

5° **Traitement.** — Il consiste dans l'emploi des alcalins, puisque l'affection relève le plus souvent de l'hyperchlorhydrie : le bicarbonate de soude doit être donné tardivement (LETULLE), deux ou trois heures après l'ingestion des aliments, afin que le chyme soit neutralisé peu de temps avant son passage dans le duodénum.

ARTICLE V

APPENDICITE

L'appendicite, ou inflammation de l'appendice iléo-cæcal, est considérée depuis GRISOLLE et LEUDET comme une affection primitive ; au contraire ALBERS (de Bonn) et DANCE la croyaient toujours secondaire à la typhlite et lui refusaient toute autonomie. Aujourd'hui la question est définitivement tranchée ; les autopsies et les laparotomies ont montré que dans les cas diagnostiqués typhlite, les lésions intéressaient l'appendice et que d'autre part, s'il existait anatomiquement une typhlite, elle ne se traduisait pas par les symptômes qu'on lui attribue habituellement et qui relèvent en réalité de l'appendicite. Les recherches de TRÈVES et de TUFFIER ont fait voir que l'appendice n'était pas accolé au cæcum, mais libre dans l'abdomen, recouvert de tous côtés par la séreuse péritonéale qui lui forme un méso-appendice.

1° **Étiologie et pathogénie.** — L'appendicite frappe surtout des sujets au-dessous de trente ans, plus rarement de trente à quarante. Elle atteint les hommes dans la proportion de 75 p. 100, les femmes dans la proportion de 25 p. 100 (BIGELOW). C'est en Allemagne, en Angleterre, en Amérique qu'elle atteint son maximum de fréquence. Les entérites, la dysenterie, la fièvre typhoïde, les excès de table, l'habitude de manger trop vite, sont des causes prédisposantes. Une indigestion, un refroidissement, un traumatisme, le surmenage sont ses principales causes occasionnelles.

La maladie est due soit à la pénétration de germes, soit au

développement de ceux qui sont déjà dans l'appendice (*microbisme latent*). Mais comment se produira cette exagération de leur virulence ?

Pour TALAMON, il y a d'abord *colique appendiculaire* ; un corps étranger, une boulette stercorale, un calcul pénètrent dans le col de l'appendice et alors se produit une oblitération avec réaction douloureuse ; puis les liquides sécrétés en arrière provoquent de la distension de l'appendice allant jusqu'à sa nécrose et à sa rupture. La compression des vaisseaux de l'appendice jouerait aussi un rôle dans ce processus nécrotique ; on a fait observer cependant que les artères nourricières viennent du méso-appendice et ne peuvent être comprimées.

DIEULAFOY admet qu'il faut une *cavité close* ; la ligature, même aseptique, de l'appendice produit une exaltation de la virulence des germes qui y sont contenus. Ainsi agira son obstruction par une cause quelconque, si elle persiste. CLADO a démontré qu'il pouvait après cette ligature se produire sans perforation une péritonite par les voies lymphatiques. — Mais l'appendice est souvent trouvé parfaitement perméable et, d'autre part, l'autopsie montre quelquefois qu'un appendice obstrué n'avait provoqué aucun trouble.

POXCET pense que l'appendice s'enflamme pour son propre compte sous l'influence des germes microbiens, au même titre que n'importe quel organe, que l'amygdale notamment, avec laquelle l'appendice offre une grande analogie de structure, étant comme elle un organe lymphatique.

RECLUS n'admet pas la théorie du vase clos ; d'après lui, il n'y a pas obstruction, mais seulement *stagnation* du liquide dans l'appendice.

En appliquant avec éclectisme ces données pathogéniques, on peut admettre trois variétés d'appendicite : *a*, l'appendicite primitive ; *b*, l'appendicite de cause locale due à l'obstruction ; *c*, l'appendicite par propagation ou secondaire à une affection intestinale.

Les *examens bactériologiques* ont montré l'association du colibacille et du streptocoque ; d'après ACHARD et BROCA, le streptocoque produit les premières lésions et, consécutivement, la virulence du coli se trouve augmentée.

L'appendicite expérimentale a été surtout reproduite par ligature de l'appendice (JOSUÉ).

D'après TRIPIER et PAVIOT, « ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'inflammation périappendiculaire relève d'une lésion primitive de l'appendice ; car dans la plupart des cas la péritonite vient d'en haut, qu'elle soit adhésive et sèche, suppurée ou gangréneuse..... Ce sont les infections de la vésicule biliaire qui commandent la périappendicite ¹ ».

2° Anatomie pathologique. — L'appendicite est anatomiquement caractérisée par des lésions de l'appendice accompagnées d'une réaction péritonéale consistant en exsudation fibrineuse et adhérences, avec ou sans abcès.

a. *Anatomie macroscopique.* — L'appendice est tuméfié, augmenté de volume ou en forme de battant de cloche.

Sa *surface péritonéale* montre une vascularisation anormale et parfois des plaques grisâtres indiquant une gangrène imminente. Plus tard peuvent se produire des perforations. La perforation se produit le plus souvent au niveau d'une dilatation, audessous d'un rétrécissement formé par un corps étranger ou par la muqueuse turgescente.

La *muqueuse* présente de petites ulcérations qui précèdent la perforation.

La *cavité* de l'appendice contient du pus ou une sérosité louche.

L'appendice contracte des *adhérences* très précoces, avec les anses intestinales voisines agglutinées et avec les autres organes abdominaux. Ce sont elles qui circonscrivent le foyer purulent ; si elles se rompent ou si l'appendice se perforé avant leur formation, il en résulte une péritonite généralisée. Ces adhérences constitueront la principale lésion de l'appendice chronique.

b. *Anatomie microscopique.* — Les lésions histologiques de l'appendicite aiguë nous sont bien connues depuis les travaux de PILLET (1893) et de LETULLE (1897). Dans la forme catarrhale il y a une accumulation de cellules rondes infiltrant la muqueuse,

¹ TRIPIER et PAVIOT. *La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire*. Collection Léauté, 1904.

le chorion et même les plans musculaires sous-jacents ; mais la lésion la plus remarquable est celle des *follicules clos*, qui s'hypertrophient comme dans une amygdalite ; la suppuration et la gangrène sont consécutives (*formes suppurée et gangréneuse*).

Dans l'appendicite chronique les glandes ont pris un développement exagéré, mais accompagné d'un développement du tissu fibreux et des follicules ; il n'y a plus de distinction entre les follicules : ils forment à eux seuls tout le revêtement muqueux, c'est ce qu'on a appelé *forme hyperplasique*.

Dans d'autres cas (*forme atrophique*), l'appendice est atrophié, ratatiné, sa cavité cloisonnée par des bandes fibreuses.

3° Symptômes. — Dans quelques cas l'appendicite est précédée d'une maladie infectieuse, telle qu'une grippe ou une angine, ou bien annoncée par quelques prodromes tels que l'embarras gastrique ou la diarrhée ; mais le plus souvent son invasion est inopinée.

Début. — Le début a lieu brusquement par une douleur vive et soudaine dans la fosse iliaque droite, par des nausées et des vomissements, du tympanisme abdominal, de la contracture des parois abdominales, de l'accélération du pouls, un état syncopal avec la face pâle et les traits tirés. Généralement la température s'élève dans les heures qui suivent. On ne peut savoir à ce moment devant ces symptômes de réaction péritonéale, s'il s'agira d'une forme très grave ou d'une forme légère.

Appendicite légère. — Au bout de quelques heures tous ces phénomènes de réaction péritonéale se calment, l'état général revient à la normale, la douleur abdominale s'atténue, mais il persiste un point limité sensible à la pression du doigt « à un pouce et demi ou deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure » sur une ligne allant de cette épine à l'ombilic : c'est le *point de Mac Burney*. La palpation profonde de l'abdomen à ce niveau fait sentir de la résistance, soit à cause de la tuméfaction appendiculaire, soit plutôt à cause de la contracture musculaire. Telle est la forme légère, considérée par TALAMON comme une colique appendiculaire.

Appendicite vulgaire, plastique. — Dans la forme commune les

symptômes péritonéaux disparaissent moins rapidement et en même temps la température s'élève vers 39°; la langue est sale, la constipation persiste, il y a du ballonnement du ventre, il existe une douleur vive et continue dans la fosse iliaque droite et autour de l'ombilic; elle est assez étendue et s'irradie souvent vers les lombes, le testicule ou le nerf crural; elle est augmentée par les mouvements; la palpation est très douloureuse, surtout au point de Mac Burney, et la peau est très hyperesthésiée (DIEULAFOY): il suffit de la frôler pour provoquer une sensation de brûlure.

La palpation de la fosse iliaque fait sentir un *plastron* induré arrondi ou ovale, de la largeur de la main, dû à un gâteau inflammatoire avec adhérences péritonéales; sa situation n'est pas toujours identique, la situation de l'appendice variant chez les différents individus; à son niveau il n'y a pas de matité, comme on pourrait s'y attendre, mais plutôt de la sonorité à cause de la distension paralytique des anses intestinales voisines et du cæcum. La température oscille entre 38° et 39° avec une légère rémission matinale.

Si l'appendicite doit se terminer par la résolution, celle-ci survient au bout de cinq ou sept jours en moyenne, la température tombe progressivement, la langue se dépouille, les douleurs et le ballonnement diminuent; il y a des émissions de gaz; la palpation montre les parois abdominales moins tendues, les limites du *plastron* plus nettement circonscrites, et il diminue de plus en plus, pour ne disparaître qu'au bout de deux ou trois semaines.

Appendicite avec abcès. — Dans les formes qui ne doivent pas se terminer par résolution, la fièvre monte progressivement vers 40°, l'état général est plus grave, les douleurs augmentent, le ballonnement est très marqué; il y a des frissons; parfois la température s'abaisse, mais le chiffre du pouls reste élevé. L'empatement de la fosse iliaque ne diminue pas et parfois même on constate l'apparition d'un léger œdème au-dessus de l'arcade de Fallope (KEEN). Enfin le centre du *plastron* finit par se ramollir et par présenter de la voussure, parfois même de la fluctuation: le toucher rectal confirme ces renseignements. Si

on n'intervient pas, la température présente de grandes oscillations, la langue est sèche, le facies terreux; l'état général est celui des grandes suppurations et, à moins que le foyer ne s'ouvre au dehors, dans le cæcum ou dans la vessie, la mort survient rapidement par infection générale ou péritonite généralisée.

Péritonite généralisée d'emblée. — Il est des cas où les adhérences protectrices destinées à limiter le processus infectieux ne se forment pas.

L'appendicite évolue alors comme une *péritonite généralisée*. Son début est celui d'une appendicite ordinaire; mais au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures les phénomènes de réaction péritonéale ne s'atténuent pas, les vomissements, le hoquet, les douleurs abdominales avec facies grippé persistent, le ventre se ballonne sans montrer aucune tuméfaction localisée. La constipation et la rétention des gaz sont absolues; il y a du ténisme vésical ou de la rétention d'urine. Habituellement la terminaison est celle des péritonites aiguës généralisées, c'est-à-dire la mort au bout d'une semaine au plus et souvent beaucoup plus tôt.

Dans d'autres cas l'évolution de l'infection péritonéale généralisée est presque latente; il n'y a que des phénomènes généraux très graves (accélération du pouls, facies grippé, adynamie) sans réaction péritonéale; c'est une *septicémie péritonéale* plutôt qu'une péritonite. La mort survient dans le collapsus en trois ou quatre jours.

Formes anormales. — Si l'appendice plonge dans le bassin, l'appendicite revêtira la *forme pelvienne*, avec tuméfaction dans le cul-de-sac vaginal droit simulant une lésion des annexes; enfin si l'appendice est inclus dans un sac herniaire, on aura les symptômes de l'appendicite ordinairement doublés de ceux de l'étranglement (*appendicite herniaire*).

4° Évolution. Complications. — Dans la majorité des cas l'appendicite guérit au bout de quelques jours; la température tombe, les phénomènes douloureux et l'empatement diminuent progressivement, mais les adhérences persistent et le malade est souvent sous la menace d'une nouvelle poussée appendiculaire.

Quand ces récidives se renouvellent fréquemment, la maladie prend le nom d'*appendicite à répétitions ou à rechutes*; nous la décrivons plus loin.

Dans les cas malheureux la mort est due à l'une des complications suivantes. Indépendamment de la péritonite suppurée qui est la complication la plus fréquente et la plus grave l'appendicite peut donner naissance à un abcès de la paroi abdominale ou de la cavité de Retzius, à une pyléphébite, à un abcès du foie, à une pleurésie droite, à des abcès du rein ou du cerveau, enfin à la pyohémie.

La *péritonite généralisée*, survenant parfois au cours de l'appendicite la plus bénigne ou au milieu d'une période d'accalmie, est caractérisée par des douleurs étendues à tout l'abdomen, du tympanisme, une constipation absolue, des vomissements porracés, l'abaissement de la température, la petitesse et l'accélération du pouls qui devient filiforme, le facies grippé.

L'*abcès du foie*, rare d'ailleurs, s'annonce par de grands frissons et une température à oscillations quotidiennes de plusieurs degrés, s'élevant jusqu'à 40° ou 41°; ces accès fébriles, par leur intensité, par leur stade de chaleur et de sueur profuse, rappellent ceux du paludisme. Le foie est augmenté de volume et douloureux, le subictère n'est pas rare; parfois il y a un peu d'ascite. La mort survient habituellement avant que le pus se soit collecté en foyer.

L'*abcès sus-hépatique*, par conséquent développé sous le diaphragme, présente les symptômes des abcès sous-phréniques (s'y reporter): c'est une affection à symptomatologie thoracique et qui d'ailleurs se complique fréquemment de pleurésie droite.

La *pleurésie droite* peut aussi exister isolément par infection à travers les voies lymphatiques du diaphragme. Elle est séreuse ou purulente.

L'appendicite qui survient *pendant la grossesse*¹ entraîne l'avortement, dans un tiers des cas environ, et la mortalité est considérable à cause de l'infection puerpérale consécutive. Cet

¹ G. BOULLIER, *De l'appendicite pendant la grossesse*, Th. de Lyon, novembre 1897.

avortement reconnaît plusieurs causes: d'abord la fièvre et le mauvais état général qui accompagne toute infection grave comme l'appendicite; ensuite les connexions lymphatiques entre l'appendice et l'utérus, capables de propager l'infection à celui-ci; enfin BOUVERET a vu à l'autopsie d'un cas de ce genre le pavillon de la trompe plonger dans la collection purulente appendiculaire et porter ainsi, comme un siphon, le pus jusque dans la cavité utérine.

5° Appendicite à rechutes. — L'appendicite à rechutes présente lors de ses poussées les mêmes symptômes que la forme aiguë, mais il y a persistance de symptômes locaux dans l'intervalle de ces poussées: la palpation fait sentir dans la fosse iliaque un boudin dû aux adhérences péritonéales persistantes; il est peu douloureux à la pression. Au-dessus, on constate des signes de dilatation du cæcum, sonorité exagérée et clapotement. La constipation est constante et parfois opiniâtre. Il existe en même temps des symptômes d'entérocolite muco-membraneuse: évacuation de glaires ou de longs filaments muco-membraneux tapissant les scybales. — Les lésions de l'appendicite à rechutes sont les mêmes que celles de la forme aiguë, mais avec des adhérences péritonéales très étendues; de plus, on trouve assez fréquemment une oblitération de la lumière de l'appendice. On comprend qu'en raison des adhérences, cette forme d'appendicite donne naissance à un abcès circonscrit plutôt qu'à une péritonite généralisée.

L'appendicite à rechutes peut être due à la présence des microbes dans l'appendice ou les adhérences; d'autre part, beaucoup d'appendices qu'on croit guéris ont des lésions superficielles de la muqueuse qui expliquent facilement la réinfection par des germes contenus dans l'intestin: les lésions des parois, les rétrécissements, l'infiltration graisseuse, les néoformations vasculaires favorisent beaucoup ces poussées infectieuses.

Toutefois, d'après TUFFIER, certains symptômes attribués à l'appendicite à rechutes sont dus en réalité à l'obstruction intestinale causée par des lésions péritonéales d'origine appendiculaire.

Le traitement de l'appendicite à rechutes doit consister dans l'ablation de l'appendice, quand les récidives sont fréquentes et quand on perçoit une tuméfaction dans leur intervalle; en effet, une première ou une seconde attaque ont chance de récidiver dans les trois quarts des cas, mais après quatre ou cinq attaques l'appendicite est fatalement vouée à la récidive et, par conséquent, à tous ses dangers.

6° Diagnostic. — Palper doucement, pour ne pas rompre les adhérences au cas où il y aurait abcès.

On évitera de confondre l'appendicite avec les coliques et les vomissements d'une simple indigestion, avec une colique hépatique ou néphrétique, avec une fièvre typhoïde accompagnée de réaction excessive du tissu lymphatique de l'appendice : dans ce dernier cas les prodromes, le début sans douleur brusque, et sans réaction péritonéale, l'élévation progressive de la température, l'hypertrophie de la rate, les taches rosées, sembleraient ne pas permettre l'erreur; j'ai cependant deux observations où le sérodiagnostic seul permit de l'éviter. D'ailleurs il est des cas bien connus où l'appendicite vient compliquer la fièvre typhoïde et s'annonce par ses symptômes habituels.

La confusion avec l'étranglement interne ou *occlusion intestinale* a été plus souvent commise : aussi, en présence des symptômes de cette dernière faut-il immédiatement se porter du côté de l'appendice; toutefois l'occlusion intestinale s'accompagne généralement de vomissements fécaloïdes, d'une température plus basse et de tympanisme au-dessus de l'obstacle, alors que dans l'appendicite il y a de la fièvre et une douleur plus localisée. La confusion ne peut d'ailleurs se produire que dans un appendicite grave et la laparotomie est indiquée dans les deux cas.

L'appendicite accompagnée de tuméfaction iliaque expose à d'autres erreurs de diagnostic, avec les abcès de la fosse iliaque, avec la typhlite stercorale des gens sédentaires et constipés, avec l'invagination iléo-cæcale qui s'en distingue par les selles sanglantes, par une tuméfaction profonde et mobile au lieu d'un plastron et qui survient surtout dans l'enfance.

L'appendicite pelvienne simule une affection des annexes, un kyste de l'ovaire tordu, un phlegmon du ligament large; l'appendicite herniaire, une hernie étranglée. Lorsqu'on hésite entre une appendicite et une lésion de l'utérus ou des annexes, SIMPSON recommande de coucher la malade sur le côté gauche et non sur le dos pour mieux explorer la région; la présence d'un hymen intact sera en faveur de l'appendicite (RICHELOR).

Enfin l'*hystérie* produit quelquefois des crises douloureuses à répétition occupant la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements et de tuméfaction iliaque, mais sans fièvre (BRISSAUD). Dans un cas de RENDU, qui simulait une appendicite à rechutes, la laparotomie montra un appendice non ulcéré, qui fut enlevé. Plus tard, la malade présenta une monoplégie et cinq attaques de péritonisme hystérique.

L'*appendicite tuberculeuse*, lorsqu'elle s'accompagne de tuberculose cæcale, forme une masse énorme qui simule un cancer du cæcum. L'*appendicite cancéreuse* ne se distingue pas par son évolution d'un cancer quelconque de l'intestin; cependant on l'a vue ouvrir la porte à des infections secondaires et devenir le point de départ d'abcès du foie. L'*appendicite actinomycosique* a une marche plus torpide que l'appendicite aiguë; elle débute par un plastron induré qui se ramollit et produit de nombreuses fistules d'où s'écoule un pus tenant en suspension les grains jaunes de l'actinomycose; il n'y a pas de péritonite. Le *cancer de l'intestin*, et notamment du cæcum, se distingue par son évolution chronique et le facies cachectique. On l'a vu cependant simuler l'appendicite à rechutes.

Enfin, il existe bien une *typhlite*, c'est-à-dire une inflammation limitée au cæcum dans la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'entérocolite mucomembraneuse, la tuberculose intestinale ou le cancer; mais elle donne peu de symptômes cliniques. Le syndrome qu'on lui attribuait revient en réalité à l'appendicite.

7° Pronostic. — L'appendicite est une affection qui guérit spontanément dans le plus grand nombre des cas, mais dont le pronostic est cependant grave et doit toujours être réservé, d'au-

tant qu'une première atteinte en appelle souvent une autre.

La mort peut être très précoce, surtout chez les enfants, car ils font facilement de la péritonite. Chez l'homme la mortalité est deux fois plus considérable que chez la femme. Les signes de péritonite généralisée, le pouls faible et rapide, la dyspnée, le ballonnement excessif de l'abdomen sont d'un pronostic fatal.

On ne peut prévoir au début d'une appendicite si elle sera grave ou bénigne, toutefois si la nausée disparaît au bout de douze heures, si la douleur à la pression n'augmente pas, si la température est peu élevée, si le pouls est normal ou peu accéléré, si le malade se remue facilement dans son lit, la guérison est probable sans opération. La formation d'un abcès péri-appendiculaire aggrave le pronostic : nous indiquerons à propos du traitement chirurgical quels symptômes peuvent faire supposer sa présence.

8° Traitement. — Le traitement est médical et chirurgical.

a. *Traitement médical.* — Dans l'appendicite aiguë il faut immobiliser l'intestin par les opiacés (0,03 ou 0,10 d'extrait thébaïque) ou une piqûre de morphine, appliquer de la glace sur le ventre, ou 10 à 20 sangsues sur la région de l'appendice. Le malade sera condamné à l'immobilité.

Diète absolue : glace pilée et un peu d'eau. Plus tard, alimentation liquide. Quelques médecins conseillent une cuillerée à café d'huile de ricin, le calomel ou le sulfate de magnésie quand il n'y a aucun symptôme d'abcès : il ne faut pas se dissimuler cependant que les purgatifs sont dangereux, sauf lorsque tout danger de perforation ou de péritonite généralisée est passé.

b. *Indications du traitement chirurgical.* — Le traitement chirurgical est absolument indiqué dans l'appendicite à rechutes et consiste alors dans la résection de l'appendice pratiquée à froid c'est-à-dire entre deux poussées aiguës. — Dans l'appendicite aiguë, les avis sont partagés : il est des chirurgiens qui proposent l'opération systématiquement dès le diagnostic posé, parce que c'est dans les vingt-quatre premières heures qu'elle donne le plus de succès ; d'autres sont opportunistes et se tiennent prêts à opérer si la maladie s'aggrave ou si on est certain de la

formation d'un abcès. Les principales indications opératoires sont : la fréquence du pouls au delà de 120 ; la douleur iliaque progressive, surtout lorsqu'elle est accompagnée de frissons qui annoncent la suppuration ; l'élévation de la température lorsqu'elle est associée aux symptômes précédents ; l'extension de la douleur hors de son siège primitif. L'œdème localisé de la paroi abdominale (KEEN), la persistance de la température ou l'apparition de grandes oscillations thermiques au bout de six à neuf jours annoncent qu'un abcès se forme et nécessitent la laparotomie.

La leucocytose (au delà de 14 000 leucocytes par millimètre cube de sang) est d'après DOUGLAS HEAD un signe d'abcès.

Enfin W. COLEY conseille d'intervenir lorsque surviennent soudainement des symptômes très graves soit au début de l'attaque, soit pendant la maladie ; lorsque, dans un cas léger, les symptômes croissent graduellement en intensité à partir du troisième jour, avec œdème de la paroi abdominale ; lorsque la distension abdominale, le pouls très accéléré, la diffusion de la douleur et d'autres symptômes de péritonite généralisée surviennent à n'importe quel moment de la maladie. L'opération consiste dans l'ouverture du foyer purulent ; quant à la résection de l'appendice, on la remet généralement à plus tard, à moins qu'il ne s'offre immédiatement aux yeux de l'opérateur.

ARTICLE VI

DYSENTERIE

La dysenterie est une entérite spécifique à lésions prédominantes dans le gros intestin.

1° Étiologie. Bactériologie. — La dysenterie se présente quelquefois sous la forme de cas isolés survenant pendant les chaleurs de l'été (*dysenterie sporadique*) ; mais dans les pays chauds, surtout dans l'Indo-Chine et l'Amérique équatoriale, il