

une gravelle intestinale diathésique, au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse, que certains cas de lithiase urinaire ou biliaire.

6. — La lithiase intestinale et l'entéro-colite sableuse peuvent passer complètement inaperçues, elles peuvent ne révéler leur présence que par quelques symptômes légers; mais, souvent, elles donnent lieu à des crises abdominales fort douloureuses dont la durée et l'intensité sont variables.

7. — Ces *coliques intestinales lithiasiques* sont suivies de l'émission de sable, de gravier, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8. — Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite; le diagnostic avec l'appendicite présente un intérêt de premier ordre.

9. — Le pronostic de la colite sableuse et de la lithiase intestinale ne présente aucune gravité; elles n'aboutissent pas à l'appendicite, l'appendicite évoluant pour son propre compte et n'étant ni la suite ni la conséquence des entéro-colites.

## QUINZIÈME LEÇON

### APPENDICITE — PÉRITONITES APPENDICULAIRES

MESSIEURS,

L'appendicite, ainsi que je le disais ailleurs<sup>1</sup>, a pris depuis quelques années une importance de premier ordre. Septicémie péritonéale, péritonite diffuse et généralisée, péritonites partielles et enkystées, abcès aréolaires du foie, abcès à distance, sont autant de méfaits, autant de complications toujours redoutables, parfois terribles, qui sont dus aux lésions et aux infections d'origine appendiculaire, qu'on a l'habitude d'englober sous la dénomination d'appendicite.

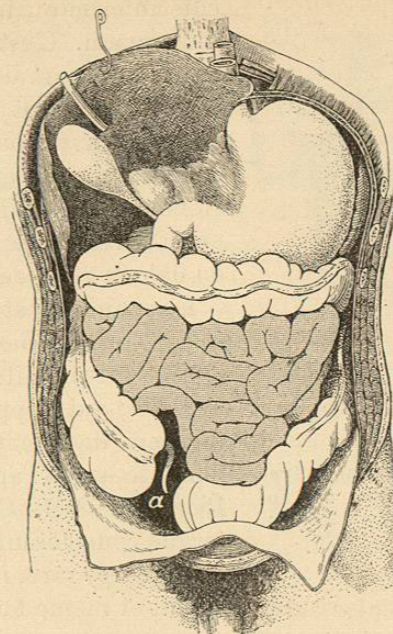
S'il est une question d'actualité qui nous passionne tous, médecins et chirurgiens, c'est bien la question de l'appendicite. Vous ne pouvez ouvrir un recueil médical sans y voir figurer l'appendicite; elle est partout à l'ordre du jour; à l'Académie, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de chirurgie, on en discute la pathogénie, le diagnostic et le traitement. Tout récemment, M. Reclus, dont la bienveillante courtoisie vous est connue, voulait bien rappeler que c'est ma communication de l'an dernier à l'Académie qui a été l'ori-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 10 mars 1896.

gine de ces interminables débats. En réalité, ce qui a soulevé l'opinion, je m'en rends bien compte, c'est que dans cette communication je me suis montré aussi ferme dans mes convictions qu'absolu dans mes conclusions. Je n'ai pas à le regretter, et dans les quelques leçons que je vais consacrer à cette importante question médico-chirurgicale, vous me trouverez fidèle aux idées que je m'efforce de défendre, par la seule raison que je les crois conformes à la vérité.

Nous avons eu ces temps derniers comme une épidémie d'appendicites. Vous en avez vu plusieurs exemples dans nos salles; d'autre part, M. Duplay, avec une obligeance dont je ne saurais trop le remercier, a bien voulu nous faire profiter des malades qui sont entrés dans son service; enfin j'ai eu l'occasion de faire pratiquer un grand nombre de fois, en ville, l'opération de l'appendicite; aussi sommes-nous bien outillés pour en faire une étude complète; rien ne nous manque, ni les faits cliniques, ni les pièces anatomiques qui sont venues échouer dans notre laboratoire et qui nous ont facilité les études bactériologiques et expérimentales dont je vous parlerai plus tard. C'est muni de ces documents que je vais reprendre l'étude de l'appendicite qui, déjà, m'avait longuement occupé, il y a deux ans, alors que j'étais chargé du cours de Pathologie interne.

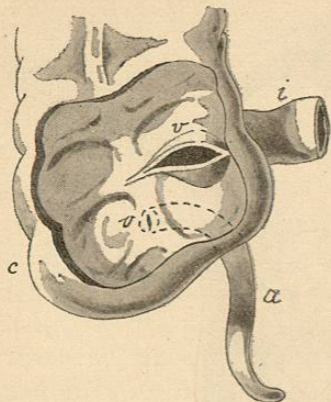
Comme introduction à cette étude, je ne crois pas inutile de vous rappeler quelques notions anatomiques dont nous aurons besoin à chaque instant: L'appendice cæcal a l'aspect d'un lombric appendu au cæcum (appendice vermiciforme). Chez le fœtus, il occupe le sommet de l'ampoule du cæcum; chez l'adulte, sa situation change, l'ampoule cæcale s'étant fortement dilatée par en bas, l'appendice se trouve implanté plus haut, à la partie postéro-interne du cæcum, à 2 centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. D'après les chirurgiens américains, ce point d'implantation correspond sur l'abdomen au milieu d'une ligne tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic (point de Mac Burney). C'est en effet dans cette région que siège le plus habituellement la douleur de l'appendicite.



a, appendice, type descendant.

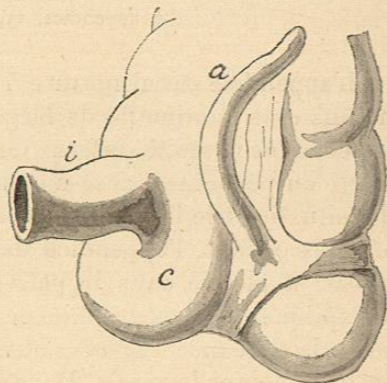
L'appendice cæcal mesure 7 à 12 centimètres de long et moins d'un centimètre de large. Il est souvent maintenu en place, dans la moitié interne de la fosse iliaque droite, par un repli du péritoine (mésio-appendice); mais les directions et les situations de l'appendice sont fort variables. Dans le type dit descendant, l'appendice descend en croisant le muscle psoas et plonge dans le petit bassin, situation qui permet d'expliquer la topographie de l'abcès péritonéal prœrectal dont la tendance est de s'ouvrir dans le rectum, dans le vagin, ou dans la vessie. Dans le type dit ascendant et postérieur, qui est un des plus fréquents, l'appendice longe en remontant la face postérieure du cæcum et du côlon; cette situation permet d'expliquer l'abcès rétro-cæcal, les collections purulentes de la fosse iliaque, et les abcès qui remontent très haut derrière le côlon ascendant. Il y a un type latéral

interne et un type latéral externe, l'appendice côtoyant le côté interne ou le côté externe du cæcum. C'est dire que le point de départ des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires (avec ou sans adhérences qui cantonnent ces lésions) peut se faire au-dessous, en arrière, en haut, en dedans, en dehors du cæcum.



*c*, cæcum. — *a*, appendice type descendant. — *o*, orifice de l'appendice dans le cæcum. — *v*, valvule iléo-cæcale. — *i*, iléon.

L'appendice est parfois muni à son orifice dans le cæcum d'une valvule, dite valvule de Gerlach, qui s'oppose à l'introduction des matières fécales dans le canal appendiculaire. Bien que MM. Clado et Laforgue considèrent cette valvule comme très rare, il m'a été possible de la constater assez souvent et même fort développée sur des cæcums qui m'ont été préparés, pour mes leçons, par mon ancien interne M. Marion. L'appendice a la même structure que le cæcum; il se compose de quatre tuniques; une tunique externe péritonéale, une tunique musculaire à fibres circulaires et longitudinales, une tunique sous-muqueuse composée de tissu conjonctif et presque dépourvue de fibres élastiques; une tunique muqueuse à épithélium cylindrique, à stroma adénoïde, à follicules clos, à glandes en tubes. L'appendice va en s'effilant vers sa pointe, et à ce niveau les fibres musculaires



*c*, face postérieure du cæcum. — *a*, appendice type remontant. — *i*, iléon.

et les glandes disparaissent progressivement pendant que la couche celluleuse prend une plus grande importance. Dans toute sa longueur, l'appendice est traversé par un canal central, canal appendiculaire, dont la lumière fort étroite ne mesure guère que 4 millimètres de diamètre.

Ces notions anatomiques étant posées, abordons l'histoire de l'appendicite. Mais d'abord qu'il soit bien entendu que c'est à l'appendicite, et à *elle seule*, qu'on doit rapporter tous les symptômes, tous les accidents autrefois mal connus et mal interprétés qu'on mettait sur le compte de la typhlite et de la pérityphlite. Nos connaissances sur l'appendicite sont de date récente. Jusqu'en 1888, la typhlite régnait en souveraine<sup>1</sup>. Cette « typhlite stercorale », comme on l'appelait, était due, croyait-on, à un engorgement du cæcum par les matières fécales. Cet engorgement fécal, cet engouement, suivant l'expression consacrée, déterminait, disait-on, une inflammation des parois du cæcum. C'était la typhlite avec son cortège de symptômes, constipation, douleur, tuméfaction, empatement de la fosse iliaque droite, et dans quelques cas plus violents, fièvre, nausées et vomissements. Cette soi-disant typhlite se terminait habituellement par résolution, mais elle pouvait, disait-on, aboutir à l'ulcération, à la perforation du cæcum, et déterminer la pérityphlite, la péritonite, le phlegmon iliaque. Il y avait péritonite si la lésion siégeait à la face antérieure du cæcum; il y avait phlegmon iliaque si la lésion siégeait à la face postérieure, qu'on supposait, à tort, privée de péritoine.

Telles ont été, en quelques mots, les notions longtemps accréditées. Eh bien, tout cela, il faut le dire bien haut, était faux, car ainsi comprise, la typhlite stercorale n'existe pas. D'abord, il est faux que le cæcum soit privé de péritoine à sa face postérieure. En 1887<sup>2</sup> M. Tuffier était venu confirmer une opinion passée trop inaperçue, que jamais, pas plus chez

1. Ricard. Typhlite, pérityphlite et appendicite. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 145.

2. Tuffier. Etude sur le cæcum et ses hernies. *Archives générales de médecine*, 1887, vol. 1, p. 641.

l'adulte que chez le fœtus, le cæcum n'est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque; le cæcum est entouré par le péritoine et « la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde ».

D'autre part, vers la même époque, les chirurgiens américains s'étant mis à ouvrir le ventre d'une façon précoce pour les accidents autrefois imputés à la typhlite, ils virent bien que ces accidents avaient pour origine, non pas le cæcum, mais l'appendice cæcal. La même remarque fut faite des centaines de fois par des chirurgiens de tout pays, en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, en France, si bien qu'à la description erronée de l'ancienne typhlite s'est substituée peu à peu la notion précise et vraie de l'appendicite, notion à laquelle M. Talamon a contribué chez nous pour une bonne part<sup>1</sup>. Ces idées, péniblement admises par quelques-uns, ont été consacrées une fois de plus au dernier Congrès de chirurgie de 1895, et la même année, lors des discussions de la Société de chirurgie, M. Routier<sup>2</sup> avait bien soin de spécifier que, sur le grand nombre de cas qui lui sont personnels, c'était toujours l'appendice qui était le foyer des accidents et pas le cæcum. J'ai eu l'occasion de voir opérer ou de faire opérer un grand nombre d'appendicites, et je suis absolument convaincu que c'est toujours à l'appendicite et jamais au cæcum qu'il faut rapporter les symptômes et les accidents de tout genre qu'on mettait autrefois sur le compte de la typhlite.

Est-ce à dire cependant que le mot « typhlite » doive être impitoyablement rayé du cadre nosologique? Non, mais il faut bien s'entendre. Les ulcérations de la fièvre typhoïde, et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, atteignent souvent le cæcum; mais ces lésions spécifiques sont en dehors de la question qui nous occupe. La tuberculose peut se localiser au cæcum, sous une forme primitive, lentè, chronique, opérable et curable, mais cette typhlite tuberculeuse primitive et chronique, qui simule si bien le cancer, n'a rien de

1. Talamon. *Appendicite et pertyphlite* 1892.

2. Routier. Discussion sur l'appendicite. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1895, t. XXI, p. 531.

commun avec la typhlite qui fait le sujet de cette discussion. Une plaque de sphacèle<sup>1</sup>, une perforation de nature indéterminée, pourrait à la rigueur atteindre le cæcum, comme l'iléon<sup>2</sup>; mais, encore une fois, ces cas disparates et exceptionnels, bien qu'ayant pour siège le cæcum, n'ont rien de commun avec la question en litige, et il reste bien établi que c'est à l'appendicite qu'il faut rapporter tout ce qui avait été mis sur le compte de la typhlite.

Mais enfin, dira-t-on, il y a des cas indéniables où l'on a trouvé des lésions du cæcum: ulcération, perforation, gangrène, suppuration; c'est vrai, mais qu'on y regarde de près et on verra que ces lésions cæcales sont elles-mêmes *consécutives* à des lésions d'appendicite; l'appendice primitivement lésé, côtoyant, dans certaine position ascendante et rétro-cæcale, la face postérieure du cæcum, les lésions cæcales et rétro-cæcales sont secondaires et tributaires des lésions appendiculaires. Tel était le cas de Gambetta<sup>3</sup>. Pour toutes ces raisons, l'appendicite doit être définitivement substituée à l'ancienne typhlite.

Ces restrictions étant faites, il est à peine nécessaire de rappeler que je n'ai jamais songé, et que personne n'a songé à nier la « typhlite » en tant qu'inflammation de la muqueuse du cæcum. Le cæcum participe, au même titre que le côlon ou l'iléon, aux infections de la muqueuse intestinale; il y a de la typhlite, comme il y a de l'entérite ou de la colite; c'est banal à force d'être vrai. Les infections intestinales englobées sous la dénomination d'entérite ou d'entéro-colite folliculaire, muco-membraneuse, sableuse, n'épargnent pas, il s'en faut, la muqueuse du cæcum; ce sont des faits sur lesquels j'ai longuement insisté dans ma précédente leçon, mais, encore une fois, on n'a jamais vu ces typhlites, ces entérites, ces colites, qu'elles soient accompagnées ou non

1. Lop. *Revue de médecine*, 1897, p. 648.

2. M. Letulle a publié une intéressante observation de perforation de l'iléon de nature inconnue. Des perforations aiguës de l'intestin grêle. *Presse médicale*, 1895, p. 137.

3. Lannelongue, Cornil. — Blessure et maladie de Gambetta; observation, autopsie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883, n° 3, p. 33.

de constipation, de diarrhée, de débâcles, on n'a jamais vu ces entéro-typhlo-colites déterminer la gangrène, la perforation des parois intestinales et la péritonite. Inutile d'insister; la question des typhlites me paraît suffisamment jugée.

Avant d'aborder la description de l'appendicite, je vais, suivant mon habitude, vous faire part d'observations qui vous montreront les différents aspects cliniques de l'appendicite et qui nous serviront de guide dans l'étude que nous allons entreprendre. Je diviserai ces observations en trois catégories. Première catégorie : appendicites suivies de septicémie péritonéale, de péritonite diffuse, forme terrible, souvent mortelle quand l'opération n'est pas hâtive. Deuxième catégorie : appendicites avec péritonite circonscrite, forme beaucoup moins grave que la précédente, puisque l'enkystement de la péritonite est déjà une étape vers la guérison. Troisième catégorie : appendicites sans péritonite. Toutes les observations que je vais vous citer, j'en ai été le témoin, le diagnostic en a été vérifié par l'opération; c'est vous dire que je n'avancerai rien que je n'aie contrôlé au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Commençons par les observations concernant les appendicites suivies de péritonite *diffuse*.

Le 22 avril dernier, c'était un jeudi, un enfant de cinq ans, fort bien portant, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal, fut pris, au sortir du Cirque, à cinq heures du soir, de douleurs abdominales que ses parents prirent pour de simples coliques. Ces douleurs ne furent ni intenses, ni persistantes, car l'enfant dina comme d'habitude, se coucha et dormit bien. Le lendemain matin, vendredi, l'enfant ayant passé une bonne nuit, eut deux garde-robes entre six et sept heures. Alors la douleur de la veille reparut plus vive, et cette fois, chose importante, elle fut accompagnée de vomissements légèrement bilieux qui se répétèrent coup sur coup une partie de la matinée. L'estomac devint si intolérant que la moindre quantité de liquide ingéré provoquait le vomissement. C'est à une heure de l'après-midi que M. Rénon vit le

petit malade; il lui trouva le pouls accéléré, à 120, mais la température ne dépassait pas 37°,8. Le ventre n'était ni dur, ni ballonné; la pression provoquait une légère douleur assez bien localisée à la fosse iliaque droite, dans les parages de la région cæco-appendiculaire, sans défense musculaire, sans hyperesthésie cutanée. La médication fut des plus simples : repos au lit, manne à petites doses, cataplasmes laudanisés sur le ventre, quelques gorgées d'eau de Vichy glacée. Les vomissements persistèrent dans l'après-midi, et la douleur se localisa plus nettement au point de Mac Burney. Tout ceci était l'indice d'une appendicite d'apparence bénigne, je pourrais dire fort bénigne, car la température était presque normale, le pouls, quoique fréquent, était de bonne qualité, le ventre était souple et sans défense musculaire.

Cependant l'avenir prouva que cette apparente benignité était en désaccord flagrant avec l'insidieuse gravité du mal, la nuit fut agitée et douloureuse; le lendemain matin, samedi, les douleurs étaient beaucoup plus vives à la fosse iliaque droite, l'hyperesthésie y était très marquée ainsi que la défense musculaire, le ventre était légèrement ballonné. Le petit malade avait mauvaise mine, il était sans garde-robes depuis la veille au matin, il avait rendu pendant la nuit 300 grammes d'une urine limpide, le pouls était à 130. Bien que la température fût presque normale et ne dépassât pas 37°,6, M. Rénon eut mauvaise impression sur l'évolution de cette appendicite, il me fit part de ses craintes, et me demanda de venir voir cet enfant aussitôt que possible. Je m'y rendis à dix heures et demie du matin, et je constatai qu'en quelques heures le mal avait fait de rapides progrès. L'enfant avait le faciès péritonéal, les traits étaient grippés, les yeux légèrement excavés, le teint d'une pâleur terreuse; le pouls était à 140. Je trouvai la fosse iliaque très douloureuse au point précis de Mac Burney, la

