

lulaire, et les variétés peuvent se confondre. Signalons également le *psœllis*¹ appendiculaire.

L'abcès rétro-cæcal, limité en avant par le cæcum et par le colon 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 Pozzi et Weill; je dirai même, une fois de plus, que bon nombre de faits, considérés autrefois comme des exemples de typhlite terminée par perforation du cæcum et par péri-typhlite, 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 colon ascendant, ainsi que je l'ai constaté avec 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 purulente, à la vomique², question que j'ai traitée en détail dans le premier volume, au chapitre de la pleurésie appendiculaire. Enfin, il est des cas où l'abcès rétro-cæcal fuse dans la fosse iliaque et s'ouvre dans la vessie, le rectum, le vagin, ou fuse dans le canal inguinal et dans les bourses³.

Je signale, en passant, le phlegmon périnéphrétique. 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 abdominaux, 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

1. Roger. Appendicite et psœllis. *Presse médicale*, 15 septembre 1900.
2. Monod. *Société de chirurgie*, 1895, p. 500. — Routier, *idem*, p. 537.
3. Jalaguier. *Traité de chirurgie*, p. 515.
4. Brun. *Presse médicale*, 18 juillet 1896.

Pozzi, quelques mois après l'ouverture spontanée d'un abcès rétro-cæcal dans l'intestin. N'oublions pas enfin qu'un abcès primitivement enkysté peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer une péritonite généralisée.

Les péritonites appendiculaires diffuses, généralisées, sont autrement redoutables que les péritonites appendiculaires localisées. Toutes ces péritonites sont dues à la toxi-infection élaborée dans le foyer appendiculaire, sans qu'il soit possible pour le moment d'assigner un rôle plus spécial à tel ou tel microbe de la flore appendiculaire. Qu'il me soit permis à ce sujet de présenter quelques réflexions.

Les péritonites appendiculaires, surtout celles qui sont enkystées, dégagent souvent une odeur *fétide* et même très fétide, sans qu'il soit possible d'incriminer un processus gangréneux. D'autre part, on ne peut pas dire qu'elles soient putrides, car elles n'ont aucun des caractères assignés à la putridité, elles ne créent pas une pneumatose péritonéale.

C'est par abus de langage, c'est par erreur, que ces péritonites sont parfois étiquetées péritonites putrides, alors qu'elles ne sont que fétides. L'opérateur, en ouvrant la cavité péritonéale, est frappé de l'odeur infecte du liquide, et il appelle ça une péritonite putride, donnant ainsi aux mots une valeur qu'ils n'ont pas.

Pour que la péritonite méritât le nom de putride, il faudrait qu'elle présentât des symptômes analogues à ceux des pleurésies putrides; il faudrait, à l'ouverture du péritoine, comme à l'ouverture de la plèvre, trouver un mélange de liquide et de gaz, ce qui n'est pas; il faudrait que la plaie abdominale (laparotomie) fût susceptible, comme la plaie thoracique (empyème), d'être envahie par un phlegmon gazeux, ce qui n'est pas; il faudrait que les cultures du liquide péritonéal fussent capables, comme les cultures du liquide pleural, de provoquer un dégagement de gaz, ce qui n'est pas; il faudrait que l'inoculation de pus péritonéal au cobaye fût apte, comme l'inoculation de pus pleural, à provoquer un phlegmon gazeux, ce qui n'est pas.

J'ai beau chercher dans mes souvenirs, j'ai beau com-

pulser les observations, je ne vois pas qu'on ait décrit une péritonite putride, tandis que les observations de pleurésies putrides se comptent par douzaines. Et quand la pleurésie putride fait suite à une péritonite préexistante, comme dans l'appendicite, il se trouve, je le répète, que la pleurésie est fréquemment putride, tandis que la péritonite ne l'est pas. Et cependant péritonite et pleurésie appendiculaire ont une même origine et paraissent dues aux mêmes microbes. Comment expliquer ça ?

Pour si paradoxal que soit ce fait, qui n'avait pas encore fixé l'attention, il n'en existe pas moins ; je dirai même qu'il est la règle. Dans le chapitre consacré à la pleurésie purulente appendiculaire, on trouve signalés à chaque instant des signes de putréfaction pleurale, le pneumothorax, le pyopneumothorax, l'issue de gaz à l'opération, tandis que les signes de putréfaction péritonéale, la pneumatose du péritoine, l'issue de gaz au moment de la laparotomie, ne sont nulle part consignés.

Je ne parle pas ici du pyopneumothorax sous-phrénique, qui est presque toujours associé à la perforation d'un organe du voisinage. Je ne parle pas non plus, bien entendu, du cas où les gaz passent dans le péritoine à travers une perforation de l'intestin ; il s'agit là de pneumatose péritonéale par perforation, comparable au pneumothorax par perforation ; de part et d'autre l'apport de gaz se fait par effraction et ceci n'a rien à voir avec les formations gazeuses engendrées par des liquides putrides. C'est si vrai, que si un opérateur, à l'ouverture de la cavité péritonéale motivée par une appendicite, constate la présence de gaz, il ne manque pas de dire : « Ah ! il y a quelque part une perforation intestinale », et il cherche aussitôt cette perforation, qui s'est faite secondairement, au cæcum, ou ailleurs.

A ce sujet je ne suis pas fâché d'ouvrir une parenthèse. J'ai démontré, par des preuves de toutes sortes, que c'est en cavité close que s'élabore le foyer toxo-infectieux de l'appendicite. Je peux ajouter aujourd'hui une preuve nou-

velle à l'appui de la thèse que je soutiens. On sait combien sont fréquentes, au cours de l'appendicite, la gangrène et la perforation de l'appendice ; or, si le foyer appendiculaire ne s'élaborait pas en cavité close, s'il communiquait librement avec le cæcum ainsi qu'on l'a dit à tort, les gaz intestinaux passeraient dans le péritoine et y détermineraient une pneumatose péritonéale considérable, une *pyopneumopéritonite*, ce qui n'est pas.

J'ai encore à présenter quelques réflexions concernant l'infection péritonéale d'origine appendiculaire. Dans la longue traînée infectieuse à marche ascendante, qui part de l'appendicite, qui gravite la cavité péritonéale et qui aboutit à la cavité pleurale, je vois trois étapes qui, chose inattendue, diffèrent par la nature des lésions. Le maximum des lésions de l'appendice, c'est la mortification ; ce qui domine au péritoine, c'est la fétidité ; ce qui domine à la plèvre, c'est la putréfaction. Et cependant, c'est la même flore microbienne qui a parcouru les trois étapes. Ceci prouve combien sont prématurées les conclusions relatives au rôle de certains microbes dans cette grande question de la toxo-infection appendiculaire. C'est une étude à revoir : la clinique en indique la voie. Il ne faut pas seulement compter avec la qualité des microbes, il faut compter avec les *terrains* dans lesquels ils poursuivent leur évolution.

Il est à remarquer en effet que ce n'est pas dans la séreuse péritonéale que s'élabore le travail de putréfaction, il se réserve pour la séreuse pleurale, qui, elle, confine de près aux *voies de l'air*. Voilà deux grandes séreuses, le péritoine et la plèvre,ensemencées par les mêmes germes morbides puisés dans le foyer de l'appendicite ; l'une ne se prête pas à la putréfaction, c'est le péritoine, bien qu'il soit à l'abri de tout contact avec les voies aériennes ; l'autre se prête merveilleusement à la putréfaction, c'est la plèvre, bien que son contact avec les voies aériennes soit partout intime. Je me garde de théories et d'hypothèses et je me contente d'appeler l'attention sur ce fait, qui ne cadre pas avec ce que nous savons sur les anaérobies qui exaltent