

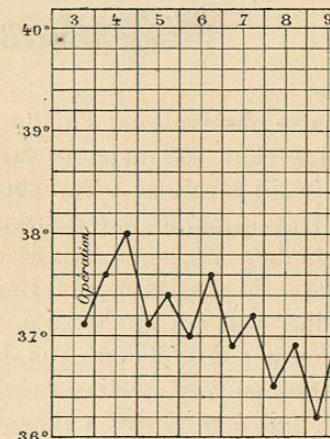
fort judicieusement soutenues récemment par M. Quénu à la Société de chirurgie¹. C'est en méditant des cas semblables, c'est en voyant avec quelle rapidité et quelle insidiosité peut se généraliser la péritonite appendiculaire, qu'on acquiert la conviction qu'en fait d'appendicite, le traitement chirurgical s'impose presque toujours, et d'une façon précoce. Tel individu atteint de péritonite appendiculaire, qui aurait presque certainement succombé si l'opération n'avait été faite que le quatrième ou le cinquième jour de sa maladie, aura bien des chances d'être sauvé si l'intervention est plus hative. C'est le cas de notre malade qui, malheureusement pour lui, avait attendu trop longtemps avant de venir à l'hôpital.

Les appendicites avec péritonites diffuses dont je viens de vous rapporter huit observations, sont de toutes les plus terribles, elles sont mortelles si on ne les opère pas à temps. Ces péritonites résultent d'une septicémie dans laquelle le péritoine se défend mal, elles ont peu de tendance à se limiter, *elles ne font pas la part du feu*, elles sont rarement généralisées au vrai sens du mot, mais la diffusion des lésions, leur extension, l'aspect rouge et poisseux de l'intestin, la qualité du liquide péritonéal qui est plus souvent louche, roussâtre, séro-purulent que franchement purulent, tout cela indique à l'opérateur qu'il se trouve en face d'une septicémie péritonéale que l'expérience lui a appris à redouter tout particulièrement. Quant à savoir si telle ou telle appendicite sera suivie de cette terrible péritonite plutôt que d'une autre variété, rien au début de l'appendicite ne peut nous renseigner sur l'issue du mal; ni la fièvre qui est parfois très modérée, ni les douleurs qui sont parfois peu intenses. Voilà pourquoi l'appendicite, maladie traître par excellence, doit être presque toujours traitée sans ménagements, je veux dire par l'opération. Passons maintenant aux observations concernant les appendicites beaucoup moins graves, celles qui sont suivies, non pas de péritonite diffuse, mais de péritonite limitée, *circonscrite*, ce qui est tout différent.

1. Quénu. Société de chirurgie, séance du 28 avril 1897.

Le 22 avril 1897, entré dans le service de M. Duplay, salle Saint-Landry, 17, un garçon de vingt-huit ans, V..., atteint d'une appendicite aiguë qui avait évolué de la façon suivante : dans le cours d'une excellente santé et sans avoir jamais eu le moindre désordre intestinal, ce jeune homme fut réveillé dans la nuit du 31 mars par une assez vive douleur abdominale prédominante à la fosse iliaque droite. Cette douleur, accompagnée de nausées et de vomissements, augmenta progressivement puis diminua vers le matin. Le lendemain de cette nuit douloureuse, ce garçon put se lever et essaya même de travailler; mais la douleur reparut dans la soirée, plus vive encore que la nuit précédente, et cette fois accompagnée de frissons. Le malade dut se coucher et, la situation ne s'améliorant pas, il se décida à venir le lendemain à l'hôpital. Quand il arriva dans le service de M. Duplay, où nous l'avons vu, la fièvre était nulle, ainsi que vous pouvez le constater sur la courbe ci-jointe, le ventre n'était pas ballonné, le facies n'était nullement grippé, le pouls était de bonne qualité, l'ensemble des symptômes ne pouvait être meilleur, mais la fosse iliaque droite était douloureuse à la pression, surtout au point de Mac Burney, le muscle droit se défendait fortement et on percevait à la palpation et à la percussion un empatement sous-jacent, nettement limité. On posa le diagnostic d'appendicite avec abcès iliaque consécutif, l'opération fut décidée et pratiquée par M. Cazin. Je vous dirai, en passant, que cet homme en était à sa sixième attaque d'appendicite, cette dernière attaque ayant été de beaucoup la plus violente.

A l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic fut confirmé; il existait un abcès péri-appendiculaire bien circonscrit,



communiquant avec l'appendice perforé. L'appendice, ainsi que vous pouvez le voir sur la planche ci-jointe, était volumineux, renflé à son extrémité inférieure et relié à la paroi abdominale par des adhérences épiploïques. L'appendice une fois ouvert dans le sens de sa longueur, je constatai, de la façon la plus nette, l'existence d'une *appendicite oblitérante*. L'oblitération atteignait la partie moyenne du canal appendiculaire et transformait la partie sous-jacente en une cavité close, dilatée, purulente et perforée à son extrémité inférieure. Il n'existait aucune concrétion calculeuse. Trois semaines plus tard ce jeune homme quittait l'hôpital, complètement guéri.



Autre observation : J'ai été consulté il y a deux ans, à l'hôpital Necker, par un jeune garçon de dix-sept ans qui désirait savoir s'il devait se faire opérer d'une appendicite qu'il avait eue trois semaines antérieurement. Au dire du malade, l'appendicite avait été aiguë, très douloureuse, accompagnée de fièvre et de vomissements. Puis tout était rentré dans l'ordre ; à peine restait-il quelques douleurs à la fosse iliaque droite, douleurs qui n'étaient pas bien vives, puisque ce jeune homme pouvait sortir, vaquer à ses occupations et qu'il avait fait à pied une course de vingt minutes pour venir à l'hôpital. Je l'examinai et je trouvai à la fosse iliaque droite, dans la région cæco-appendiculaire, une tuméfaction bien limitée, légèrement douloureuse, qui me parut être un abcès péri-appendiculaire circonscrit à la région cæcale ; c'était le type de l'*ancienne pérityphlite*. L'état général était excellent et la fièvre était nulle. Ce garçon, qui avait eu la chance d'enkyster son abcès péritonéal, était dans les meilleures conditions pour être opéré à froid. Je l'envoyai en chirurgie. M. Routier pratiqua l'opération et constata, en effet, la présence d'un abcès péritonéal

circonscrit, consécutif à une appendicite. La guérison se fit rapidement.

Le 17 novembre 1895, le D^r Planet me demanda de venir avec M. Routier voir un de ses malades. Nous trouvâmes un garçon de vingt-trois ans, sans fièvre et se disant en convalescence d'une maladie aiguë et douloureuse qu'il venait d'avoir. Il avait été pris, dix jours avant, le 7 novembre, de douleurs abdominales aiguës avec vomissements. Le jour suivant, disait-il, les douleurs s'étaient localisées à la fosse iliaque droite et il nous montrait du doigt, d'une façon précise, le point de Mac Burney. Il ne nous fut pas possible de savoir quel avait été le diagnostic du médecin qui avant M. Planet avait donné des soins à ce malade, mais nous apprîmes que le traitement avait consisté en purgatifs, vomitifs et massages répétés sur le ventre. Pour nous, il était évident que le malade avait été atteint d'appendicite dont il nous fut aisé de constater les reliquats. Nous trouvâmes en effet, sous le muscle grand droit, une grosse masse empâtée envahissant une partie de la fosse iliaque, avec douleur assez vive au point de Mac Burney et nous fîmes le diagnostic d'abcès volumineux consécutif à une appendicite ; l'*ancienne pérityphlite*. Du reste, le malade n'en était pas à sa première attaque appendiculaire, il avait eu une première atteinte assez légère au mois de juillet, puis une deuxième attaque au mois d'octobre ; il avait eu sans doute la chance, pendant ces deux premières attaques, de préparer quelques adhérences, aussi sa dernière attaque d'appendicite, la plus violente des trois, avait-elle abouti à la formation d'un abcès enkysté au lieu d'aboutir à une péritonite diffuse, ce qui est absolument différent. L'opération fut pratiquée à froid, et le diagnostic fut confirmé ; il s'agissait bien d'un abcès d'origine appendiculaire qui donna issue à un demi-litre d'un pus épais lié, verdâtre et fétide. L'opération fut suivie de guérison.

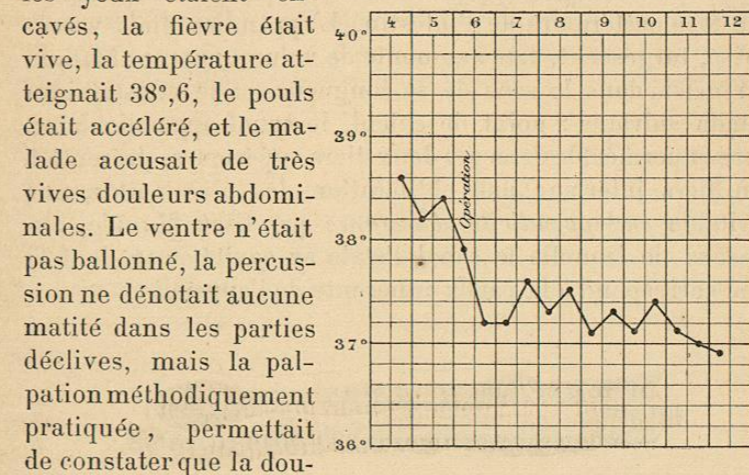
Encore une observation. Le lundi 26 avril 1897, j'étais appelé d'urgence par le D^r Vermeil auprès d'un de ses malades. Dès mon entrée dans la chambre de ce monsieur, je le reconnus aussitôt pour l'avoir vu deux mois avant dans mon cabinet ; je

lui rappelai qu'il était venu demander mes conseils au sujet d'une appendicite qu'il avait eue récemment, et j'ajoutai que je lui avais conseillé l'opération afin d'éviter une récurrence et des accidents peut-être fort graves. « Vos conseils, me dit-il, je ne les ai pas suivis. » Il s'était bien gardé de se faire opérer. Mes prévisions s'étaient réalisées, et il venait d'être atteint d'une nouvelle attaque d'appendicite, diagnostiquée par son médecin, qui avait fort sagement appliqué des sachets de glace sur le ventre. Cette deuxième attaque était survenue, comme la première, dans le cours d'une excellente santé et sans le moindre trouble intestinal antérieur. Elle avait éclaté brusquement dans la nuit du samedi au dimanche, avec des douleurs assez vives suivies de vomissements. Le lendemain dimanche, les mêmes symptômes avaient persisté sans plus d'intensité. Quand je vis le malade, le lundi matin, à onze heures et demie, je trouvai la fosse iliaque droite mate, empâtée, hyperesthésiée, fort douloureuse à la pression, surtout au point de Mac Burney. Quoique rares, les vomissements persistaient, et la constipation était absolue. La température était peu élevée, mais le pouls était rapide. Nous pensâmes que l'appendicite était compliquée d'une péritonite encore circonscrite à la fosse iliaque droite et nous demandâmes aussitôt l'opération. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard par M. Segond et je reçus le lendemain de M. Vermeil une lettre dans laquelle il avait l'obligeance de me donner les renseignements suivants : la péritonite était circonscrite à la fosse iliaque; l'appendice, replié en haut et en dedans, a été découvert assez difficilement; il a le volume et la longueur du petit doigt, il est comme étranglé à son insertion cœcale, la partie sous-jacente était transformée en cavité close contenant du muco-pus sans calcul. L'opération fut suivie de guérison.

Les péritonites appendiculaires *circonscrites*, dont je viens de vous rapporter les observations, sont beaucoup moins graves que les péritonites appendiculaires diffuses. En se circonscrivant, la péritonite fait un pas vers la guérison, elle rend possible l'ouverture spontanée de la collection purulente dans un organisme voisin, elle facilite et simplifie l'in-

tervention chirurgicale. Arrivons maintenant aux observations concernant les appendicites *non suivies de péritonites*.

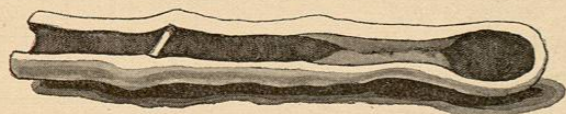
Le lundi 4 janvier 1897, entré dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 27, un homme de trente-huit ans, A..., qui, au premier abord, présentait l'aspect et les symptômes d'un malade atteint de péritonite. Le facies était grippé, les yeux étaient ex-



cavés, la fièvre était vive, la température atteignait 38°,6, le pouls était accéléré, et le malade accusait de très vives douleurs abdominales. Le ventre n'était pas ballonné, la percussion ne dénotait aucune matité dans les parties déclives, mais la palpation méthodiquement pratiquée, permettait de constater que la douleur avait son maximum d'intensité à la fosse iliaque droite, au point précis de Mac Burney. A ce niveau, le muscle sous-jacent, violemment contracturé, présentait le symptôme important de la défense musculaire. Non seulement pareils symptômes permettaient d'affirmer l'appendicite aiguë, mais ils laissaient supposer que le péritoine avait sa part dans l'évolution des accidents. Interrogé sur la marche de sa maladie, cet homme nous raconta qu'il avait été pris, quatre jours auparavant, à onze heures du matin, de douleurs surtout vives à la fosse iliaque droite. Les douleurs, accompagnées de frissons et de vomissements, avaient augmenté d'intensité, et la constipation avait été inutilement combattue par des purgatifs.

La situation me parut menaçante, l'état anxieux du malade, ses traits tirés, ses yeux cerclés, la persistance de la fièvre, la continuité des douleurs, la durée déjà longue des

accidents, nous arrivions au cinquième jour, tout cela me fit craindre que le péritoine fût en jeu, et je décidai l'opération immédiate. Mais je ne pus, tout d'abord, obtenir le consentement du malade; il la demanda lui-même le surlendemain, quand il comprit mieux le danger de son état. M. Cazin fit l'opération; à l'ouverture du ventre, on ne constata ni péritonite, ni abcès enkysté, le cæcum étant soulevé, l'appendice, jusqu'alors masqué, apparut accolé par quelques adhérences à la face postérieure de l'intestin. L'appendice était vascularisé, turgescant, très augmenté de volume; après ablation, je l'incisai dans le sens de sa longueur, et je constatai les détails suivants: point de calcul, le canal appendiculaire, libre et perméable dans ses deux tiers supérieurs, présente à son tiers inférieur une oblitération des plus nettes, une véritable *endappendicite oblitérante* par tissu fibroïde, au-dessous de laquelle le canal s'étale en cavité close, dont le fond correspond à la partie adhérente de l'appendice.



Cette partie, très amincie, regardée par transparence, permettait de voir une ébauche de perforation ayant la dimension d'une tête d'épingle. Les résultats de l'opération furent des plus heureux, la chute de la fièvre, la disparition des douleurs suivirent immédiatement l'intervention chirurgicale; dès le lendemain, le visage avait repris son aspect normal et, quelque temps après, le malade quittait l'Hôtel-Dieu complètement guéri.

Cette observation nous permet de constater, une fois de plus, que l'appendicite aiguë peut prendre le masque de la péritonite, alors même que la péritonite fait défaut: vives douleurs abdominales, vomissements, facies grippé, fièvre vive, pouls accéléré, tous ces symptômes, d'apparence péritonéale, existaient chez notre malade, et, cependant, à part quelques légères adhérences, le péritoine était encore

indemne. A quoi donc attribuer ces symptômes, à quoi rapporter la gravité de la situation? A l'exaltation de virulence, à la toxicité qui s'élabore en cavité close. Il est parfois bien difficile, j'y reviendrai dans le cours de ces leçons, de faire la part des symptômes appendiculaires et des symptômes péritonéaux. Ces symptômes sont souvent identiques, ils se combinent, ils sont subintrants, si bien qu'on peut méconnaître une péritonite qui existe, ou admettre une péritonite qui n'existe pas. En tous cas, le danger est là, menaçant, le traitement est le même, c'est l'intervention chirurgicale.

Une dernière observation: Le 11 avril 1895, je fus appelé à Orléans pour un jeune officier qui venait d'être atteint d'appendicite. La maladie remontait à dix jours, elle avait éclaté brusquement sans avoir jamais été précédée de troubles intestinaux. Pendant quelques jours les douleurs furent si vives, les vomissements si intenses qu'on redouta la péritonite. Quand je vis le malade, la phase aiguë était terminée, mais le ventre était encore très sensible, surtout à la fosse iliaque droite, dans la région cæco-appendiculaire. Malgré la violence des symptômes, je ne découvris rien à la percussion et à la palpation qui me révélât l'existence d'une péritonite enkystée; toutefois, la convalescence fut lente et le malade ne put revenir que trois semaines plus tard à Paris où habite sa famille dont je suis le médecin depuis vingt ans. Cette violente attaque d'appendicite, à simulacre péritonéal, se fit sentir encore longtemps. Ce jeune homme ne pouvait ni faire une longue course, ni monter à cheval, ni faire des armes, sans éprouver une gêne douloureuse à la fosse iliaque droite. De plus il éprouvait une constipation des plus opiniâtres, lui qui, avant son appendicite, n'avait jamais été constipé. J'attire tout particulièrement votre attention sur ce fait; vous entendez dire souvent que l'appendicite est surtout fréquente chez les gens dont l'intestin est paresseux; c'est possible, mais je crois pour ma part que les termes de cette proposition doivent être renversés, et c'est la lésion appendiculaire encore latente et en voie de formation, qui par action réflexe produit la paresse iléo-cæcale et la consti-

pation. Je n'eus pas de peine à décider ce jeune homme à se faire enlever son appendice; c'était son désir. M. Routier fut chargé de l'opération: le péritoine était sain, mais l'appendice était fort malade, déformé, très augmenté de volume, aminci à son extrémité où l'on voyait comme une ancienne cicatrice, et rétréci dans son canal à l'endroit qui avait été antérieurement oblitéré; il n'y avait pas de calcul; l'appendicite avait été oblitérante et le canal avait recouvré en partie sa perméabilité. L'opération fut suivie de guérison, la gêne douloureuse disparut complètement et la constipation fut du même coup supprimée.

Les observations de cette troisième catégorie, appendicite sans péritonite, sont les plus nombreuses, parce que les *récidives* viennent grossir leur bilan. On voit des gens qui ont deux, trois, quatre attaques appendiculaires avant que leur appendicite aboutisse à la péritonite. Il me semble même, et c'est également l'opinion de M. Talamon, que les gens qui ont eu déjà des attaques appendiculaires sont moins que d'autres exposés à la péritonite diffuse; on dirait qu'ils ont eu le temps de préparer des adhérences protectrices qui cantonnent la péritonite, mais ne vous y fiez pas: ces appendicites à rechutes, à répétitions, comme les appendicites dites chroniques d'emblée, sont parfois suivies des accidents les plus graves, tels que abcès à distance, abcès du foie, péritonite diffuse. C'est un point sur lequel M. Brun a particulièrement insisté¹.

Inutile, Messieurs, de multiplier les observations; je crois vous avoir donné une idée suffisante des différentes évolutions de l'appendicite. Dans une première catégorie, vous avez vu l'appendicite aboutir à la septicémie péritonéale, à la péritonite diffuse, forme terrible et mortelle si l'on n'opère pas à temps. Dans une deuxième catégorie, vous avez vu l'appendicite aboutir à la péritonite circonscrite, à l'ancienne pérityphlite, forme infiniment moins grave que la précédente,

1. Brun. *La Presse médicale*, 10 mai 1897.

pouvant se terminer par guérison spontanée (ouverture de l'abcès dans le cæcum, dans le rectum, etc.), et offrant les meilleures conditions pour l'opération à froid. Dans une troisième catégorie, vous avez vu l'appendicite ne dépassant pas l'étape appendiculaire, bien que l'intensité des symptômes puisse faire supposer que le péritoine est en jeu. Mais cette division d'appendicites avec ou sans péritonite est une division qu'on ne peut établir qu'après coup, sur le tard. Quand une appendicite commence, pendant un jour ou deux, vous ne pouvez savoir comment elle se terminera, le pronostic est livré à l'imprévu; sous les apparences les plus bénignes, l'appendicite prépare parfois ses coups les plus rapides et les plus graves; rappelez-vous notre première observation. Je repousse donc, preuves à l'appui, toute classification, appendicite plastique, appendicite pariétale, etc., qui aurait la prétention d'indiquer à l'avance la forme et l'évolution d'une appendicite; pareilles classifications sont inacceptables en clinique; j'insisterai plus loin, comme il convient, sur ce point qui domine le traitement de l'appendicite.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes:

1. — Il est des appendicites qui aboutissent plus ou moins vite à la septicémie péritonéale, à la péritonite diffuse, forme terrible, sans que les symptômes de l'appendicite, modérés, intenses, puissent faire présager la gravité du mal.
2. — Il est des appendicites qui aboutissent plus ou moins vite à l'abcès péritonéal circonscrit, à l'ancienne pérityphlite, forme infiniment moins grave que la précédente, sans que les symptômes de l'appendicite, modérés ou intenses, puissent faire présager ce mode de terminaison.
3. — Il est des appendicites qui n'aboutissent pas aux lésions péritonéales, bien que leurs allures bruyantes fassent redouter l'infection du péritoine.
4. — Quand une appendicite commence, nul ne peut savoir quelles terribles complications peuvent surgir; le mode de début, la courbe des températures, l'entrée en scène de tel ou tel symptôme ne donnent sur l'évolution ultérieure de la maladie que des renseignements insuffisants ou trompeurs.