imposer pour une tumeur maligne.

La palpation exercée sous le chloroforme fait sentir dans la fosse iliaque droite une tumeur de consistance dure ou simplement rénitente, à surface inégale et bosselée dont le volume varie de celui d'une pomme d'api à celui d'une orange. Elle peut, mais rarement, atteindre les dimensions d'une tête de fœtus. En bas et en dehors les limites de cette tumeur sont ordinairement nettes; elle reste distante de l'arcade crurale et du bord saillant de l'os iliaque de deux travers de doigt environ. Par en haut, ses limites sont difficiles à saisir, à moins qu'elle ne soit de très petit volume.

Ordinairement la tumeur n'adhère pas à la paroi abdominale, autant du moins que des fistules ne se sont pas établies. Des anses d'intestin grêle la recouvrent; en déprimant la paroi à son niveau, il se produit du gargouillement dans ces anses.

Elle est au contraire solidement adhérente aux parties profondes sauf dans quelques cas très heureux où elle est mobile dans tous les sens.

Les signes fonctionnels sont ceux de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuses dont nous avons déjà parlé. La maladie se termine presque toujours par l'hecticité et le marasme.

Diagnostic. — Au début le diagnostic porte surtout sur l'existence de la typhlite ou de l'appendicite originelles. Lorsque la *perityphlite aiguë simple* est bien constituée, le diagnostic en est généralement facile. Mais un point délicat est de savoir si elle est suppurée ou non. Nous avons déjà dit qu'il ne fallait pas compter pour l'établir sur la constatation de la fluctuation ou même de la matité. D'après Roux, si un début brusque n'est pas immédiatement suivi de rémission, il se produit de la suppuration dans les quarante-huit heures; mais peut-être cette rapidité dans l'évolution est-elle un peu exagérée au moins pour la plupart des cas. — On ne peut avoir aucune confiance dans la ponction aspiratrice; elle n'est pas sans inconvénient et elle manque le but dans les trois quarts des cas.

Le psoïtis et l'adénite iliaque pourraient simuler la *perityphlite*; mais la première, d'ailleurs rare, ne s'accompagne point de phénomènes abdominaux intenses; elle présente, au contraire, des caractères 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 *perityphlite tuberculeuse* se présente, comme nous l'avons vu, sous trois apparences : il y a tumeur; il y a empatement diffus; il existe des fistules.

4° Dans le cas de tumeur limitée l'idée de cancer se présente souvent, et la distinction n'est pas toujours facile. On s'appuiera, pour admettre le cancer, sur la marche plus rapide, la présence du sang dans les selles, la mobilité plus grande de la tumeur, l'hérédité, l'âge, etc.

Le lymphadénome intestinal accompagne le plus souvent la lymphadénie généralisée.

Dans l'adénite chronique des ganglions iliaques, outre que le siège est plus inférieur et plus interne, on ne constate point les troubles

digestifs et les signes de rétrécissement qui caractérisent la pérityphlite tuberculeuse.

Nommons encore, sans les discuter, le rein mobile, l'hydronéphrose.

2° L'empâtement diffus de la pérityphlite tuberculeuse ne laisse guère de chances d'erreur.

3° Avec une fistule purulente ou pyo-stercorale de la région, il faut se demander s'il ne s'agit pas d'une pérityphlite d'origine banale.

Les abcès par congestion ouvrent leurs trajets au-dessous de l'arcade crurale; le pus n'y est jamais mélangé à des matières; le point de départ osseux est presque toujours facile à découvrir.

Traitement. — Dans la pérityphlite aiguë et suppurée l'ouverture du foyer devra se faire assez rapidement, sans attendre l'affaiblissement du malade. Au bout de quarante-huit heures, d'après Roux on trouve des adhérences suffisantes pour empêcher l'infection de la cavité péritonéale. Murphy (de Chicago), conseille d'attendre quatre jours. Les uns conseillent d'inciser la paroi le long du muscle droit; les autres, avec Roux, agissent parallèlement à l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le pus évacué, si on trouve l'appendice, on le résèque. Dans tous les cas la cavité purulente est drainée.

Le traitement médical a une grande importance dans la pérityphlite tuberculeuse. Les opérations sont plutôt dirigées contre la typhlite tuberculeuse elle-même. On pratique en effet la résection du cæcum dégénéré, et même avec lui celle d'une portion du côlon ascendant. La tumeur doit être enlevée avec un coin du méso et tous les ganglions dégénérés accessibles; on termine par une entérorrhaphie circulaire. Si l'opération a été très longue, si la dissection et l'ablation de la tumeur intestinale ont coûté beaucoup de temps et de peine, on pourra, comme le conseille Benoit, fixer l'un près de l'autre à la paroi abdominale les deux tronçons de l'intestin en créant un anus artificiel dont on entreprendra plus tard la cure. Si l'ablation de la partie malade était reconnue absolument impraticable on pourrait, en présence des accidents dus au rétrécissement, être conduit à aboucher l'extrémité de l'iléon sectionné dans le côlon transverse.

CHAPITRE V

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

En 1865, 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.

Mais c'est à Kœnig (1884) que revient l'honneur d'avoir nettement préconisé l'intervention chirurgicale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru sur cette question; nous nous bornerons à mentionner les noms de Truc, Kummel, Maurange, Ceccherelli, Routier et Pic. Ce dernier, dans sa thèse inaugurale de 1890, put déjà réunir 158 cas.

Des statistiques connues, il semble résulter que 1/4 environ des malades peuvent être considérés comme guéris.

Les moyens employés par les chirurgiens sont nombreux: ponction simple, laparotomie avec ou sans lavage, avec excision, grattage et résection d'organes tuberculeux; mais il est évident que l'indication opératoire dépend avant tout de la forme clinique de la maladie. Aussi, sans vouloir en esquisser ici le tableau symptomatologique, devons-nous en rappeler les types principaux.

A. *Péritonite miliaire aiguë.* — Les lésions sont rarement limitées au péritoine; la plèvre participe presque toujours au processus tuberculeux. Dans cette forme les lésions n'ont pas encore eu le temps d'évoluer; l'ascite est souvent considérable; le liquide épanché est citrin, verdâtre, parfois sanguin, rarement séro-purulent. La cavité péritonéale est libre, *non cloisonnée*.

B. *Péritonite tuberculeuse ulcéreuse.* — Dans cette forme, la cavité péritonéale est *cloisonnée*, la séreuse recouverte de fausses membranes épaisses, infiltrées de tubercules qui forment des amas caséux suppurants. Dans les enkystements fermés par les adhérences, il y a du liquide, souvent purulent, parfois rougeâtre, teinté de sang, de couleur chocolat, parfois encore d'aspect graisseux.