

dont on n'a définitivement raison que par l'intervention chirurgicale.

Je viens de vous parler de cas heureux, ou relativement heureux; ceux qui n'aboutissent généralement pas à la péritonite et qui ne mettent pas la vie en danger. Arrivons maintenant aux cas, autrement graves, où l'appendicite aboutit à l'une des formes de péritonite dont je vous ai cité un grand nombre d'observations. Le fait saillant que je vous prie de ne jamais oublier, c'est qu'il est bien souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir à quel moment les accidents péritonéaux succèdent aux accidents appendiculaires. Nous voilà bien loin de la division, tout artificielle, invoquée par quelques auteurs; suivant M. Talamon, dont je cite textuellement les paroles, « il y a, habituellement, dans l'appendicite deux périodes bien distinctes : la période préparatoire qui précède la perforation et que nous avons proposé d'appeler la période de coliques appendiculaires, et la phase péritonitique qui suit la rupture de l'appendice¹ ». Chacune de ces assertions recèle une inexactitude, et il est temps de rétablir les faits. Imbu de pareilles théories, on pourrait croire, à tort, que la péritonite n'éclate que lorsque l'appendice est perforé, tandis qu'il ne manque pas d'exemples, et je vous en ai rendu témoins, où la péritonite, sous toutes ses formes, généralisée ou localisée, se déclare alors que l'appendice malade *n'est point perforé*²; imbu de pareilles théories, on pourrait croire à tort que la péritonite s'annonce toujours par un cortège de symptômes qui permettent de prévoir le danger et d'y parer; perdez ces illusions, Messieurs, car il est souvent impossible, vous l'avez constaté chez nos malades, de savoir à quel moment les accidents péritonéaux font suite aux symptômes appendiculaires. Ces symptômes et ces accidents sont pour ainsi dire fusionnés et subintrants;

1. Talamon. *Appendicite et pérityphlite*, 1892, p. 102.

2. Monod. Contribution à l'étude des appendicites, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 497. — Regnier. Appendicite avec appendice non perforé, séance de la Société de chirurgie du 4 mars 1896; *La Presse médicale*, 1896, n° 20, p. xcviij.

les douleurs, les vomissements alimentaires et bilieux, la défense musculaire, l'état de la fièvre et du pouls, la constipation et le tympanisme abdominal, tous ces signes peuvent exister avec ou sans participation du péritoine; on guette l'entrée en scène de la péritonite qui est déjà en pleine évolution, on attend alors qu'il faudrait agir et, sur la foi d'assertions erronées, le malade succombe faute d'avoir été opéré.

La péritonite appendiculaire ne se prête à aucune description méthodique. Ni l'état fébrile, ni l'intensité des douleurs, ni l'examen du ventre ne nous permettent de pronostiquer avec certitude la forme et la gravité des péritonites appendiculaires. Les exemples que je vous ai cités et les malades que vous avez suivis de près vous en fournissent amplement la preuve. Dans quelques circonstances, les débuts de l'appendicite paraissent bénins, les douleurs sont peu vives, la fièvre est modérée: on dirait, vraiment, une infection appendiculaire de moyenne intensité; les troubles digestifs, l'anorexie, la constipation, les nausées inquiètent seuls le malade, qui se croit atteint d'indigestion. Deux ou trois jours se passent, sans incidents marquants; faute d'examen attentif, on croirait, volontiers, à une simple indisposition; mais le ventre se ballonne, la douleur, primitivement localisée à la fosse iliaque droite, se généralise, sans toutefois augmenter d'intensité; le facies s'altère, le pouls s'accélère, le liquide s'accumule dans le péritoine, sans qu'il soit possible de savoir exactement à quel moment l'étape péritonéale a succédé à l'étape appendiculaire; la température s'abaisse, le malade tombe dans le collapsus, se refroidit et meurt. Je fais allusion à un cas pour lequel je fus appelé en consultation au mois d'octobre 1895, avec MM. Pinard et Segond.

Parfois, au contraire, les accidents péritonéaux sont précoces et se précipitent rapidement. Que la fièvre soit forte ou légère, que les douleurs soient intenses ou modérées, que l'appendicite soit calculeuse ou oblitérante, qu'il y ait ou non perforation des parois, la péritonite est tellement septique que, si l'opérateur n'intervient pas assez vite, le malade suc-

combe au quatrième ou cinquième jour. On trouve, à l'autopsie, ou à l'opération, si elle a été faite à temps, tantôt une péritonite à liquide purulent, tantôt une septicémie péritonéale suraiguë avec liquide séreux, roussâtre, d'une extrême virulence. Je n'ai pas à revenir, ici, sur cinq des observations que je vous ai citées; veuillez vous les rappeler, elles sont absolument applicables à cette variété de péritonite.

Je n'ai pas encore épuisé toutes les modalités de péritonites appendiculaires; dans quelques cas, probablement assez rares, la gravité du mal ne vient pas de la gangrène ou de la perforation de l'appendice, elle ne vient pas seulement des complications péritonéales, elle tient en grande partie à la toxi-infection appendiculaire elle-même. En voici une observation que M. Routier m'a donnée: Une jeune enfant de onze ans tombe malade le samedi matin; elle a des nausées, de la diarrhée verte et des douleurs dans le côté droit du ventre. On pense à une appendicite, et on ordonne de la glace sur le ventre et de l'opium; dans la nuit, surviennent des vomissements. Dès le lendemain matin dimanche, la langue est sèche, rôtie, le visage est anxieux, le ventre très ballonné, le pouls est à 120; la température, peu élevée, est à 38°,5. Ce même dimanche matin, M. Routier voit la petite malade en consultation à onze heures. Il trouve la situation très alarmante; tous les symptômes se sont accentués et il porte le diagnostic de péritonite généralisée consécutive à une appendicite perforée. Il pratique l'opération à midi, et, à sa grande surprise, il ne constate que quelques traces très légères de péritonite; la péritonite n'est qu'à l'état d'ébauche, mais l'appendice est énorme, « il a trois fois son volume normal, il est dur comme du bois, il n'est ni gangrené, ni perforé ». Après l'opération, une détente se produit, les vomissements cessent, le pouls se relève. Mais cette amélioration est de courte durée, car la toxi-infection était déjà généralisée, elle avait fait œuvre, et vingt-quatre heures plus tard, malgré la cessation des accidents péritonéaux, l'enfant succombait dans le collapsus, empoisonnée par les produits toxiques de la cavité close. J'ai pu étudier l'appendice de cette enfant, il était très volumineux, très dur,

comme en érection, il contenait deux calculs, et c'est au-dessus des calculs, libres dans la cavité, que le canal appendiculaire avait été oblitéré par la tuméfaction des parois de l'appendice. Le coli-bacille et le streptocoque étaient les agents virulents de cette cavité close. Il n'y avait ni ulcération, ni gangrène, ni perforation de l'appendice.

Ceci prouve que, dans l'appendicite, ce n'est pas seulement la gangrène et la perforation qui sont à redouter, ce n'est pas seulement la péritonite qui est à craindre, c'est encore l'infection appendiculaire elle-même. L'appendicite n'est pas seulement infectieuse, elle est *infectante* et *intoxicante* (microbes et toxines), je vous en ai rendu témoin par nos expériences, elle peut avoir, par elle-même, une part considérable dans les accidents, et cela dès le début de la maladie, dès que la cavité close est constituée.

Après avoir étudié l'évolution des péritonites appendiculaires diffuses, occupons-nous des péritonites *circonscrites*. Les péritonites circonscrites d'origine appendiculaire occupent, dans l'abdomen, les situations les plus diverses. La direction qu'occupait normalement l'appendice avant la maladie (type descendant, type ascendant et rétro-cæcal, type latéral), et les adhérences anciennes ou récentes, reliquat d'anciennes attaques appendiculaires, sont autant de conditions qui expliquent la localisation de la péritonite et ses tendances à l'enkystement. Ainsi se trouvent constituées les péritonites *partielles* ilio-inguinale, rétro-cæcale, pré-rectale, péri-ombilicale, etc., formant des clapiers, des foyers, des abcès péritonéaux.

L'abcès péritonéal ilio-inguinal constitue la variété la plus commune. La collection purulente occupe la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade de Fallope; elle est limitée par la face antéro-interne du cæcum et les anses de l'intestin grêle; elle correspond, sur le ventre, à une ligne située un peu au-dessus de l'arcade, à quelques centimètres en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure¹.

1. Loison. *Revue de chirurgie*, janvier 1895.

L'abcès pré-rectal est beaucoup moins fréquent que la variété précédente. Dans quelques cas, l'appendice se dirige en bas et en dedans et s'engage dans le petit bassin en venant se placer au-devant du rectum; il peut se faire alors une péritonite enkystée entre le rectum et la vessie chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme. Le toucher vaginal et le toucher rectal donnent des renseignements sur l'existence et sur la situation de la collection purulente, qui peut s'ouvrir spontanément dans le rectum, dans la vessie, dans le vagin¹. On a même cité un cas où l'appendice, long de dix centimètres, avait été rendu par le rectum².

On a signalé quelques cas d'abcès péritonéal péri-ombilical; l'appendice étant dévié en dedans et en avant du cæcum, les adhérences favorisent la limitation de la collection au-dessus et en dedans de la fosse iliaque, au voisinage de l'ombilic.

L'abcès rétro-cæcal est très important à bien connaître. Dans bien des cas, nous l'avons dit au début de cette étude, l'appendice, à l'état normal, remonte en arrière du cæcum jusqu'au côlon; il peut même être fixé dans cette situation, ou être englobé dans le tissu cellulaire de la région rétro-cæcale par des adhérences qui sont le reliquat d'attaques appendiculaires précédentes. En pareil cas, l'abcès péri-appendiculaire peut se collecter derrière le cæcum ou autour du cæcum; il peut faire saillie dans l'espace costo-iliaque ou dans la région lombaire au-dessus de la crête iliaque³. Si l'appendice est muni d'un mésentère, l'abcès appendiculaire peut se développer d'emblée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au-dessus du fascia iliaca. Du reste, dans cette région, l'abcès péritonéal devient facilement cellulaire, et les différentes variétés peuvent se confondre. L'abcès rétro-cæcal, limité en avant par le cæcum et

1. Gérard-Marchant. Appendicite par corps étrangers. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 495.

2. Motchouskowsky. *Archives russes de pathologie, de clinique et de bactériologie*, 1896.

3. Toute cette partie de la question concernant les péritonites partielles est fort bien exposée dans l'ouvrage de M. Talamon, p. 75, 76 et *passim*.

par le côlon ascendant, peut se porter en différentes directions et provoquer les modalités suivantes: assez souvent il s'ouvre dans le cæcum, ainsi que j'en ai vu un cas avec MM. Pozzi et Weil; je dirai même, une fois de plus, que bon nombre de faits, considérés autrefois comme des exemples de typhlite stercorale terminée par perforation du cæcum et par *pérityphlite* (l'ancienne pérityphlite), ne sont autre chose que des lésions cæcales et péri-cæcales, consécutives elles-mêmes à une lésion appendiculaire, qui est la *première en date*. Cette variété d'abcès rétro-cæcal peut également se vider dans le côlon ascendant, ainsi que je l'ai constaté avec MM. Barbe et Routier. Dans d'autres cas, l'abcès rétro-cæcal se dirige vers la face inférieure du diaphragme, à la façon des abcès sous-phréniques et il peut aboutir à la perforation du diaphragme, à la pleurésie purulente¹, à la vomique². Enfin, il est des cas où l'abcès rétro-cæcal peut fuser dans la fosse iliaque, comme la variété d'abcès pré-rectal, et s'ouvrir dans la vessie, le rectum, le vagin, ou fuser dans le canal inguinal et dans les bourses³.

La cavité de Retzius n'est même pas à l'abri des coups de l'appendicite. M. Brun a rapporté l'observation d'une péritonite purulente mortelle consécutive à la perforation d'un abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante⁴.

Telles sont les principales variétés d'abcès, d'origine appendiculaire; les ouvertures spontanées de ces collections purulentes dans l'une des parties de l'intestin, sont suivies de guérison si l'appendice malade a été lui-même éliminé; dans le cas contraire, une nouvelle attaque appendiculaire peut survenir, ainsi que nous l'avons vu avec M. Pozzi, quelques mois après l'ouverture spontanée d'un abcès rétro-cæcal dans l'intestin. N'oublions pas, enfin, qu'un abcès primi-

1. Talamon. *Loco citato*, p. 76.

2. Monod. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 500. — Routier, *idem*, p. 537.

3. Jalaguier. *Traité de chirurgie*, p. 515.

4. Brun. *Presse médicale*, 18 juillet 1896.

tivement enkysté peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée.

Je viens de passer en revue les péritonites généralisées ou circonscrites qui peuvent survenir au cours de l'infection appendiculaire. Les agents pathogènes de ces péritonites ont été bien étudiés par M. Macaigne, qui m'a fait connaître le résultat de ses recherches concernant dix-huit cas de péritonites consécutives à des appendicites opérées par M. Monod; le pus de ces péritonites contenait généralement un grand nombre de microbes, microcoques, streptocoques, coli-bacilles, staphylocoques. Dans la majorité des cas, on constatait le coli-bacille et le streptocoque mais avant tout le colibacille¹, recherches qui sont identiques à celles que nous avons faites dans la cavité close de l'appendicite. Ces microbes arrivent dans le péritoine avec une virulence déjà très exaltée, et il est certain que leur degré d'infectiosité entre pour une part considérable dans la gravité et dans les allures des péritonites qui en sont la conséquence. Tantôt, ainsi que vous l'avez constaté sur les pièces que je vous ai montrées, microbes et toxines sont déversés dans le péritoine à travers une perforation ou un délabrement de l'appendice, tantôt ils pénètrent dans le péritoine par migration à travers les parois de l'appendice non perforé.

Je n'en ai pas fini, Messieurs, avec les complications de l'infection appendiculaire, j'ai à vous parler maintenant de foyers secondaires qui semblent parfois n'avoir aucune connexion anatomique avec le foyer initial; ce sont des foyers erratiques, ou *foyers à distance* (Tuffier), comme on en rencontre parfois à la suite de l'otite dans l'hémisphère cérébral du côté malade, et même du côté opposé et en d'autres régions. Ces abcès, véritables abcès métastatiques, sont dus à des migrations microbiennes transportées plus ou moins loin du lieu d'origine. Ils ont pour lieu d'élection la cavité

1. MM. Achard et Broca ont publié des résultats analogues. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1897, p. 442.

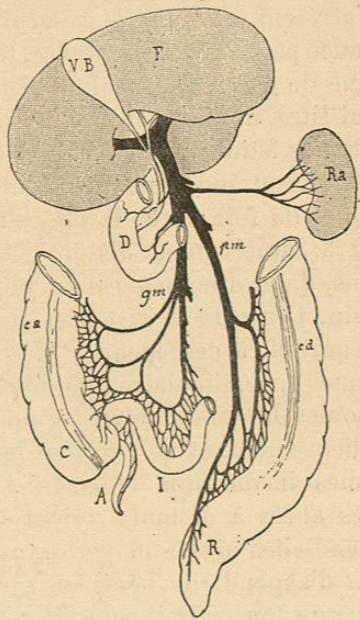
péritonéale, le tissu cellulaire sous-péritonéal, le foie, mais on les trouve également à la paroi abdominale, à la plèvre, au poumon, au cerveau, au rein, à la rate, à la parotide, etc. Dans la cavité péritonéale, ils se forment un peu partout, aux environs du cæcum, derrière le côlon transverse, derrière l'estomac, sous le diaphragme, au-dessus de la vessie¹, à la fosse iliaque gauche. La description des abcès à distance péritonéaux et sous-péritonéaux se confond en partie avec celle des abcès par continuité dont je vous ai parlé il y a un instant, ils se développent dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque et peuvent fuser en différentes directions, en haut vers la région lombaire, autour du rein sous forme d'abcès péri-néphrétique, ainsi que je vous en ai montré un cas, il y a six semaines, chez un malade de notre salle Saint-Christophe; ils peuvent fuser en bas dans la direction de l'arcade crurale où ils s'arrêtent, ou dans le canal iliaque.

L'abcès à distance peut envahir la plèvre, toujours la plèvre droite, sous forme de pleurésie purulente enkystée, pouvant contenir un demi-litre, un litre, et plus encore, de pus lié et sans odeur, ou de pus fétide et mal lié². Les abcès à distance pulmonaires sont tantôt indépendants, tantôt associés aux abcès métastatiques du foie ou de la plèvre; rarement volumineux, ils sont habituellement disséminés sous forme de petites collections, de la dimension d'un noyau de cerise à un grain de raisin. Ces abcès à distance, quel que soit leur siège, peuvent survenir à des époques plus ou moins éloignées de l'attaque appendiculaire; tantôt ils éclatent au milieu de symptômes bruyants, fièvre et douleur; tantôt ils s'installent insidieusement, et ne révèlent leur présence que par des symptômes inconstants et tardifs. Ne croyez pas, toutefois, que les abcès à distance soient toujours consécutifs à des appendicites aiguës et perforantes; ils existent également au cas d'appendicite bénigne, ayant évolué sans encombre, alors que tout faisait supposer que la maladie était terminée.

1. Brun. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 329.

2. Jacob. *Thèse de Paris*, 1892.

J'ai réservé, pour leur donner une mention spéciale, les abcès à distance du *foie*. L'infection du foie est une des complications les plus terribles de l'appendicite. Sous l'influence de la virulence et de la force d'expansion qu'acquièrent les microbes enfermés en cavité close, ces microbes, notamment le coli-bacille, pénètrent dans les veines de l'appendice, de là, dans la veine mésentérique, dans la veine porte, et ils aboutissent au foie. Cette migration infectieuse peut avoir pour origine toutes les variétés d'appendicite : appendicite ulcérée, perforée, suppurée, gangrénée, ou appendicite non perforée, non gangrénée ; c'est donc bien le *foyer infectant intra-appendiculaire* qui est la cause des accidents, l'agent infectant déterminant habituellement sur son passage des lésions veineuses, phlébites, suppuration et thrombose¹.



A, appendice et veines appendiculaires qui se déversent dans la grande veine mésentérique, laquelle aboutit à la veine porte ; C, cæcum ; I, iléon ; R, rectum ; D, duodénum ; F, foie ; Ra, rate ; VB, vésicule biliaire ; gm, grande veine mésentérique ; pm, petite veine mésentérique.

1. Berthelin. Complications hépatiques de l'appendicite. Thèse de Paris, 1895.

Arrivés dans le foie, les microbes se répandent dans le système porte périlobulaire, ils peuvent même pénétrer dans le lobule hépatique (pyléphlébite intra-lobulaire), mais l'infection n'atteint pas habituellement la veine centrale du lobule. Sous l'influence de cette infection, le foie augmente tellement de volume (surtout le lobe droit), qu'il peut arriver à peser plus de trois kilogrammes. A l'autopsie, on trouve ce gros foie criblé de foyers purulents ; il est rare que ces foyers soient volumineux ; on découvre une infinité de petits abcès jaunâtres, du volume d'un grain de chènevis et remplis de pus ; souvent ils se réunissent et forment alors par leur coalescence des abcès du volume d'un pois, d'une noisette, abcès formés de tissu spongieux (Hanot), anfractueux, *aréolaires* (Chauffard), remplis de pus très fétide riche en coli-bacille¹. Ces abcès aréolaires se continuent sans ligne de démarcation bien tranchée avec le tissu hépatique voisin. Dans l'intervalle des abcès, le tissu hépatique est normal, friable ou sclérosé. Dans bon nombre de lobules hépatiques, les cellules sont déformées, bouleversées, envahies de dégénérescence granulo-graisseuse (Acharde). Les voies biliaires sont intactes.

Voici comment se déroulent les accidents de l'infection hépatique. Le malade a été atteint d'appendicite ; cette appendicite a été violente ou légère, peu importe ; parfois même l'opération a été faite et le malade opéré de son appendicite est en pleine convalescence, ainsi que je l'ai observé avec MM. Claisse et Routier. Mais voilà que de grands accès de fièvre ouvrent la scène, accès violents, avec frisson, température à 40 degrés et transpirations abondantes. Ces accès reparaissent tous les jours ou plusieurs fois par jour. Entre les accès, l'apyrexie est complète (fièvre intermittente) ou incomplète (fièvre rémittente). Avec les accès de fièvre apparaissent d'autres symptômes, l'état nauséux, l'intolérance de l'estomac, les vomissements et une douleur plus ou moins vive, dont le siège est à l'épigastre ou à l'hypochondre. Ces symptômes sont eux-mêmes suivis de la tumé-

1. Chauffard. Société médicale des hôpitaux, novembre 1894, p. 793.