

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.

créé les tableaux symptomatiques et on peut, à ce point de vue, distinguer deux grandes classes d'appendicites, l'une relativement bénigne qui s'accompagne, à un degré plus ou moins accentué, de réaction péri-appendiculaire localisée, l'autre grave, le plus souvent mortelle qui, d'emblée ou à brève échéance, est caractérisée par les signes habituels de la péritonite généralisée. Encore est-il que cette première distinction absolument capitale est, elle-même, insuffisante, et que, pour reproduire à peu près complètement les aspects cliniques si divers de la maladie, il faut décrire successivement :

- L'appendicite simple;
- L'appendicite avec péritonite enkystée péri-appendiculaire;
- L'appendicite avec péritonite suppurée généralisée;
- L'appendicite avec péritonite septique;
- L'appendicite chronique.

Début. — « A part certains cas vraiment très légers, la plupart des appendicites débutent sensiblement de la même manière; il n'est pas possible de savoir, dès les premiers instants, si la maladie sera grave ou bénigne » (Jalaguier). On voit des appendicites qui évoluent brusquement vers la guérison après quelques heures de phénomènes alarmants, tandis que d'autres sont rapidement mortelles, alors que les phénomènes initiaux étaient plus insidieux. Ces faits ont une grosse importance pratique : *on ne peut tirer une indication opératoire de la gravité des symptômes de la première heure.*

Les accidents éclatent brusquement quelquefois au milieu de la nuit, ou deux ou trois heures après un repas copieux, d'autres fois après un refroidissement, dans quelques cas au cours de la maladie causale, presque toujours au milieu d'une santé parfaite en apparence.

Douleurs, vomissements sont les caractères essentiels.

La *douleur* éclate presque toujours brutalement, comme un coup de pistolet, et les malades la rapportent souvent au niveau ou autour de l'ombilic. En leur demandant de préciser davantage, il est rare qu'ils ne localisent pas à la moitié droite du ventre.

Les *vomissements* sont presque la règle, mais ils peuvent manquer. A deux ou trois reprises, le malade rejette quelquefois sans difficulté des matières alimentaires mêlées à un liquide muqueux ou verdâtre. Quelquefois il n'existe qu'un simple état nauséux.

La *constipation* est très fréquente, mais non absolument constante.

L'*abdomen* est d'abord rétracté sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux, puis il se ballonne légèrement.

Souvent, dès la première heure, le *facies* s'altère, le nez se pince, les yeux s'excellent, le visage pâle exprime l'angoisse.

Le médecin, appelé aussitôt après le début des accidents, doit s'attacher à rechercher le maximum de la douleur qui correspond généralement au point de Mac Burney. Ce *point de Mac Burney* siège au milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Pour le rechercher, il ne faut pas d'emblée aller à lui, surtout chez les enfants; il faut habituer

l'abdomen à la palpation. Commencez par presser dans l'hypocondre gauche, puis dans la fosse iliaque gauche, puis dans l'hypocondre droit, et seulement à la fin touchez le point pathognomonique. Suivant le conseil de Mac Burney, il faut le rechercher avec un seul doigt. — Ce point a une très grosse importance pratique; il est le seul symptôme propre de l'appendicite. Tous les autres sont dus à la réaction péritonéale. Il n'est pas toujours situé exactement à l'endroit indiqué. Quand l'appendice est haut, rétro-cæcal, il peut être remonté. De même il peut être abaissé dans les cas d'appendice descendant. — Nous sommes mal fixés sur sa signification pathogénique. Il est certain qu'il ne répond pas à la situation de l'appendice. Peut-être il est en rapport avec l'insertion du vermis sur le cæcum. Peut-être la douleur, à ce niveau, est due à la pression sur les ganglions qui seraient toujours enflammés. Peut-être n'est-ce qu'un phénomène réflexe. — M. Walther a montré que la douleur persistait quelquefois plus d'un quart d'heure après la palpation.

L'*hyperesthésie cutanée* est un symptôme presque constant de l'appendicite¹.

La *contracture* des muscles abdominaux est la règle; elle peut être généralisée au début de la crise. Quand elle est localisée, elle siège toujours dans la fosse iliaque droite.

Appendicite simple. — Ces symptômes vont rétrocéder brusquement dans l'appendicite simple. C'est la forme la plus légère de la maladie; et ce qui lui communique un cachet particulier, c'est la brusque apparition des accidents et surtout leur peu de durée.

Talamon l'a décrite dans sa forme la plus simple, sous le nom de colique appendiculaire, et ce terme eût, en fait, mérité d'être conservé si son auteur n'y avait attaché une idée pathogénique très discutable. Mettre l'apparition des symptômes sur le compte de l'engagement d'un calcul dans le canal de l'appendice, et attribuer leur disparition à la rentrée de ce calcul dans le cæcum, c'est, en effet, une hypothèse qui cadre mal avec les notions que nous avons acquises relativement à la formation et à l'origine des concrétions appendiculaires. La colique appendiculaire est due à une réaction péritonéale légère localisée, rapidement guérie. C'est du péritonisme, si l'on veut; mais le péritonisme, comme le méningisme, sont des inflammations légères spontanément curables de séreuse, dont nous ne connaissons anatomiquement que les inflammations graves qui amènent la mort ou nécessitent une intervention.

Dans cette forme d'appendicite, les accidents du début tournent court. La *douleur* disparaît rapidement et souvent aussi brusquement qu'elle s'est montrée. Les *vomissements* ne se reproduisent pas, mais ils peuvent persister, même dans ces formes légères, et, si l'on en croit Caron de

⁽¹⁾ Dieulafoy a insisté sur ce symptôme qui nous paraît presque constant. Sherren, dans un important article (*Lancet*, 1905), lui accorde une valeur de premier ordre. Le placard d'hyperesthésie cutanée aurait la forme d'un triangle à base médiane sous-ombilicale. Le sommet serait un peu en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. Son bord inférieur atteindrait l'arcade crurale. Sa hauteur serait de 7 centimètres environ. Sherren conseille de la chercher en faisant un pli à la peau. L'absence d'hyperesthésie cutanée indiquerait la gangrène de l'appendice.

la Carrière, ils se répètent plusieurs jours de suite, le matin au réveil.

Après 12, 24, 36 heures, la crise peut être terminée et c'est tout au plus si, dans ces cas, une pression un peu forte dans la fosse iliaque droite y détermine encore une légère sensibilité.

Il est des cas plus accentués, au contraire, où la douleur violente du début diminue seulement d'intensité, mais persiste pendant plusieurs jours; c'est alors qu'il est quelquefois possible, mais rarement, croyons-nous, de sentir profondément dans la fosse iliaque une petite tuméfaction roulant sous le doigt, donnant assez bien l'impression de l'appendice augmenté de volume. Cette constatation est, du reste, généralement rendue difficile par la contraction instinctive des muscles de la paroi qui persiste à peu près toujours aussi longtemps que la douleur.

Jalaguier insiste sur la nécessité du *toucher rectal*, même dans ces formes légères. « Plusieurs fois j'ai rencontré une induration dans la région du bassin occupé par l'appendice, et, chez les enfants, il m'est même arrivé, en combinant le palper et le toucher rectal, de reconnaître l'appendice lui-même tuméfié et douloureux à la pression. »

La *fièvre* peut manquer complètement; quand elle se montre, elle est peu accentuée, et le thermomètre monte rarement au-dessus de 38, 38,5.

Le *pouls* peut rester normal, mais souvent il se précipite tout en restant plein et bien frappé. Quand il est rapide, faible et irrégulier, on doit redouter une forme grave.

Chez certains sujets très nerveux, pour ne pas dire hystériques, les symptômes d'irritation péritonéale peuvent prendre une importance inquiétante et simuler la péritonite vraie. Talamon a bien insisté sur ce fait, et Rendu, Brissaud en ont récemment rapporté un curieux exemple. C'est alors qu'on peut observer « des douleurs abdominales suraiguës, une hyperesthésie extrême du ventre, des vomissements porracés, le facies grippé, le refroidissement des extrémités sans qu'il existe cependant autre chose qu'une contraction douloureuse des muscles abdominaux ». (Talamon.)

Péritonite enkystée péri-appendiculaire. — C'est la forme la plus commune, celle qui a été longtemps décrite sous le nom de *TYPHLITE*. Les troubles réflexes du début s'amendent, le facies devient meilleur, mais les symptômes locaux persistent et s'accroissent.

La *douleur* se localise dans la fosse iliaque; elle est vive, continue, exaspérée par le moindre mouvement, par les contractions intestinales, elle irradie quelquefois vers la cuisse ou le testicule.

Le *ballonnement de l'abdomen* est léger chez l'enfant; mais chez l'adulte il peut acquérir des proportions considérables qui simulent l'occlusion intestinale (Jalaguier).

La *contracture* est localisée dans la fosse iliaque « à condition de procéder doucement, sans brusquerie et par pression soutenue » (Jalaguier). Elle est un des signes qui méritent le plus d'attirer l'attention.

La palpation du ventre fait reconnaître, 24 ou 36 heures après le début des accidents, l'existence d'une *tuméfaction de la fosse iliaque droite* d'un volume variable. Quelquefois, collée contre la fosse iliaque interne et la

face profonde de la paroi abdominale antérieure, elle donne à la main la sensation d'un plastron induré. Dans d'autres cas, et cette différence tient au siège variable de l'appendice, elle forme tumeur, soit en dedans du cæcum, à une distance plus ou moins grande de l'ombilic, soit au-dessus de la crête iliaque entre cette crête et les fausses côtes, et cette localisation de la tuméfaction est celle que l'on rencontre dans les cas encore assez fréquents où l'appendice remonte parallèlement au cæcum et en arrière de lui. Quels que soient son siège et son volume, la tuméfaction péri-appendiculaire peut être, il faut bien le savoir, entièrement masquée par la contracture de la paroi, et fréquemment on ne détermine exactement sa situation et ses limites qu'au moment de l'intervention, sous le sommeil chloroformique.

Tandis que, dans l'appendicite simple, les *fonctions digestives* n'étaient que peu ou pas troublées, l'appendicite avec péritonite enkystée s'accompagne presque toujours d'un état gastrique assez accentué. Les vomissements manquent rarement, et généralement ils se répètent plusieurs fois pendant les premiers jours. La langue est blanche, l'appétit nul, la soif vive, la constipation presque constante; quelquefois, cependant, il y a de la diarrhée, et ces troubles persistent souvent quelque temps après la guérison de la maladie.

La fièvre atteint 39 ou 40°. Le pouls, fort et plein, est augmenté de fréquence, mais dépasse rarement 110 à 120 pulsations.

RÉSOLUTION. — Au bout de six ou huit jours, sous l'influence d'un traitement convenable, on voit successivement tous les symptômes s'amender. La fièvre tombe, les douleurs diminuent et la palpation, rendue plus facile, fait assister à la diminution progressive de la tuméfaction. Cette diminution peut ainsi aboutir à la résolution complète, mais c'est toujours après un temps fort long que la fosse iliaque redevient absolument souple. Le plus souvent, alors que toute douleur a disparu et que la santé est absolument rétablie, on sent persister un noyau induré, d'ailleurs indolent, qui témoigne pendant longtemps encore du travail inflammatoire péri-appendiculaire.

Il existe quelquefois de petites poussées fébriles passagères. Pendant 2 ou 3 jours, la température monte à 38, 38,5 mais retombe rapidement à la normale. Ces accidents sont presque toujours dus à des écarts de régime.

Pour nous comme pour Jalaguier, Walther, telle est l'évolution presque constante de cette forme d'appendicite, lorsqu'elle est traitée par l'immobilité, la diète absolue, la glace en permanence et surtout l'absence de purgatif et de lavement.

SUPPURATION. — Nous voulons dire par là que l'appendicite forme un abcès qui va se manifester cliniquement. Comme Reclus, nous croyons que toutes les péritonites localisées renferment un foyer purulent. D'ailleurs Renses à plusieurs reprises a obtenu du pus en ponctionnant des tuméfactions dont la résolution s'est effectuée dans l'espace de quelques semaines. Les chirurgiens qui interviennent systématiquement dans toutes les appendicites à chaud trouvent toujours du pus. Mais ce pus peut ou se résorber ou s'accroître; il y a alors suppuration. Quels sont les signes de la suppuration?

La *persistance de la fièvre*¹ est un caractère fréquent, mais trop souvent aussi le thermomètre donne à ce sujet des renseignements erronés. Roux, Talamon, Monod ont insisté sur les rémissions trompeuses qui s'observent vers le 5^e ou 6^e jour et peuvent faussement faire croire à une résolution prochaine. Le retour de la fièvre après une rémission passagère est, au contraire, un bon indice de suppuration effectuée.

Talamon a rangé dans une catégorie spéciale certains cas où, en l'absence de tout état fébrile, la suppuration s'étend et produit des ravages qui peuvent aboutir à la septicémie et à la mort. C'est surtout dans les cas d'appendicite rétro-cæcale que cette marche insidieuse a été observée. Si l'étude de la température est manifestement insuffisante pour nous renseigner sur l'évolution de la pérityphlite, faut-il pour diagnostiquer la suppuration attendre, comme en d'autres régions, que la peau rougisse et que la fluctuation soit manifeste? Ce serait, dans la majorité des cas, s'exposer à un désastre. Ce dont il faut avant tout tenir compte, c'est de l'augmentation de volume de la tuméfaction. Toute tuméfaction qui, malgré l'influence du traitement, augmente ou reste seulement stationnaire, doit être par cela même suspecte et commande l'intervention. Pour se rendre exactement compte des modifications de la tuméfaction, la palpation sera dans bien des cas insuffisante et le toucher rectal pourra alors être d'un grand secours.

Quand il y a un abcès, le *toucher rectal* permet quelquefois de découvrir « une induration irrégulièrement globuleuse ou bombée et rénitente, adhérente au côté droit du bassin et s'étendant parfois au delà de la ligne médiane, elle se continue avec celle que l'on perçoit par le palper abdominal » (Jalaguier).

Keen a indiqué un signe qui est inconstant, mais qui pour Jalaguier a une réelle valeur quand il existe, c'est l'apparition au-dessus de l'arcade d'une sorte de boursouffure telle que la percussion pratiquée avec un seul doigt y imprime un petit godet d'œdème très superficiel.

Pour dépister cette suppuration, la recherche de la *leucocytose* est un signe de premier ordre. (Voyez *Examen du sang*.) Le chirurgien devrait y avoir recours dans tous les cas où il hésite; peut-être même un examen systématique modifierait son expectation et éviterait les accidents graves qu'on impute à sa conduite.

Abandonné à lui-même, cet abcès va s'ouvrir spontanément à l'extérieur ou dans un organe voisin. D'autres fois il se rompt dans l'abdomen et produit une péritonite généralisée suraiguë.

L'OUVERTURE SPONTANÉE, souvent favorable, est quelquefois suivie d'accidents dus à une évacuation incomplète de l'abcès. Elle peut se faire soit à la peau, ce qui est exceptionnel et toujours trop tardif, soit dans un des organes qui avoisinent la poche. Elle est fréquente dans le cæcum, plus rare dans le rectum, dans le vagin ou la vessie; Brun a publié une observation dans laquelle l'abcès s'était fait jour à la fois dans la vessie et dans le péritoine.

Une PÉRITONITE DIFFUSE rapidement mortelle est le résultat ordinaire de

⁽¹⁾ Quand la suppuration se produit, la température rectale dépasse souvent de 1°,5 la température axillaire.

l'ouverture dans le péritoine d'un foyer péri-appendiculaire primitivement enkysté. C'est la crainte de cet accident qui n'est malheureusement pas exceptionnel et qu'on ne peut le plus souvent prévoir, qui est le principal argument contre le traitement médical de l'appendicite et la temporisation à outrance.

Dans la description qui précède, nous avons eu surtout en vue la forme la plus habituelle de l'appendicite enkystée. Il est des cas, nous l'avons dit, où les *accidents évoluent sourdement* jusqu'à ce que des complications urinaires, hépatiques, thoraciques, changent brusquement le tableau clinique et le pronostic de l'affection. (Voyez *Complications*, p. 450.)

Par contre, les accidents du début peuvent présenter les caractères de la péritonite généralisée avec sensibilité extrême du ventre, facies grippé, collapsus, constipation opiniâtre; puis, après 24 ou 48 heures, l'orage général se calme et les symptômes se localisent, soit à la fosse iliaque droite, soit à la partie inférieure de l'abdomen, aboutissant à la formation d'une ou de plusieurs collections purulentes enkystées isolées les unes des autres. C'est la forme clinique qui correspond à la description anatomique de la *péritonite suppurée à foyers multiples* (Nélaton). Elle est grave et se rapproche ainsi de la péritonite généralisée, mais elle est susceptible de guérison, si tous les foyers sont reconnus et ouverts, et c'est pour cette raison qu'il nous a paru préférable d'en parler à cette place.

Péritonite suppurée généralisée. — Cette forme s'observe souvent à l'occasion d'une première attaque d'appendicite. Mais on peut l'observer après plusieurs crises. Nous l'avons même vue, comme bien d'autres chirurgiens, après une attaque grave avec abcès qui a guéri après incision. Ces faits ont une grande importance pratique. Ils montrent que l'appendice n'est pas détruit; il en découle la nécessité d'enlever à froid l'organe, cause possible d'accidents graves.

Hormis les cas où la péritonite est le résultat de la rupture dans le péritoine d'un abcès péri-appendiculaire, l'appendicite qui va produire d'emblée une péritonite généralisée débute, comme nous l'avons indiqué au commencement de ce chapitre, et dès les premières heures il est impossible de dire ce que sera la maladie. Mais rapidement les symptômes prennent un caractère de gravité qu'il faut bien savoir reconnaître, si l'on veut lutter contre la maladie d'une manière efficace par une intervention précoce.

La *douleur* siège au voisinage de l'ombilic; elle est violente et ne tarde pas à se diffuser à tout l'abdomen, mais son maximum paraît toutefois siéger du côté droit du ventre.

Les *vomissements*, d'abord alimentaires, deviennent bilieux, verdâtres, se répétant sans cesse. La *constipation* est absolue sans issue de matières ou de gaz, elle est si complète et si brusque que l'idée d'obstruction vient tout naturellement à l'esprit.

La *langue* est généralement saburrale, la *température* s'élève rapidement à 39 degrés ou au-dessus, et le *pouls*, tout en conservant une certaine force, augmente de fréquence et bat de 120 à 140 fois par minute.

L'examen de l'abdomen montre le ventre légèrement tendu au début, et