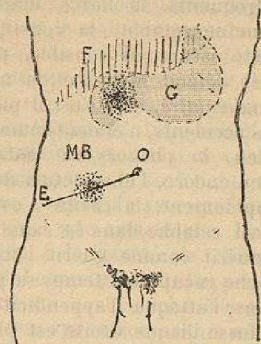


tions microbiennes vers le foie, la plèvre et le poumon; c'est la cavité close et la toxicité appendiculaire qui provoquent la déchéance des cellules du foie (urobilinurie, ictère, ictère grave), la déchéance des cellules du rein (albuminurie, anurie, urémie), les érosions de l'estomac et les grandes hématoméses, etc. Donc, dès le début, et *avant même l'écllosion des lésions péritonéales*, la toxi-infection appendiculaire est là, menaçante, et révélant sa présence par quelques-uns des troubles que je viens de signaler; aveugle qui ne la voit pas et qui, confiant encore dans les formules surannées, se paye de mots et temporise, alors qu'il faudrait agir.

Mais revenons à la douleur qui est le symptôme dominant de l'entrée en scène de l'appendicite. C'est la *douleur* qui est notre 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 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 même qu'elles seraient précédées de douleurs à la région épigastrique ou ailleurs, alors même 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 l'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



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.

détermine des crampes réflexes douloureuses du muscle sous-jacent.

En résumé les douleurs spontanées et provoquées au niveau du point de Mac-Burney, la défense musculaire, l'hyperesthésie, les nausées, les vomissements, la fièvre, tels sont, avec plus ou moins d'intensité, les symptômes habituels de l'entrée en scène de l'appendicite.

Évolution de l'appendicite. — Je viens de dire comment débute l'appendicite, étudions maintenant son évolution. Quelles surprises nous sont réservées? Cette appendicite légère ou violente, qui date de la veille ou du jour même, en restera-t-elle à l'étape appendiculaire sans autre complication, ou sera-t-elle suivie d'infection péritonéale et d'accidents toxiques et infectieux avec toutes leurs conséquences? Examinons ces différentes éventualités.

Parfois, heureusement, l'attaque d'appendicite forte ou légère se termine favorablement et sans complication. Après quelques jours de symptômes douloureux, de vomissements plus ou moins fréquents, la fièvre étant généralement modérée, le calme se rétablit, la constipation cède, la fosse iliaque droite 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 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.

Dans d'autres cas, l'attaque d'appendicite est plus grave, la douleur de la fosse iliaque droite est plus intense, plus persistante; la tension, le ballonnement de l'abdomen sont plus généralisés, les vomissements sont plus fréquents, et cependant peu à peu tout rentre dans l'ordre: mais alors la convalescence est lente, pendant longtemps le sujet conserve à la fosse iliaque 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 des adhérences, de la péritonite péri-appendiculaire; un appendice volumineux, déformé, parfois un petit abcès enkysté, parfois même une perforation imminente de l'appendice. Les accidents étaient menaçants. Tous les chirurgiens ont vu cela, je l'ai moi-même constaté plusieurs fois; j'ai eu entre les mains l'appendice d'un jeune garçon, opéré sur ma demande par Routier à l'hôpital Necker; ce garçon se promenait et vaquait à ses occupations, tout en ayant un abcès péri-appendiculaire, reliquat d'une appendicite aiguë.

Il est des cas, et ils sont fréquents, où les lésions de l'appendice aboutissent très vite à la *gangrène* et évoluent avec une terrible rapidité: l'appendicite s'annonce au milieu de

symptômes fébriles et douloureux, on fait des applications de glace sur la région douloureuse, on pratique des injections de morphine, on espère pouvoir enrayer le mal; vain espoir; en deux jours, ou trois jours, l'appendice est déjà nécrosé, gangrené, et le malade succombe avec ou sans opération; il succombe au milieu d'accidents toxi-infectieux pour n'avoir pas été opéré ou pour avoir été opéré trop tard. Je pourrais citer une quantité de faits de ce genre.

Dans d'autres circonstances, l'appendicite semble évoluer dans de bonnes conditions, on la laisse « refroidir »; les partisans du « refroidissement » se félicitent et c'est parfois au moment où l'on contemple avec quiétude le « refroidissement » que survient une catastrophe. La récente communication de Legueu à la Société de chirurgie¹ en est la preuve. Voici le fait. Legueu présente l'appendice perforé d'un enfant de cinq ans qui a succombé brusquement pendant que refroidissait son appendice soigné médicalement dans un service, d'où l'intervention chirurgicale à chaud est systématiquement bannie. Cet enfant était au cinquième jour du « refroidissement » et tout allait pour le mieux, son état général était excellent, lorsque subitement il fut pris de vomissements, son pouls se précipita, son ventre se ballonna, ses extrémités se refroidirent, en sorte que, en quelques heures, il fut à la mort, avant qu'on ait eu le temps de poser les indications d'une intervention opératoire. L'autopsie montra un appendice perforé au sein d'un abcès profondément situé, séparé de la paroi abdominale par plusieurs anses intestinales et rompu dans la grande cavité péritonéale, ce qui avait occasionné une péritonite généralisée foudroyante. Il est probable, ajoute Legueu, pour tout commentaire, que si cet enfant avait été opéré à chaud, aussitôt le diagnostic porté, il eût été sauvé.

Hartmann a présenté un cas analogue: une femme atteinte d'appendicite aiguë est envoyée dans son service. Les symptômes étant en décroissance, on croit pouvoir

1. Séance du 8 octobre 1902.

attendre sans danger « le refroidissement » de cette appendicite. Quelques jours se passent ainsi dans une quiétude trompeuse. Mais voilà que la situation s'aggrave si subitement que la malade n'est même plus en état de supporter la moindre intervention et elle succombe. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée récente et un gros abcès rétro-cæcal dans lequel est un appendice gangrené et perforé.

Après avoir ébauché quelques-unes des modalités de l'appendicite, j'arrive aux deux grandes formes qui dominent son histoire : l'une c'est l'appendicite avec *péritonite*, l'autre c'est l'appendicite que j'ai nommée *toxique*.

Péritonites appendiculaires. — Quand une appendicite commence, on ne sait jamais comment elle va évoluer. L'étape appendiculaire peut résumer en elle toute la maladie, en pareil cas le péritoine n'est pas en cause, et le malade guérit de son attaque appendiculaire, tout en conservant un appendice adultéré, qui pourra bien devenir, à des époques plus ou moins éloignées, l'origine de nouvelles attaques appendiculaires. Dans d'autres circonstances, le processus ne s'en tient pas aux lésions appendiculaires, le péritoine est atteint, mais il n'est qu'effleuré; il s'agit seulement de péritonite adhésive, très limitée, et des *adhérences* s'établissent entre l'appendice et les parties voisines. Ces adhérences pourront même jouer un rôle de protection et de limitation au cas de nouvelles poussées appendiculaires.

Enfin il est des cas, et ils sont nombreux, où l'appendicite aboutit à la *péritonite diffuse*, généralisée, ou à la *péritonite partielle*, enkystée. Étudions ces péritonites.

La péritonite est dite *diffuse* quand elle s'étale sans tendance à l'enkystement. Tantôt les anses intestinales sont poisseuses, dépolies, et le liquide épanché est peu abondant, roussâtre, mal lié; il s'agit alors presque toujours de péritonite septique suraiguë, forme terrible et rapide dans son évolution. Tantôt le liquide péritonéal est abondant, plus ou moins purulent, des fausses membranes nagent dans le liquide épanché et forment des tractus entre les anses

intestinales. Cette variété purulente est surtout l'apanage des péritonites qui ont déjà une certaine durée. Il est des péritonites très précoces qui peuvent apparaître dès le second jour de l'appendicite; il en est qui sont tardives et qui surviennent dans le cours du premier ou du second septennaire.

On a longtemps émis sur la pathogénie et sur la description de ces péritonites des idées erronées que je me suis efforcé de rectifier. Jadis on les considérait toutes comme des péritonites par perforation et l'on décrivait deux étapes, une étape appendiculaire avec symptômes d'appendicite et une étape péritonéale avec symptômes de péritonite. Ainsi pour 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 allons proposer d'appeler la période de coliques appendiculaires, et la phase péritonitique qui suit la rupture de l'appendice¹ ».

Ainsi présentée, la question gagnait en simplicité; il n'y a qu'un malheur, c'est que le plus souvent les choses se passent tout différemment.

D'abord la perforation de l'appendice n'est nullement nécessaire à l'éclosion de la péritonite. Dans bien des cas, il est vrai, l'appendice est suppuré, gangrené, perforé et le résidu du foyer appendiculaire s'épanche dans le péritoine, mais souvent aussi on ne trouve à l'appendice aucune perforation, nous avons tous constaté des cas semblables² et la péritonite est due à la migration microbienne à travers les parois ainsi que je l'ai démontré par des recherches que j'ai rapportées plus haut.

De plus, que s'il est des cas où les symptômes de la péritonite éclatent avec la brusquerie de la péritonite par perforation, il en est d'autres, *et ils sont d'après moi les plus nombreux*, où il est difficile de préciser l'entrée en scène de

1. Talamon. *Appendicite et péritophlite*, p. 102.

2. Monod. Contribution à l'étude des appendicites. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 497. — Reynier. *Appendicite avec appendice non perforé*, séance de la Société de chirurgie du 4 mars 1896.