

Les abcès péritonéaux méritent d'être distingués de ces foyers de péritonites suppurées péri-appendiculaires uniques ou multiples, qui présentent ce caractère commun d'être localisés autour de l'appendice. Cette forme spéciale d'inflammation péritonéale a été décrite par Sonnenburg sous le nom de péritonite purulente progressive, par Nélaton sous le nom de péritonite suppurée généralisée à foyers multiples. Dans la cavité péritonéale, on trouve deux ou trois poches suppurées, volumineuses, isolées les unes des autres et absolument indépendantes. Les anses intestinales qui les séparent sont reliées entre elles par des adhérences plus ou moins lâches, et il semble que, primitivement étendue à tout ou à une grande partie du péritoine, l'inflammation n'ait que par places abouti à la suppuration. Comme le fait observer Talamon, il est arrivé, dans des cas semblables, que le chirurgien, se contentant d'une première incision, et croyant avoir vidé l'abcès, a laissé intact un foyer secondaire dont la persistance ou l'extension est la source de nouveaux accidents. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette forme de péritonite et, dans un cas qui avait cliniquement à son début revêtu les allures de la péritonite généralisée la plus violente, Brun a pu obtenir la guérison complète par l'ouverture de deux foyers suppurés situés l'un dans la fosse iliaque droite, le second dans le flanc gauche, au voisinage de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant.

b) *Péritonite généralisée.* — Contrairement à ce que nous avons vu dans les formes précédentes, la cavité péritonéale tout entière est atteinte, c'est là son caractère distinctif. Le péritoine intestinal est partout congestionné, quelquefois violacé, surtout au voisinage de l'angle iléo-cæcal, des flocons fibrineux apparaissent nombreux sur les anses intestinales distendues généralement à l'extrême et unies les unes aux autres par des adhérences friables. Le liquide contenu dans la cavité péritonéale est parfois très abondant, il peut atteindre plusieurs litres.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'il est purulent, quoique son aspect varie souvent suivant les points. Il s'accumule surtout dans les fosses iliaques et lombaires, dans le bassin où il prend un aspect blanchâtre, lactescent, bien décrit par Routier qui, à juste titre, considère cet aspect spécial comme l'indice d'un pronostic relativement favorable. Il convient d'autant plus d'insister sur les caractères du liquide épanché que ce sont eux qui, au point de vue anatomique, constituent les meilleurs signes différentiels avec la forme de péritonite qu'il nous reste à décrire, la péritonite septique diffuse.

c) *Péritonite septique.* — Dans cette forme, à l'ouverture du péritoine, on voit s'écouler une quantité parfois considérable d'un liquide louche, sanieux, mal lié, ressemblant à du bouillon sale (Jalaguiet), mélangé souvent de gaz extrêmement fétides et pouvant contenir une proportion variable de matières intestinales semi-liquides. Ce liquide se rencontre en grande abondance dans les fosses iliaques et lombaires, dans le bassin, surtout au voisinage du cæcum, parfois jusqu'au-dessous du foie et du diaphragme. Sa production est extrêmement rapide et quelques heures seulement après

le début des accidents il peut déjà remplir l'abdomen; les fausses membranes, les adhérences manquent à peu près complètement aussi bien entre les anses intestinales elles-mêmes qu'entre celles-ci et le péritoine pariétal, ou bien elles sont rares, mollasses, sans consistance, infiltrées de sanie putride, indiquant la faible tendance de la séreuse à lutter contre une infection suraiguë. Les anses intestinales sont souvent à peine distendues dans cette forme d'infection péritonéale; le météorisme est toujours moins accentué que dans la péritonite suppurée diffuse. Quelques flocons de fibrine à peine organisés, une injection sous-péritonéale légère, telles sont les seules lésions que l'on observe du côté de l'intestin, indices d'une septicémie péritonéale (Mickulicz) bien plus que d'une péritonite véritable.

LÉSIONS A DISTANCE. — Dans certains cas d'appendicite à marche insidieuse et lente, à durée prolongée, diverses lésions viscérales s'ajoutent aux lésions appendiculaires et péritonéales habituelles. Le cæcum en est assez souvent le siège, et cela par un processus qui peut quelquefois aboutir à la guérison, mais qui est trop souvent l'origine d'anus contre nature ou de fistules pyo-stercorales intarissables (voir plus bas : lymphangite cæcale). Brun a trois fois observé ces lésions cæcales : il s'agissait d'enfants chez lesquels la gravité de l'affection avait été d'abord méconnue et l'intervention tardive. C'est dans les mêmes conditions que l'on constate quelquefois ces fusées purulentes étendues qui dissèquent le psoas, perforent le diaphragme, envahissent la plèvre et le poumon. Ces lésions à distance ont été très longuement et très minutieusement étudiées par Piard (th. 1895). Au nombre des plus communes et à côté des suppurations de la rate, de la parotide, il faut surtout insister sur les suppurations hépatiques qui affectent le plus souvent la forme d'abcès aréolaires (Hanot, Achard, Chauffard). Elles avaient été autrefois déjà signalées par Leudet, Gendron, etc., qui avaient également insisté sur la pyléphlébite suppurée qui leur donne naissance. (Voir complications.)

Le système lymphatique dans l'appendicite. — L'importance des lésions lymphatiques est considérable; l'un de nous les a étudiées dans un mémoire couronné par la Société de chirurgie (1902) (Victor Veau, le système lymphatique de l'appendicite dans l'appendicite).

Nous avons vu que les lésions appendiculaires étaient localisées aux lymphatiques, on s'explique pourquoi les lésions de lymphangite s'observent au voisinage de l'appendicite et pourquoi les adénites appendiculaires sont fréquentes.

LYMPHANGITE CÆCALE. — La lymphangite cæcale est la cause de lésions qu'on observe sur le cæcum. On trouve quelquefois, lors des interventions à chaud, des plaques noirâtres, grisâtres, donnant l'impression du sphacèle, à contours irréguliers. Chez un malade, au troisième jour de la crise, que j'ai opéré d'urgence dans le service de M. Nélaton, j'ai trouvé à l'autopsie deux plaques de sphacèle de la dimension d'une pièce de deux francs situées sur la face postérieure du cæcum. Des observations de Poncet (1896), d'Albarran (1901) sont en tous points comparables.

Ces plaques s'observent le plus souvent sur la face antérieure du cæcum et quelquefois aussi, sur la face antérieure de l'iléon (Albarran). Le plus souvent elles sont au niveau de l'insertion de l'appendice (Balzer, Bazy, th. Gigon 1900). Généralement l'appendicite est sphacélée, mais d'autres fois il est peu malade (Polaillon, Lop, 1897). L'élimination de ces escarres, quand elle n'est pas précédée ou suivie de péritonite généralisée, amène des fistules stercorales interminables; pour elles

Tuffier (th. Benoit 1890), Albarran, Doyen ont proposé la résection du cæcum. J'ai soutenu ailleurs que ces lésions étaient sous la dépendance de la lymphangite appendiculaire et que M. Bazy a tort de soutenir la typhlite primitive. Ces perforations par lymphangite sont toutes différentes de celles qu'on observe au contact des foyers gangreneux. Alors la perte de substance est généralement plus petite et presque toujours la fistule guérit spontanément.

LYMPHANGITE ILIAQUE. — PARA-APPENDICITE. — Il existe des exemples indiscutables de phlegmons iliaques sous-péritonéaux. Schuchard (1890) rapporte deux cas de pérityphlite où il n'existait qu'un processus phlegmoneux du tissu cellulaire, il en conclut que l'appendicite peut créer à distance des abcès loin de l'organe malade, et créa pour eux le mot de paratyphlite, para-appendicite que M. Quénu, récemment, aurait voulu faire dévier de son sens primitif. Schuchard insistait déjà sur l'évolution torpide de ces abcès.

Ces abcès iliaques sous-péritonéaux s'observent généralement quand il existe un petit foyer enkysté appendiculaire, et on comprend la migration de proche en proche de l'abcès dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, mais quelquefois l'appendice n'est pas abcédé et n'est pas au contact du phlegmon iliaque. G. Marchand (1895) cite quatre cas dans lesquels il a constaté une collection purulente développée dans le tissu cellulaire en dehors du péritoine, sans rapport apparent avec l'appendice et tendant à fuser vers la région lombaire. Reclus (1896) trouve un appendice libre rattaché à la fosse iliaque par quelques tractus peu résistants, il ouvre une collection purulente située derrière le feuillet péritonéal qui a triplé de volume.

Dans ces cas, pensons-nous, l'infection a suivi la voie du réseau lymphatique sous-péritonéal que nous avons injecté : la migration vers la région lombaire s'explique par la disposition de ce réseau qui est d'autant plus riche qu'on se rapproche davantage du rebord costal. Nous verrons plus loin que c'est cette voie que suit l'infection pour produire les abcès sus-hépatiques. C'est de même par ce réseau sous-péritonéal que nous expliquons les relations qui existent entre la trompe et l'appendice (voir formes anormales : appendicite et salpingite).

ADÉNITES APPENDICULAIRES. — Les adénites appendiculaires sont fréquentes au cours de l'appendicite; l'un de nous a inspiré la thèse de Bonjour (1901) qui en renferme de nombreux exemples. Depuis cette époque, M. Quénu a insisté sur la fréquence de l'envahissement ganglionnaire dans les formes septiques, et, pour lui, l'adénopathie cliniquement reconnaissable serait un des meilleurs signes de l'appendicite grave.

Ces ganglions siègent le plus souvent dans le méso-appendice, mais on les observe encore derrière la terminaison de l'iléon, ou dans l'angle iléo-cæcal, ou à la racine du mésentère. Dans des cas rares, ils siègent en avant du cæcum; ces faits sont probablement en rapport avec des anomalies de l'artère iléo-appendiculaire, car dans un cas nous avons injecté un ganglion précæcal.

Généralement il n'y a que deux ou trois petits ganglions du volume d'un pois, mais ces adénopathies peuvent prendre un volume considérable. Dans les formes toxiques, Quénu a insisté sur la masse ganglionnaire de la racine du mésentère. Dans les formes chroniques, Ricard et Jalaguier ont observé des cas où la masse ganglionnaire avait le volume du poing.

Jalaguier se demande si la situation fixe du point de Mac Burney, indépendante des variations de l'appendice, ne tiendrait pas au siège de l'adénopathie.

La suppuration du ganglion infecté n'est pas exceptionnel, elle est souvent indépendante de l'état de l'appendice, car, dans une appendicite folliculaire, on peut observer un abcès ganglionnaire (Weis, Schwartz), quelquefois l'adénite suppurée forme un véritable abcès. Jalaguier et Guinard l'ont vu dans le méso-appendice; Doyen, dans le mésentère; G. Marchand en avant du cæcum. L'adénite peut à elle seule occasionner des poussées inflammatoires qui simulent l'appendicite (Quénu, Tuffier, Demoulin). Ainsi s'expliqueraient les rechutes d'appendicite après ablation de l'appendice.

C) *Appendicite chronique.* — Il est vraisemblable que les lésions chro-

niques précèdent les lésions aiguës que nous venons de décrire et qui se manifestent cliniquement sur l'appendicite vulgaire. « J'accepte, dit Jalaguier, l'opinion de Brun et Letulle pour qui les lésions chroniques précèdent celles de l'inflammation aiguë, celle-ci n'étant, pour ainsi dire jamais primitive mais toujours secondaire à une appendicite chronique plus ou moins latente. » Elles précèdent l'inflammation aiguë et elles la suivent. Celles que nous allons décrire sont celles qu'on observe quand on opère « à froid ».

L'appendice est épaissi, hypertrophié, on y voit souvent des arborisations vasculaires. Malgré des lésions pariétales avancées, l'appendice malade peut conserver sa forme régulière; il est plus souvent déformé, étranglé par places (fig. 17), dilaté à son extrémité; dans cette portion dilatée on trouve généralement, soit une concrétion fécale (fig. 18), soit une quantité plus ou moins considérable de liquide puriforme.

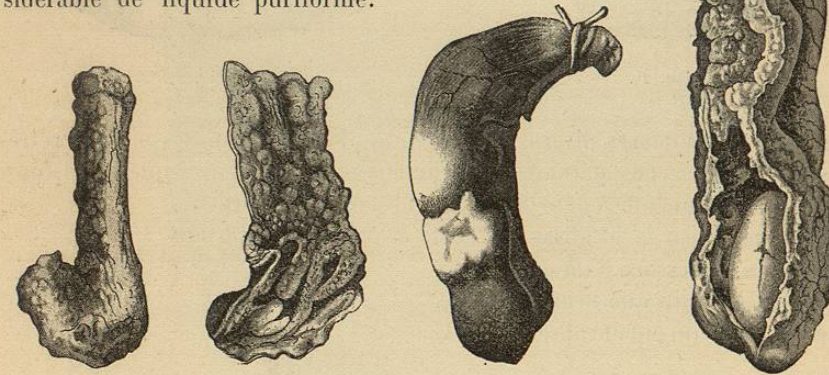


Fig. 17.

Fig. 18.

Fig. 19.

Fig. 20.

C'est la constatation fréquente de ces étranglements allant quelquefois jusqu'à l'oblitération complète qui a suggéré à Dieulafoy la théorie pathogénique de l'appendicite par cavité close que nous avons étudiée. A vrai dire, ces lésions témoignent simplement de l'ancienneté de la maladie et de l'existence de poussées antérieures, les recherches histologiques le prouvent, et c'est en se basant sur elles que Brun a dit : « *La transformation de l'appendice en cavité close doit être considérée comme la conséquence et non comme la cause de l'appendicite.* Il est à remarquer, du reste, que jamais ces déformations appendiculaires ne sont aussi marquées que sur les appendices réséqués à froid pour appendicites récidivantes chroniques. » C'est alors qu'on observe, soit une oblitération totale de l'appendice comme dans les cas signalés par Senn, sous le nom d'appendicite oblitérante (fig. 23 et 24), soit sa transformation kystique¹ (fig. 21, 22 et 25), déformations communes dont on se rend bien compte en examinant les figures que Brun

¹ La transformation de l'appendice en un kyste séreux a été observée par Poncet, Lafforgue, Potherat, Walther, Quénu, Tuffier. Ces kystes peuvent acquérir le volume d'une noix. Leur contenu est généralement stérile et il semble que ce soit un processus naturel de guérison comme on en observe dans d'autres points de l'économie, la trompe en particulier.

a fait dessiner pour la 1^{re} édition de cet article d'après des appendices enlevés par lui.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les lésions qu'on y observe, mais nous ferons remarquer que rarement ces altérations sont localisées et que presque toujours dans un appendice rétréci ou oblitéré elles se rencontrent,

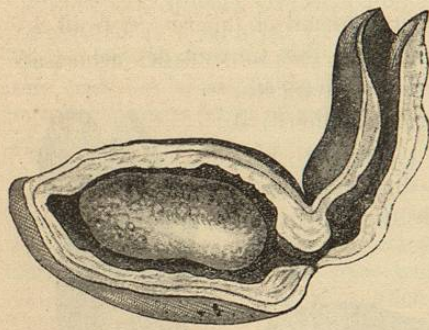


Fig. 21.

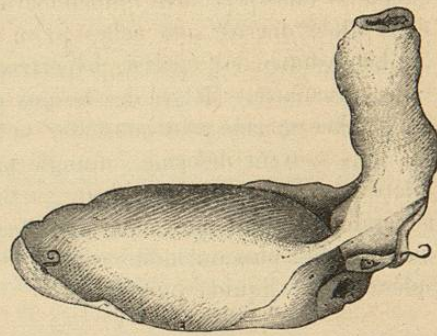


Fig. 22.

quoique à des degrés divers, aussi bien au-dessus qu'au-dessous du rétrécissement. Ces constatations sont d'autant plus nécessaires que Dieulafoy a publié et commenté longuement une observation d'ailleurs remarquable par la localisation exacte et précise des lésions pariétales au-dessous d'un étranglement. Les faits que Brun a recueillis, ceux qui ont été observés

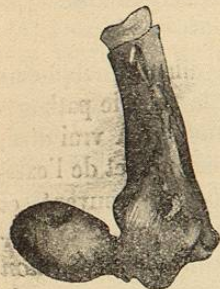


Fig. 23.

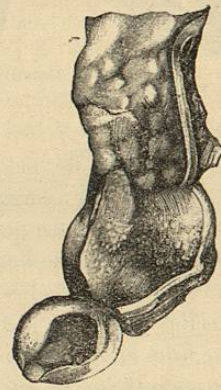


Fig. 24.

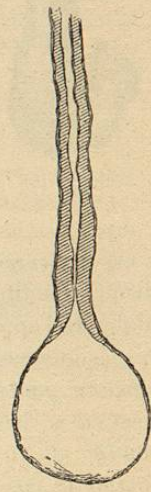


Fig. 25.

par Siredey et communiqués par lui à la Société médicale des hôpitaux, permettent de penser qu'il s'est agi dans le cas de Dieulafoy d'une disposition exceptionnelle.

L'appendice altéré est souvent incurvé en U, en S et maintenu par des adhérences. — En effet, il est rarement libre dans la cavité péritonéale, il est entouré de néoformations qui le rendent souvent difficile à trouver. Quelquefois ces adhérences sont très intimes et on a de grosses difficultés à le

libérer. Il lui arrive quelquefois d'être accolé au cæcum comme faisant partie de ses tuniques; pour l'enlever, il faut le sculpter dans l'épaisseur de la paroi. Rydygier (1900) l'a même vu « saillant dans la cavité cæcale comme un polype ». — D'autres fois, il descend du côté du détroit supérieur et adhère aux vaisseaux iliaques ou à l'uretère (Jalaguier).

L'appendice présente quelquefois des diverticules. Ils sont en général le reliquat d'un abcès pariétal ouvert dans l'intestin (fig. 27). Ils peuvent être de vrais diverticules tapissés d'une muqueuse. Nous en avons observé un cas qui ressemblait à une apophyse coracoïde. D'après M. Walther, ces diverticules s'observent toujours dans le méso-appendice. M. Lejars et Ménétrier (1904) ont insisté sur eux, montrant que l'infection peut persister dans ces appendices de l'appendice et provoquer une appendicite diverticulaire.

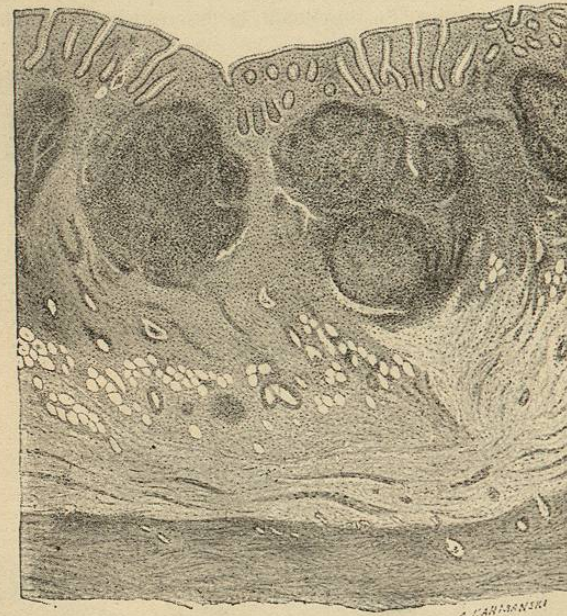


Fig. 26. — Appendicite folliculaire hypertrophique (Letulle et Weinberg).

Les follicules sont plus épais et plus nombreux que normalement. A droite ils s'accumulent sur deux couches. — Sclérose de la sous-muqueuse en regard des follicules. — Peu de réaction de la sous-muqueuse, les follicules lymphatiques considérablement hypertrophiés apparaissent enchâssés au milieu d'une épaisse couche de tissu fibreux. Ces follicules sous-muqueux, inégalement épaissis, peuvent arriver à doubler la muqueuse d'une façon continue, concentrique à la lumière du canal. Les glandes de Lieberkühn, au-dessus de cette zone, sont aussi hypertrophiées, tandis que les couches musculaires de l'appendice prennent part au même processus d'hypergenèse élémentaire. D'ordinaire, la totalité du tissu conjonctif, l'interglandulaire comme l'intermusculaire, est sclérosée. Le péritoine peut cependant, en ce cas, demeurer libre autour de l'organe. Les atrophies diffuses, dans les appendicites chroniques, représentent une façon de lésion terminale, plutôt exceptionnelle. La disparition des glandes muqueuses, des follicules eux-mêmes et des muscles, est suivie fréquemment d'une adipose interstitielle exubérante et plus ou moins généralisée. Le mécanisme de cette hyperplasie interstitielle ressortit également aux processus lymphangitiques antérieurs.

Le méso est épaissi, grasseux, il renferme très souvent des ganglions hypertrophiés (Bonjour, th. 1902). Il est souvent rétracté, et on éprouve des

difficultés pour y placer une ligature. L'artère appendiculaire est en général augmentée de volume, mais elle peut s'oblitérer par endartérite, car il nous est arrivé de n'en pas rencontrer.

Les reliquats d'un abcès s'observent souvent : petits grumeaux jaune ocreux, formant un foyer mal circonscrit au milieu d'une gangue graisseuse (Jalaguier). On observe ces restes au contact de l'appendice ou à distance de celui-ci. Au contact de ce foyer ancien, l'intestin est quelquefois aminci, ulcéré, on doit y faire des sutures.

Des masses épiploïques s'observent souvent non loin de l'appendice. M. Walther a beaucoup insisté sur elles, il en a montré l'importance pathologique (th. Levrey, 1901).

Lésions histologiques. — Dans les appendices enlevés « à froid » on peut observer des lésions en tout point comparables à celles qu'on trouve dans les appendices enlevés en pleine crise. En simplifiant la description de Letulle, on peut en

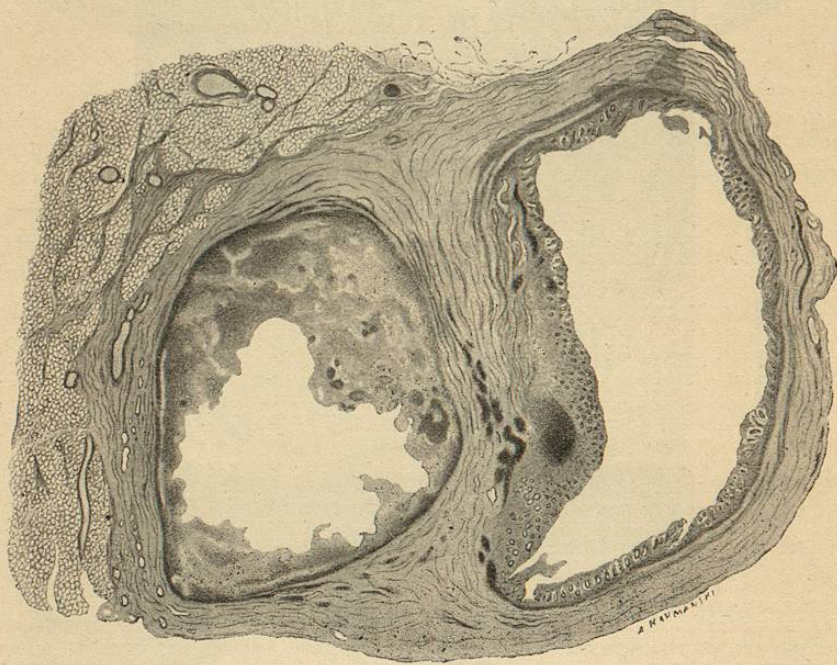


Fig. 27. — Appendicite chronique; abcès diverticulaire (Letulle et Weinberg).

La coupe transversale montre un appendice paraissant muni de deux cavités. On reconnaît cependant facilement qu'il s'agit, à gauche, d'un abcès diverticulaire chronique tapissé par le pus et logé dans l'épaisseur des couches musculaires de l'appendice, non loin de l'insertion du méso. Ce dernier, facilement reconnaissable, à gauche de la préparation, montre ses pelotons adipeux encastés dans des cloisons fibro-vasculaires, plus denses que normalement. A droite, la cavité de l'appendice, large et béante, se reconnaît à sa membrane interne muqueuse, parsemée de glandes en tube courtes, mais normales; la couche sous-muqueuse, très mince, paraît très pauvre en follicules lymphatiques. Le reste des parois est dense et fibroïde (appendicite ectasique). L'abcès diverticulaire contenait, parmi de nombreux corps étrangers, trois pépins d'orange.

admettre trois formes que nous n'étudierons pas en détail, renvoyant le lecteur à la légende des figures qui les représentent.

1° *Appendicite hypertrophique.* — Les lésions sont très comparables à celles que

nous avons décrites dans l'appendicite aiguë, ce sont des lésions de folliculite hypertrophique (fig. 26).

2° *Appendicite chronique ulcéreuse.* — Des petits abcès se forment dans les parois (fig. 27), ils vont s'ouvrir. Ce sont les caractères que nous avons trouvés dans l'appendicite aiguë, mais là encore l'infiltration leucocytaire est peu marquée, l'abcès semble en état de régression. Le tissu conjonctif est normal ou chargé de graisse.

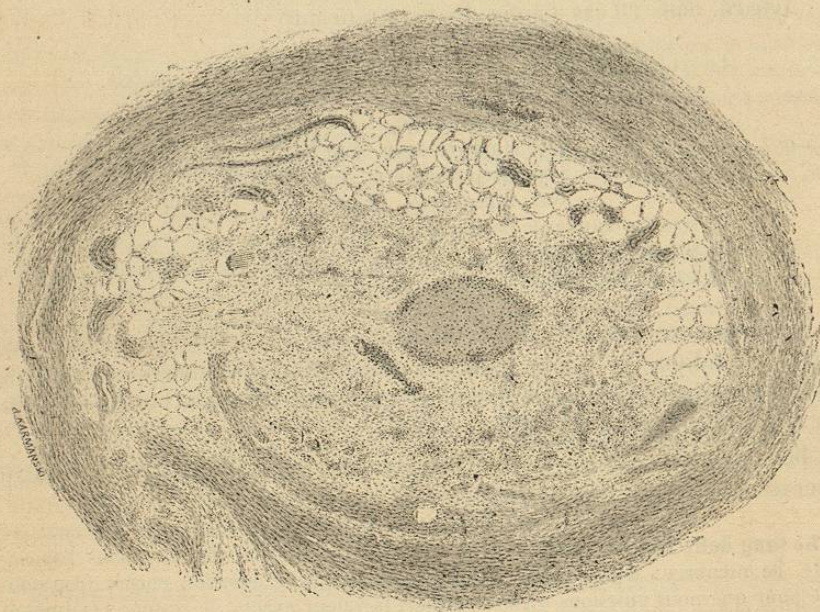


Fig. 28. — Appendicite chronique oblitérante (Grossissement 53/1) (Letulle et Weinberg).

La portion oblitérée, au centre de la préparation, montre le degré de sténose subie par les parties sous l'influence de la symphyse des surfaces ulcérées. Le placard central, ovalaire, offre tous les caractères d'une cicatrice inflammatoire. La bordure plus foncée qui le sépare de la sous-muqueuse est le reliquat de la zone folliculaire également ulcérée, puis végétante; elle est encore assez vivement irritée. — Tout à l'entour et sur une surface plus large à droite qu'à gauche, la sous-muqueuse apparaît sclérosée, dépourvue de cellules adipeuses, infiltrée de faisceaux musculaires hypertrophiés détachés de la couche musculaire interne. Au-dessous du placard central, à droite, un gros vaisseau lymphatique, farci de globules blancs, indice d'une inflammation encore vivace, et de provenance cicatricielle.

Les glandes, la muqueuse sont en voie d'atrophie. En somme, ce qui distingue ces deux formes de l'appendicite aiguë, c'est la diffusion des lésions.

3° *Appendicite atrophique.* — Une sclérose fibreuse partielle ou totale fait disparaître follicule, muqueuse et muscle (fig. 28).

BACTÉRIOLOGIE. — En 1897, M. Brun écrivait : « Les notions que nous possédons sur la bactériologie de l'appendicite sont encore très incomplètes ». Depuis cette époque, nous ne sommes pas plus fixés. Les recherches des bactériologistes ont été peu nombreuses. Les auteurs ont plus ou moins étudié les cas qu'ils rapportent.

Monod a communiqué, en octobre 1895, à la Société de chirurgie, le résultat fourni par l'examen bactériologique du pus de ses opérés, examen fait par Macaigne, dont il résulte : « 1° que le pus des appendicites est rare-

ment stérile; qu'il est, au contraire, en général, d'une extrême richesse microbienne; 2° que, dans certains cas, le pus serait considéré comme stérile, si l'on se contentait d'un ensemencement sur agar; un ensemencement sur bouillon donnant, au contraire, un résultat positif; 3° que les deux espèces microbiennes qui se rencontrent le plus communément sont le *Bacterium coli* et le streptocoque, celui-ci étant le principal agent de la lésion ».

Achard, dans 20 cas d'appendicite, a rencontré :

Le coli-bacille seul	7 fois
— avec streptocoque	5 —
— avec pneumocoque	1 —
— avec staphylocoque blanc	1 —
— avec streptocoque et staphylocoque	1 —
— avec saprophytes divers	2 —
Le streptocoque avec bacille aérogène	1 —
Le staphylocoque doré	1 —
Un bacille indéterminé	1 —

La fréquence des associations bactériennes porte Achard à penser que souvent le coli-bacille n'intervient que d'une façon secondaire; s'il ne tarde pas à prédominer, c'est grâce à sa plus grande vitalité et à l'exubérance de son développement sur les milieux usuels.

Brun a insisté sur l'existence d'anaérobies que Veillon et Zuber avaient observés dans le pus des péritonites qu'il avait opérées¹.

Le sang dans l'appendicite. — J'ai étudié ailleurs² l'état du sang dans l'appendicite. De nombreux travaux nous ont fait connaître cette question encore trop nouvelle pour que nous puissions en déterminer la valeur exacte. Je résume brièvement les conclusions de mon travail.

(¹) Je transcris la Note de Veillon et Zuber publiée dans la 1^{re} édition de ce traité. Elle fut le point de départ des recherches peu nombreuses entreprises dans ce sens.

« Les auteurs décrivent habituellement dans les appendicites suppurées, gangreneuses, perforantes, divers microbes pyogènes et particulièrement le coli-bacille et le streptocoque. La nature bien spéciale du pus d'appendicite, qui est en général très fétide, la marche, l'évolution du processus tendent à faire croire que l'étiologie bactériologique de cette affection n'est pas la même que celle des phlegmons ordinaires, et que d'autres microbes, d'une nature spéciale, doivent intervenir. Nos recherches personnelles montrent que le streptocoque et le coli-bacille ne sont pas les seuls agents de l'appendicite gangreneuse ou perforante, et qu'ils n'en sont même pas les principaux agents.

« Il suffit, en effet, d'examiner des préparations de ce pus, traitées par la méthode de Gram, pour se convaincre que le coli-bacille et le streptocoque sont en très petit nombre par rapport à d'autres espèces microbiennes. Les cultures, il est vrai, ne donnent en général que ces deux microbes, mais c'est que les autres organismes, qu'on voit en abondance, sont des microbes strictement anaérobies. Si, en effet, on emploie la technique spéciale pour la culture de ces bactéries, on obtient des milliers de colonies et on est frappé de la petite quantité de microbes aérobies.

« Nous avons ainsi analysé très complètement une douzaine d'appendicites provenant du service de M. le Dr Brun, et 11 fois nous avons trouvé des microbes anaérobies. Dans un seul cas, il n'y avait dans le pus que du pneumocoque et de très rares coli-bacilles; mais, dans ce cas, la maladie a évolué d'une façon spéciale: le pus n'était pas fétide, les tissus n'avaient pas l'aspect gangreneux, et enfin la maladie a été bénigne et suivie de guérison rapide.

« Les microbes anaérobies qu'on trouve d'une façon constante sont constitués par des bacilles qui n'ont pas encore été décrits et qui feront le sujet d'un travail spécial. Il y a, en effet, trois espèces de bacilles qu'on trouve habituellement et deux ou trois autres espèces qui sont souvent associées aux premières.

« Pour nous, il n'est pas douteux que ces microbes anaérobies jouent un très grand rôle dans la pathogénie de l'appendicite, car ils y sont en abondance considérable par rapport aux microbes aérobies, et même, dans un cas, ils existaient dans le pus à l'exclusion du coli-bacille et du streptocoque. Ce sont eux qui donnent au pus sa fétidité, ce sont eux qui ont les propriétés gangreneuses, ce sont eux qui donnent ces symptômes généraux d'intoxication profonde et rapide. »

(²) Victor VEAU. *Archiv. de médecine des enfants*, avril 1904.

Au début de la crise, il y a probablement toujours leucocytose. Elle est peu marquée (10 000 globules blancs au plus, au lieu de 5000) dans les cas qui se termineront rapidement par la résolution.

Dans les crises plus graves, le taux leucocytaire peut atteindre 18 000 ou 20 000 au deuxième ou troisième jour. Mais cette leucocytose est toujours éphémère quand la crise doit se terminer par résolution.

Au contraire, quand se forme un abcès appendiculaire, les leucocytes atteignent des proportions énormes, jusqu'à 50 000, même 70 000. Ce taux se maintient tant que l'abcès se forme et tombe brusquement en 24 ou 48 heures dès que la collection est évacuée. De même la formation d'un nouvel abcès s'accompagne toujours de réaction leucocytaire. Sa recherche peut indiquer au chirurgien la nécessité d'une seconde intervention (Curschmann). Mais, dans les vieux abcès résiduels qui sont comme « emmurés », il n'y a plus de leucocytose.

Dans la péritonite généralisée on observe la même réaction que dans l'appendicite enkystée. Mais, dans les formes toxiques, il n'y a pas de leucocytose, par contre on observe alors une diminution de l'hémoglobine.

La leucocytose a donc une importance pratique.

Elle sert au diagnostic; elle peut permettre de distinguer l'appendicite des affections douloureuses non infectieuses de l'abdomen (coliques hépatiques ou néphrétiques, coliques de plomb, occlusion intestinale et même péritonite tuberculeuse). — Elle peut servir comme indication opératoire en prouvant qu'il existe un abcès, en indiquant l'époque où une appendicite est refroidie.

Mais il ne faut pas croire que l'examen du sang doit indiquer toujours, à coup sûr, et le diagnostic et l'opportunité opératoire. Il ne fournit qu'un symptôme à côté des autres. Ce n'est pas dans un laboratoire qu'on peut reconnaître et poser les indications opératoires. Da Costa (qui n'est pas chirurgien) le dit textuellement: « Le chirurgien qui se sert de la numération des globules dans l'appendicite comme d'un signe défini et pathognomonique aura bien vite des désastres ».

Symptômes. — Sans vouloir multiplier à l'infini les formes cliniques de l'appendicite, il est cependant indispensable d'en distinguer quelques types dont la physionomie et surtout la gravité présentent de notables différences.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet avant 1896¹ ont cherché à subordonner leurs descriptions symptomatiques aux lésions appendiculaires qu'ils se croyaient en droit d'incriminer; ils ont ainsi décrit: une appendicite catarrhale, une appendicite non perforante avec péritonite enkystée, une appendicite perforante avec péritonite généralisée. Semblable distinction est, il faut bien le reconnaître, trop souvent artificielle, et la preuve en est que l'appendice perforé a été souvent rencontré dans un abcès nettement enkysté, et que les observations ne manquent pas de péritonites généralisées les plus malignes, consécutives à une simple appendicite pariétale sans perforation ni gangrène. Roux, Poncet, Margery ont cité des faits de ce genre et Brun en a observé de remarquables exemples².

Si la nature des lésions anatomiques de l'appendice n'est pas capable de caractériser cliniquement la maladie, c'est la réaction péritonéale qui

(¹) Il faut reconnaître que les auteurs plus modernes n'ont pas commis cette faute: ils ont presque tous accepté la division que donnait Brun dans la 1^{re} édition de ce traité.

(²) Bien plus, il est arrivé de ne trouver aucune lésion histologique de l'appendice dans les appendicites les mieux constituées cliniquement. A la Société médicale des hôpitaux (1905) on a discuté sur ces appendicites « non histologiques ». Il semble cependant qu'il n'y avait pas d'erreurs de diagnostic, puisque les malades sont restés guéris après l'intervention.