

le péritoine, tandis que la migration est nulle dans le segment sus-jacent. Ce fait explique les cas de péritonite appendiculaire, alors même que l'appendice n'est ni gangrené, ni perforé.

11. — La virulence des produits élaborés en cavité close est facile à constater par la culture de bouillonsensemencés avec ces produits et inoculés à des cobayes.

12. — La toxicité des produits élaborés en cavité close m'a été démontrée par les expériences rapportées plus haut. Cette toxicité explique la gravité de certaines appendicites, alors même que la péritonite est peu avancée.

13. — L'appendicite n'est ni la suite, ni l'aboutissant des entéro-colites; elle évolue pour son propre compte. La coexistence, chez le même individu, d'entéro-colite et d'appendicite, est un fait tellement exceptionnel, qu'il mérite de n'être signalé que pour mémoire.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

APPENDICITE. PÉRITONITES APPENDICULAIRES

(Fin.)

MESSIEURS,

La dernière leçon, un peu longue j'en conviens, a été consacrée à la pathogénie de l'appendicite, et j'ai accumulé des preuves de toute nature pour vous démontrer que les accidents appendiculaires et péritonéaux résultent toujours de l'oblitération du canal en un point de son trajet, et de la transformation de la partie sous-jacente en cavité close. A dater de ce moment, l'appendicite est constituée; oui, l'appendicite est constituée, ce qui veut dire que, quel que soit le mode d'oblitération du canal, et pourvu que les microbes emprisonnés en cavité close exaltent suffisamment leur virulence, l'appendice peut s'abcéder, se perforer, se gangréner, ou bien encore les colonies microbiennes peuvent cheminer à travers les parois de l'appendice, et arriver ainsi au péritoine *sans que ces parois présentent la moindre perforation*. Le malade est dès lors sous le coup des accidents multiples, parfois graves, trop souvent redoutables, que nous allons voir se dérouler dans un instant.

Il ne s'ensuit pas toutefois que la transformation du canal appendiculaire en cavité close soit toujours suivie de grands

accidents; ces accidents dépendent du degré de virulence des microbes emprisonnés et du degré de toxicité des produits qu'ils élaborent. Or cette virulence peut être légère, elle peut être anéantie par la phagocytose, auquel cas les lésions appendiculaires restent à l'état d'ébauche. D'autre part, l'infection des parois de l'appendice peut poursuivre son chemin, alors même que l'oblitération initiale, et *primum movens* des accidents, a disparu; c'est ce qui explique pourquoi, à l'examen des pièces de telle ou telle appendicite, on peut trouver un canal *ayant récupéré sa perméabilité*, la cavité close étant de ce fait supprimée, bien que l'infection des parois appendiculaires ait continué son évolution, et ait abouti aux accidents. Toutes ces notions sur la pathogénie de l'appendicite étant bien établies, abordons la description de cette maladie.

Un premier point à établir, c'est le mode de *début* de l'appendicite. Entre un début insidieux, presque apyrétique, presque sans douleurs, et un début bruyant, fébrile, très douloureux, on observe tous les intermédiaires. Règle générale, il est bien rare que l'appendicite soit précédée de prodromes, elle survient, le jour ou la nuit, dans le cours d'une excellente santé, alors que la veille encore, ou quelques heures avant, rien ne pouvait la faire présager. Veuillez vous rappeler nos observations, vous y trouvez partout ce début sans prodromes, sans troubles intestinaux antérieurs, sans entéro-colite, sans quoi que ce soit, en un mot, qui ait précédé l'orage. L'enfant de cinq ans, de ma première observation, était tout à fait bien portant quand il fut pris à cinq heures du soir, en sortant du cirque, de quelques symptômes appendiculaires. Le jeune garçon de quatorze ans, de ma seconde observation, avait joué au lawn-tennis dans la journée et avait dîné de bon appétit, quand il fut pris dans la soirée des premiers symptômes de son appendicite qui fut tout d'abord considérée par ses parents comme une indigestion sans conséquence. La vieille dame de soixante-douze ans, de ma quatrième observation, s'était couchée fort bien portante, quand elle ressentit pendant la nuit les premières

douleurs de l'infection appendiculaire, et ainsi de suite pour tous les malades, dont je vous ai donné les observations détaillées; partout ou presque partout, début brusque, début sans prodromes.

Dans les appendicites d'apparence bénigne, voici comment les choses se passent: le malade est pris de malaise, il éprouve une sensation de gonflement, de tension, de douleur dans le ventre, surtout à la fosse iliaque droite; parfois quelques nausées, quelques vomissements accompagnent cet état. La fièvre est nulle ou insignifiante. Sans attendre son médecin, le malade commence par s'administrer purgatif et lavement, il a conscience que les fonctions intestinales ne sont pas normales. Le médecin arrive. Le malade parle surtout de sa constipation, de l'état saburral de la langue, du manque d'appétit, de l'état nauséux, et il appelle l'attention sur la fosse iliaque droite douloureuse. « En effet, dit le médecin, je trouve là un peu d'empatement, un peu de tension », et si le médecin en question croit encore à l'ancienne typhlite, il fait le diagnostic de typhlite stercorale, d'engouement cæcal et il prescrit « une bonne purgation », un vésicatoire ou des sangsues.

Dans d'autres circonstances, la douleur de l'appendicite est le symptôme initial et dominant, elle atteint rapidement ou progressivement une vive intensité, elle se localise d'abord à la fosse iliaque droite, mais elle irradie volontiers en différentes directions. La fièvre oscille entre 38 et 39 degrés ou au delà. Les vomissements, surtout les vomissements bilieux, sont fréquents. Le médecin arrive, et, s'il est imbu des anciennes et fausses idées que je m'efforce de combattre, il déclare, après avoir examiné son malade, qu'il s'agit là de « coliques appendiculaires »; il entend par là, qu'un calcul venu du cæcum s'est engagé dans le canal appendiculaire, et provoque, dans sa migration, des douleurs accompagnées de nausées et de vomissements. Le médecin ordonne l'opium, l'antipyrine, il applique un sachet de glace sur le ventre, il pratique des injections de morphine, qui procurent au malade un calme trompeur. Si les douleurs cessent ou diminuent d'intensité, on ne manque pas de dire que la

colique appendiculaire est terminée, et que le calcul est retombé dans le cæcum; si d'autres douleurs reparaissent, on suppose encore que le calcul, ou d'autres calculs, se sont engagés dans l'appendice, et on maintient le diagnostic de « coliques appendiculaires », que l'on affirme exemptes de tout danger.

Eh bien! je dirai les choses sans détours. C'est là une théorie fautive et funeste. M. Rochaz l'a démontré, les calculs ne se promènent pas ainsi dans l'étroit canal appendiculaire; les douleurs de l'appendicite ne sont donc pas des douleurs de migration calculeuse, la « colique appendiculaire » ainsi comprise n'existe pas. Ce terme consacre une erreur, il doit disparaître; il est tout aussi faux de parler de colique appendiculaire, qu'il est faux de parler de typhlite; c'est avec ces mots, c'est avec ces fausses théories, qu'on perd un temps précieux. On se dit: nous n'avons rien à craindre, nous n'en sommes qu'à la période des coliques appendiculaires; nous verrons plus tard, nous prendrons une décision si le péritoine menace de se mettre de la partie. Mais c'est avec de pareils raisonnements qu'on laisse le malade mourir de gangrène appendiculaire, de péritonite et de septicémie péritonéale suraiguë! On remet au lendemain, au surlendemain, une intervention qui ne paraissait pas indiquée, tant on se croyait encore en face de « coliques appendiculaires », et on constate, plus tard, quelquefois trop tard, que ce que l'on avait pris pour les soi-disant coliques appendiculaires, étaient des douleurs dues à l'infection appendiculaire; et la preuve, c'est que ces mêmes douleurs existent au cas si fréquent où il n'y a pas trace de calcul, elles existent alors que le canal appendiculaire, obstrué, n'aurait permis à aucun calcul, petit ou gros, d'entrer ou de sortir. La fautive théorie des « coliques appendiculaires » est donc jugée, et le mot lui-même, je le répète, consacre une telle erreur, qu'il doit être rayé de notre description.

Alors à quoi sont dues ces douleurs, parfois si vives, des premières phases de l'appendicite? Il ne peut être question pour le moment, ni de perforation de l'appendice ni de péritonite. Ces douleurs, ainsi que les symptômes du début,

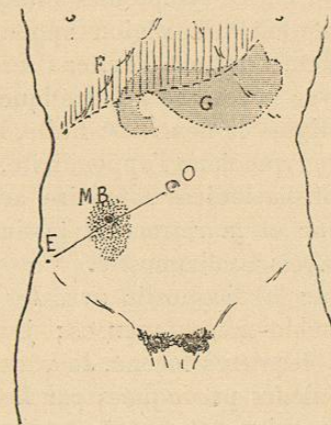
tension abdominale, défense musculaire, état nauséux, constipation, vomissements alimentaires et bilieux, sont les conséquences de la transformation du canal appendiculaire en cavité close et de la toxi-infection qui lui fait suite. Il se passe, dans l'appendice, ce qui se passe fréquemment dans la caisse du tympan transformée en cavité close par obstruction de la trompe d'Eustache. Dès que la trompe d'Eustache est oblitérée, les microbes de l'oreille moyenne exaltent leur virulence, l'otite aiguë est constituée et, avec elle, éclatent ces douleurs parfois si violentes qui irradient en divers sens. L'otite se termine souvent sans perforation du tympan et sans autres accidents, il suffit pour cela que la trompe d'Eustache redevienne perméable, artificiellement ou naturellement; alors l'obstacle étant levé, le libre écoulement des produits infectieux supprime les dangers de la cavité close. Mais si l'obstruction persiste, les microbes emprisonnés dans la cavité peuvent exalter leur virulence, au point que tous les accidents deviennent possibles; c'est la perforation du tympan analogue à la perforation de l'appendice; c'est la phlébite du sinus latéral et de la veine jugulaire, analogue aux phlébites appendiculaires; c'est la méningite si fréquente chez les enfants, analogue à la péritonite appendiculaire; ce sont les abcès du cerveau, et même les abcès à distance dans l'hémisphère cérébral du côté opposé et en d'autres régions, analogues aux abcès à distance et aux abcès du foie, tributaires de l'appendicite.

Les accidents sont donc absolument analogues dans l'otite aiguë et dans l'appendicite. C'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui déterminent les vives douleurs abdominales prises à tort pour des coliques de migration calculeuse; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui suscitent les nausées, les vomissements et la contracture musculaire réflexe; c'est la cavité close et la toxi-infection appendiculaire qui occasionnent parfois, d'une façon précoce, les symptômes de dépression, de collapsus, qui entrent, pour une bonne part, dans la gravité de la maladie; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire, qui sont l'origine de ces abcès à distance trouvés en différentes régions du

péritoine et en d'autres régions, alors même que l'appendice n'a pas été perforé; c'est la cavité close et l'infection appendiculaire qui sont le point de départ des migrations microbiennes vers le foie, des abcès aréolaires de cet organe et de l'infection généralisée. Donc, dès le début, et *avant l'éclosion des lésions péritonéales*, la toxi-infection appendiculaire est là, menaçante, et révélant sa présence par les troubles que je viens de vous signaler; aveugle qui ne le voit pas et qui, confiant encore dans les formules surannées de typhlite et de colique appendiculaire, se paye de mots et temporise, alors qu'il faudrait agir! Afin d'éviter toute équivoque, je propose de remplacer le mot de colique appendiculaire par la dénomination d'*attaque appendiculaire*.

Il importe donc de dépister avec certitude l'attaque appendiculaire; il importe de faire, dès le début, le diagnostic de l'appendicite. Vous êtes appelé auprès d'un malade qui a été pris, il y a quelques heures, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements, symptômes qui sont communs à une foule d'états morbides, à l'appendicite, à l'indigestion, à la colique hépatique, à la colique néphrétique, aux colites sablo-membraneuses, à la péritonite pneumococcique; sur quels signes, je vous le demande, sur quels symptômes allez-vous baser votre diagnostic? Les nausées et les vomissements, alimentaires ou bilieux, ne vous fournissent aucun renseignement utile; ils peuvent exister dans tous les états morbides que je viens d'énumérer; j'en dirai autant de la fièvre, de la constipation, symptômes inconstants et sans valeur. C'est la douleur qui est votre guide le plus sûr; car, vive ou légère, elle accompagne toujours l'appendicite, avec des caractères qu'il faut savoir apprécier. La douleur appendiculaire éclate très rarement d'emblée avec toute son intensité; elle diffère en cela, ainsi que je vous le disais à l'une de nos dernières leçons, de la douleur soudaine et terrible (coup de poignard péritonéal), qui est l'indice de la perforation de l'ulcus duodénal ou stomacal. La douleur appendiculaire occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit. C'est le point de Mac Burney. Il faut rechercher avec le plus grand

soin cette région douloureuse, et alors même que les douleurs seraient peu vives, alors qu'elles seraient irradiées en d'autres points de l'abdomen, on peut arriver par une palpation, par une pression méthodique, à provoquer, à raviver, à exalter la douleur dans la zone appendiculaire ou dans ses parages. A ce niveau, le muscle sous-jacent se contracte et se défend plus qu'en d'autres endroits; il est plus dur, plus tendu, plus contracturé, cette *défense musculaire* est un signe excellent. Au même niveau, on peut constater un autre signe auquel j'attribue une grande valeur, c'est l'*hyperesthésie* de la région cutanée, correspondante à la zone appendiculaire. Si on frôle légèrement la peau de cette région avec la pulpe du doigt ou avec un crayon, on constate une hyperesthésie qui n'existe pas ailleurs sur l'abdomen. Parfois même, en provoquant cette hyperesthésie, on détermine des crampes réflexes très douloureuses du muscle sous-jacent.



O, ombilic; E, épine iliaque antérieure et supérieure; MB, point de Mac Burney et région appendiculaire, centre de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie; F, foie; G, estomac.

Ces différents signes, dont le maximum siège à la fosse iliaque droite, au point indiqué sur la figure que je mets sous vos yeux, vous permettent de diagnostiquer l'appen-

dicite et de la différencier des états qui peuvent la simuler. Dans l'indigestion, la violence des vomissements peut provoquer une douleur des muscles abdominaux, mais ces douleurs n'ont pas la localisation de l'appendicite et il s'agit d'une indisposition passagère. Dans la colique hépatique, les douleurs n'ont rien à voir avec la zone appendiculaire, elles occupent la région hépatique, le creux épigastrique; elles ont une tendance à remonter vers l'épaule; la vésicule biliaire est douloureuse à la pression, la teinte subictérique des conjonctives est habituellement rapide, et les urines contiennent des pigments biliaires. Néanmoins, il y a des cas où le diagnostic est difficile: c'est, d'une part, lorsque l'appendicite se déclare sur un appendice à type ascendant, pouvant remonter derrière le cæcum et le côlon; en pareil cas, les symptômes douloureux confinent à la région hépatique; c'est, d'autre part, lorsque les douleurs sont dues à une cholécystite avec tuméfaction et abaissement de la vésicule biliaire; en pareil cas, les symptômes douloureux spontanés et provoqués confinent à la région appendiculaire; toute-fois un examen attentif permet d'éviter l'erreur.

Le diagnostic avec la colique néphrétique est facile. Dans la colique néphrétique, la fièvre est nulle, les douleurs sont d'emblée plus vives que dans l'appendicite, et leur siège est tout à fait différent, la douleur lombaire, au niveau du rein malade, la douleur et la rétraction testiculaire, sont des appoints considérables au diagnostic.

Je serai bref sur le diagnostic avec les colites, qu'elles soient ou non sablo-membraneuses; j'y ai longuement insisté à l'une des dernières leçons. Je vous rappelle, néanmoins, que les douleurs provoquées par les crises de colite, avec ou sans fièvre, suivent de préférence le trajet des côlons ascendant, transverse et descendant. Chez certains malades, elles se localisent à l'une de ces régions; dans d'autres cas,

1. Dans quelques cas absolument *exceptionnels*, le cæcum dont la migration a été incomplète ou nulle, peut occuper la région ombilicale et même incliner vers le côté gauche de l'abdomen. Si une appendicite se déclare dans ces conditions, c'est vers la gauche qu'on trouvera les signes qui caractérisent l'appendicite. Termet et Varwers. *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 274.

elles occupent la région du cæcum, sous forme de typhlo-colite, souvent confondue à tort avec l'appendicite. Vous arriverez au diagnostic au moyen des signes suivants: la contracture douloureuse du muscle droit, la vraie défense musculaire et l'hyperesthésie de la zone appendiculaire, sont le fait de l'appendicite et n'existent pas dans les entéro-colites, alors même que le cæcum participerait à la crise. La colite peut n'être associée ni à du sable, ni à des membranes, mais la présence de membranes ou de sable dans les déjections, ces témoins de l'entéro-colite, permettent de rejeter l'hypothèse de l'appendicite, ou il faudrait supposer qu'appendicite et entéro-colite sablo-membraneuse se sont déclarées au même moment, ce que je n'ai encore jamais vu. J'ai observé une centaine d'individus atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ou sableuse; j'ai vu, d'autre part, une quarantaine de malades atteints d'appendicite vérifiée par l'opération, et je déclare n'avoir jamais vu un malade atteint en même temps d'une attaque d'entéro-colite et d'une attaque d'appendicite. Je vous conseille donc de faire ce que j'ai fait moi-même plusieurs fois pour confirmer un diagnostic difficile: recherchez avec soin, dans les déjections, le sable ou les membranes, et si vous en trouvez, éloignez l'idée de l'appendicite.

Le diagnostic de l'appendicite et de la péritonite à pneumocoques n'est pas toujours exempt de difficultés, ainsi que vous le verrez à notre prochaine leçon. La péritonite à pneumocoques atteint justement les enfants, aux âges où l'appendicite est fréquente; de part et d'autre, vous pourrez constater des douleurs abdominales brusques et vives, accompagnées de vomissements alimentaires ou bilieux; dans les deux cas, la fièvre peut être forte ou légère; mais la péritonite à pneumocoques provoque dès son début une diarrhée intense et fétide; d'autre part, la localisation de la douleur, la défense musculaire et l'hyperesthésie à la région de Mac Burney plaident en faveur de l'appendicite.

L'appendicite et l'annexite droite sont parfois difficiles à différencier. Bien que les annexites soient essentiellement des affections pelviennes et les appendicites des affections

abdominales, le diagnostic se complique, au cas d'annexite droite antérieure, ayant établi des adhérences permanentes au niveau de l'appendice¹. En faveur de l'annexite, il faut tenir compte de l'étiologie puerpérale ou blennorrhagique, de l'évolution des symptômes, de leur mode de début et de la localisation exacte de la douleur².

Les hystériques peuvent présenter un ensemble de symptômes, vomissements, douleurs à la fosse iliaque, qui rappellent le tableau de l'appendicite; mais, en pareil cas, on trouve des stigmates d'hystérie et la localisation douloureuse, au lieu de siéger au point de Mac Burney, est plus bas à la région ovarienne ou plus haut, sous les côtes³.

Je viens de dire comment débute l'appendicite et comment vous en pouvez faire le diagnostic à sa phase initiale. Étudions maintenant son *évolution* : Vous voilà en face d'un malade chez lequel vous avez reconnu une appendicite; mais votre tâche est loin d'être terminée; quelle va être l'évolution de la maladie, quelles surprises vous sont réservées; cette appendicite en restera-t-elle à l'étape appendiculaire sans autre complication, ou sera-t-elle suivie d'infection péritonéale, avec toutes ses conséquences? Examinons ces différentes éventualités.

Parfois, heureusement, l'attaque d'appendicite se termine favorablement et sans la moindre complication; après un ou deux jours de symptômes plus ou moins douloureux, de vomissements plus ou moins fréquents, la fièvre étant généralement modérée, le calme se rétablit, la constipation cède, la fosse iliaque est moins sensible, moins tendue, le plan musculaire se défend moins, et le malade guérit de son *attaque appendiculaire*. Que s'est-il passé? Ou bien les microbes, cause des accidents, n'étaient doués que d'une faible virulence, ou bien, la phagocytose aidant, l'ennemi a été vaincu; ou bien encore, l'obstruction du canal appendiculaire a cédé rapidement, la cavité n'est plus close, la libre

1. Doléris. *Société obstétricale et gynécologique*, avril 1897.

2. Richelot. *Le Bulletin médical*, 1897, p. 441.

3. Rendu, Talamon. *Société médicale des hôpitaux*, mars 1897.

circulation est rétablie dans le canal appendiculaire, et l'appendicite guérit comme guérit l'otite aiguë, quand la trompe d'Eustache récupère à temps sa perméabilité. Il est même possible, en pareille circonstance, que la guérison de l'appendicite soit définitive sans récurrences ultérieures.

Dans d'autres cas moins favorables, que l'attaque d'appendicite ait été ou non plus intense, plus persistante, peu à peu tout rentre dans l'ordre ainsi que vous l'avez vu chez nos malades de la troisième catégorie; mais la convalescence est lente, le sujet garde longtemps le souvenir de son appendicite; il est constipé, il éprouve quelque appréhension à chasser, à monter à cheval, à faire des armes, et, s'il se décide à se faire opérer plus tard « à froid », on constate un appendice volumineux, déformé, adhérent, parfois flanqué d'un petit abcès enkysté.

Je profite de cette circonstance pour vous rappeler ce que je vous ai déjà dit au sujet d'un de nos malades: rien ne nous autorise à considérer la constipation comme une cause d'appendicite, tandis qu'il nous est permis d'affirmer que toute lésion appendiculaire, avérée ou cachée, est susceptible de provoquer par action réflexe la paresse intestinale et la constipation.

Assez souvent, les lésions appendiculaires se poursuivent plus ou moins insidieusement, à l'état *chronique*, elles aboutissent à ces appendices volumineux, déformés, dilatés, adhérents, parfois entourés de fausses membranes épaisses, le tout formant à la fosse iliaque droite un empâtement, une induration profonde, une tumeur, représentant l'une des formes de l'*ancienne pérityphlite non suppurée*.

Dans le cours de l'appendicite chronique, ou mal éteinte, surviennent des épisodes aigus, soit que l'infection pariétale *se réchauffe*, soit qu'une nouvelle oblitération du canal favorise une nouvelle poussée infectieuse. C'est ainsi qu'une première attaque d'appendicite est suivie à intervalles plus ou moins éloignés, à quelques semaines à quelques mois de distance, de deux, trois, quatre *récurrences*, parfois suivies d'accidents graves ainsi que nous le verrons plus loin, et