

surtout rigide, d'une dureté de bois qui rend impossible toute exploration profonde. Cette rigidité est générale et ce caractère la distingue quelquefois nettement de la rigidité défensive localisée que nous avons vue au début de l'appendicite enkystée. — La palpation détermine partout de la douleur, mais un maximum douloureux existe manifestement à droite au point de Mac Burney : on le localise bien en exerçant à ce niveau une pression avec l'extrémité de l'index. On a parlé de l'existence de liquide dès les premières heures de ces péritonites appendiculaires (ascite aiguë : Mosrkowicz). Mais Lejars (1904) fait remarquer avec raison qu'il est tout à fait exceptionnel que ce liquide puisse être cliniquement reconnu.

Au fur et à mesure que les heures s'écoulent, et souvent très rapidement, les accidents s'aggravent. Aux vomissements bilieux succèdent les vomissements abondants de matières noirâtres, quelquefois fécaloïdes. — Les phénomènes d'obstruction persistent et le ventre se ballonne en même temps qu'apparaît fréquemment de la rétention d'urine. — Le facies s'altère, devient franchement péritonitique, avec les yeux excavés et cerclés de noir, le nez effilé, les narines pincées. — La température oscille généralement entre 39 et 40 degrés, sans présenter du reste une courbe caractéristique. Le pouls diminue de force et augmente de fréquence, la respiration devient anxieuse et dyspnéique. — On note une agitation extrême et souvent du subdélire.

L'examen du ventre ne révèle, en dehors de la douleur, aucun signe spécial. On ne sent aucune tuméfaction localisée et la percussion ne donne relativement à l'existence d'un épanchement intrapéritonéal que des renseignements trop peu précis pour pouvoir être utilisés. Seul, le toucher rectal pourra quelquefois faire percevoir une tuméfaction liquide dans le cul-de-sac péritonéal inférieur.

L'évolution de cette forme de péritonite appendiculaire est rapide et la terminaison est fatale si le chirurgien n'intervient pas; l'intervention elle-même n'est que très rarement suivie d'un résultat heureux; il peut en être ainsi cependant si l'on se décide précocement. La mort en cas d'abstention survient rarement après le 6^e jour; elle a lieu parfois après 48 heures, plus souvent après 4 ou 5 jours; Brun l'a vue, par une intervention, retardée jusqu'au 8^e et même au 10^e jour, jamais au delà.

Péritonite septique diffuse. — Toxémie appendiculaire. — C'est moins une péritonite qu'une toxémie, il semble que l'organisme entier est empoisonné alors que les signes d'inflammation locale sont réduits au minimum. C'est la forme la plus maligne de la maladie, celle dont la marche est la plus rapide et qu'il y aurait intérêt à reconnaître le plus tôt; c'est malheureusement aussi celle qui à son début est le plus fréquemment méconnue. Elle prend, en effet, le plus souvent le masque d'une simple indigestion et se manifeste par l'apparition de vomissements peu abondants et d'une diarrhée souvent fétide. Exceptionnellement on note, dans cette forme, de la constipation; nous ne l'avons, pour notre part, jamais observée.

La douleur abdominale n'est ordinairement pas très vive, elle siège souvent à l'épigastre et il faut une exploration attentive de la fosse iliaque pour

réveiller au point de Mac Burney la douleur caractéristique. Pour M. Quénu (1902) elle siège encore en dedans sur la ligne médiane, produite par l'inflammation des ganglions lymphatiques. Pour lui, la douleur réveillée par la pression dans la région ombilicale aurait une grande valeur diagnostique.

Le *météorisme manque* et il est des cas où, jusqu'à la fin, le ventre reste plat, comme excavé, souple, d'exploration facile et sans que celle-ci, si profonde qu'elle soit, arrive à faire découvrir la moindre apparence de tuméfaction.

L'état général est profondément altéré. — La langue est saburrale, rouge à la pointe et sur les bords; le facies est terreux, plombé, les yeux profondément excavés, entourés d'un cercle de bistre, la sclérotique jaunâtre; la soif est vive, la respiration accélérée, courte, l'agitation extrême; la température, qui au début a pu atteindre 39 degrés, est le plus souvent dès le 2^e jour à 37 degrés ou au-dessous, tandis que le pouls petit, filiforme, augmente considérablement de fréquence et bat 150, 160 fois à la minute. Il y a, dans cette *discordance du pouls et de la température*, un élément de diagnostic et de pronostic dont il importe d'autant plus de tenir compte que le peu d'intensité des phénomènes abdominaux trompe souvent un observateur non prévenu.

La rapidité d'évolution de la péritonite septique d'origine appendiculaire est excessive et sa terminaison absolument fatale; il est des cas où, en 36 heures, la mort survient au milieu des signes habituels des intoxications suraiguës; rarement la vie se prolonge au delà du 4^e ou du 5^e jour. Au fur et à mesure que les accidents s'aggravent, la température s'abaisse, le malade éprouve quelquefois une sensation de bien-être, c'est l'accalmie traîtresse de l'appendicite (Dieulafoy). Mais le pouls augmente de fréquence et devient de plus en plus faible; bientôt il disparaît aux radiales, les extrémités se refroidissent et la mort survient par collapsus cardiaque, sans que souvent l'intelligence ait perdu un seul instant de sa lucidité et sans qu'aucun autre symptôme (douleur, ballonnement du ventre) ait pu faire soupçonner une terminaison aussi rapide.

Il existe une forme hémorragique de ces appendicites toxiques. Hématémèse et épistaxis sont les symptômes les plus constants.

M. Dieulafoy (1901) a insisté sur le vomito-negro appendiculaire. « Ces hématomèses appendiculaires peuvent revêtir différentes modalités : elles éclatent tout à coup, alors que, quelques heures avant, tout danger semblait conjuré; elles se répètent 6, 8 fois en quelques heures, parfois même elles sont foudroyantes et tuent le malade en quelques heures. » Charlot (th. 1900) rapporte 7 observations d'hématémèse survenant dans les appendicites graves. — Ces hématomèses seraient dues à des ulcérations de l'estomac, comme M. Dieulafoy l'a constaté dans un cas.

L'épistaxis est un autre symptôme fréquent de la toxi-infection. Camus (th. Nancy, 1905) en rapporte 11 observations.

On observe quelquefois du méléna, du purpura et même de véritables vésicules hémorragiques.

Le pronostic de cette forme est des plus sombres : tantôt le malade est

emmené par la toxi-infection appendiculaire dont l'hématémèse est l'un des témoins, tantôt il succombe à la répétition et à l'abondance de l'hémorragie.

Appendicite chronique. — C'est un fait connu de tous que l'appendicite est sujette à des récurrences fréquentes : Fitz, 15 pour 100 ; Krafft, 25 pour 100 ; Richardson, 52 pour 200. On arriverait certainement à une proportion encore plus élevée si on tenait compte des accidents légers qui évoluent souvent à l'insu du médecin et doivent attentivement être recherchés. On peut dire avec Roux que tout appendice enflammé, cliniquement guéri, reste anatomiquement taré et porte en ses parois la menace permanente d'accidents nouveaux que fera naître un jour une cause occasionnelle quelconque, impossible à prévoir et par conséquent à éviter. Ce sont ces accidents qui caractérisent l'appendicite à rechutes (Talamon), l'appendicite à répétition (Damaye). Ils peuvent, en clinique, se présenter sous un aspect très variable.

1^{er} type. RÉCIDIVE. — Au sens absolu du mot, ce n'est pas une récurrence puisqu'il reste dans l'appendice des microbes qui peuvent exagérer leur virulence. Mlle Von Mayer, Mauclair ont insisté sur ce microbisme latent. Au sens clinique, c'est bien une récurrence puisque le malade était guéri.

Après une crise plus ou moins violente, la guérison a paru complète, elle s'est maintenue telle pendant une ou plusieurs années, puis une crise nouvelle éclate avec ses caractères habituels, c'est une *récurrence* dont l'évolution, comme celle de la crise initiale, pourra être absolument variable. Plusieurs crises peuvent se succéder.

A chacune de ces *rechutes*, les symptômes peuvent être les mêmes, à peine menaçants, mais il peut arriver aussi que, dès la deuxième attaque, plus souvent au début de la troisième, la mort survienne par péritonite généralisée. Volz a bien caractérisé la gravité de cette appendicite à rechutes en disant : « Ce n'est pas le premier accès qui tue, c'est en général le second ou le troisième ». Ces faits ont une très grande importance pratique, ils montrent qu'il ne faut pas conclure de la bénignité d'une première crise à l'innocuité des crises ultérieures.

Quelques médecins avaient pensé qu'après une crise grave l'appendice était détruit, la récurrence était peu probable, il était inutile d'enlever l'appendice à froid. Des faits indiscutables de Reclus, Roux, Walther, Jalaguier, viennent à l'encontre de cette opinion. On peut mourir de péritonite généralisée après guérison d'une crise grave d'appendicite.

2^e type. SYMPTÔMES CHRONIQUES SUCCÉDANT A UNE APPENDICITE AIGÛE. — Une crise d'appendicite aiguë franche se termine par résolution ; mais le malade conserve des tiraillements localisés à la fosse iliaque droite, des douleurs vagues qui s'exagèrent à la moindre fatigue.

La marche est gênée, les troubles digestifs sont fréquents. Du côté de l'abdomen on trouve simplement de la douleur au point de Mac Burney. Ces douleurs spéciales sont souvent sous la dépendance d'adhérences épiploïques qui exercent des tractions sur la grande courbure de l'estomac (Ricard, Delbet) ou sur le côlon (Walther). Elles peuvent aussi être provoquées par la persistance de l'infection dans les ganglions lymphatiques.

D'autres fois elles sont dues à de l'épiloïte chronique. Walther (th. Levrey, 1899) a beaucoup insisté sur ces formes. Il reste une tuméfaction plus ou moins appréciable dans la fosse iliaque droite ou même à distance de celle-ci. L'infection est emprisonnée dans ces amas néoplasiques ; sous l'influence d'une cause banale la virulence est exaltée, il se produit une péritonite généralisée qui simule l'appendicite. Cette pseudo-appendicite épiploïque peut s'observer quand l'appendice a été enlevé. C'est dans ce sens qu'on peut interpréter les récurrences qu'on observe après ablation de l'appendice (Jalaguier).

3^e type. APPENDICITE CHRONIQUE D'EMBLÉE. — La connaissance de ces formes larvées de l'appendicite est de date récente. Elle a été mise en évidence par les travaux de Talamon, Dieulafoy, Brun (1897), Ewald (1899), Longuet (1901), Barette (th. Pesquerel, 1899), Moutais (1900), Cotar (1901), Comby (1905). C'est Walther (th. Rastouil, 1900) et Siredey (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1905) qui les ont le mieux décrites.

Il s'agit de malades qui se plaignent de *douleurs* et de *troubles dyspeptiques*.

La douleur est un signe si important que M. Guinard (1904) a tenté d'individualiser cette forme sous le nom d'appendicalgie.

La douleur spontanée est très variable ; chez quelques sujets c'est une douleur presque constante, sourde, qui s'exagère au moindre effort ; chez d'autres malades elle n'est guère ressentie qu'à l'occasion des refroidissements, des fatigues, des marches, des promenades en voiture, au moment des règles. Elle a son heure de prédilection, elle réveille assez souvent le malade la nuit vers trois heures du matin (Rastouil). Elle se traduit sous forme d'élançements, de sensations de tension, de gêne.

La douleur appendiculaire est quelquefois parfaitement localisée dans la fosse iliaque droite, d'autres fois elle est diffuse dans tout l'abdomen. Même dans ce dernier cas le malade fait souvent remarquer que la douleur part de la fosse iliaque droite ou qu'elle disparaît en dernier lieu dans cette région.

Ces douleurs spontanées peuvent offrir des irradiations sous-hépatiques, rénales ; elles peuvent se prolonger le long de la cuisse droite ou vers le testicule. Chez un médecin atteint d'appendicite et que soignait Walther, les douleurs vers le testicule étaient telles que le malade avait songé à la possibilité d'un varicocèle, qui n'existait pas d'ailleurs.

Les douleurs spontanées appendiculaires s'associent souvent à une sensation de barre dans la région épigastrique. Walther a remarqué que chez certains malades la douleur épigastrique existait seule.

La douleur provoquée siège au point de Mac Burney ; c'est toujours là qu'est son maximum. Ce fait a une importance capitale pour le diagnostic.

La *dyspepsie* est variable mais constante : simples phénomènes d'atonie gastro-intestinale ; sensations de pesanteur à l'épigastre aussitôt après l'ingestion des aliments ; distension de l'estomac avec météorisme très appréciable à la palpation et à la percussion ; distension de l'intestin ; borborygmes bruyants ; constipation opiniâtre, ou alternatives de constipation et de diarrhée. D'autres fois elle donne lieu à des phénomènes d'irritation gastrique :

faim douloureuse, sensation de brûlure à l'épigastre, momentanément calmée par l'ingestion des aliments, mais reparaissant avec plus d'intensité vers la fin de la digestion (Siredey).

Deux symptômes donnent à cette dyspepsie une physionomie spéciale : le caractère capricieux des troubles digestifs, la facilité avec laquelle se produisent les vomissements. Cette facilité des vomissements est un caractère très particulier, il nous a suffi dans un cas pour faire le diagnostic ; il s'agissait d'un jeune garçon qui depuis 2 ans était pris de vomissements faciles d'une façon périodique, tous les mois environ. Ayant pu l'examiner à un moment de crise, nous avons trouvé de la douleur au point de Mac Burney. On enleva l'appendice qui était turgide ; 18 mois après l'enfant n'avait plus présenté de nouvelles crises.

L'anorexie est constante, elle est quelquefois élective. M. Walther a remarqué souvent que les malades atteints d'appendicite refusaient les viandes rouges, les aliments gras. Mais il ne s'agit pas ici d'un véritable dégoût, d'une perte d'appétit, d'une anorexie élective comme il arrive chez les cancéreux par exemple. Si les malades refusent tel ou tel aliment, ce n'est pas qu'ils en éprouvent du dégoût ; ils brûlent au contraire quelquefois du désir de le prendre, mais ils ont constaté que, chaque fois qu'ils avaient cédé à ce désir, ils avaient essuyé une recrudescence des douleurs.

Il existe en même temps des troubles intestinaux. La constipation est la règle, mais on note souvent des alternatives de diarrhée et de constipation. Comby a observé l'odeur fécaloïde de l'haleine, Ewald insiste sur le pyrosis, la flatulence, le ténésme rectal. Ces troubles ne tardent pas à retentir sur l'état général ; la fatigue est constante, elle existe même le matin au lever. Le facies est terreux, les yeux cernés, la langue sale. Le malade sent ses forces diminuer, il devient d'un nervosisme extrême ou profondément neurasthénique.

Triboulet (1905) a rapporté un cas où ces phénomènes généraux existaient seuls : une fillette de neuf ans se portait très bien ; « à certains jours, à certaines heures, l'enfant devenait pâle, avait les yeux cernés et enfoncés dans l'orbite, tous ceux qui la voyaient étaient frappés de sa mauvaise mine. Cependant, maintes fois interrogée, jamais elle n'accusa le moindre malaise. Presque par hasard en l'examinant on trouva la douleur dans la fosse iliaque droite ». Jalaguier enleva l'appendice qui présentait une abondante folliculite hémorragique et deux érosions profondes, la perforation était imminente. Ces faits ont une très grande importance pratique. Nous sommes persuadés qu'un grand nombre de dyspepsies de l'enfant et de l'adulte sont des appendicites méconnues.

Complications. — Formes anormales. — L'appendicite franche que nous venons de décrire est celle dans laquelle les lésions sont cliniquement localisées à l'appendice et au péritoine puisque la péritonite est le symptôme de l'appendicite. Mais souvent les dégâts sont prépondérants en un point rapproché ou éloigné. L'appendicite est plus ou moins masquée par ces localisations anormales ou ces complications, il s'ensuit des tableaux cliniques différents que nous allons passer en revue.

I. Appendicite pelvienne. — On peut donner ce nom aux formes dans lesquelles il existe un abcès pelvien ; le tableau symptomatique, l'évolution, le pronostic et le

traitement de l'appendicite diffèrent notablement de ceux que nous avons indiqués pour l'appendicite type.

Les abcès pelviens sont fréquents dans l'appendicite, ils s'observeraient, d'après Rotter (1900), dans un quart environ des cas.

Cette appendicite pelvienne est le plus souvent secondaire à une appendicite type dont le maximum des lésions est dans la fosse iliaque droite (19 sur 40, Rotter), mais souvent aussi elle est primitive. L'abcès pelvien existe seul (21 sur 40, Rotter) ; ces faits sont en rapport avec ce que l'anatomie nous enseigne ; dans 90 pour 100 des cas l'appendice est situé dans le bassin. — L'appendicite pelvienne semble plus fréquente chez la femme (Barnsby) en raison de la présence de la trompe.

L'abcès est quelquefois sous-péritonéal, dû à une infection diffuse de la gaine hypogastrique (Piard, Rotter) ; il est beaucoup plus souvent dans la cavité séreuse en rapport direct ou éloigné avec l'appendice malade. Broca décrit des abcès supérieurs qui pénètrent à peine dans la cavité pelvienne et des abcès inférieurs qui descendent plus ou moins bas dans le cul-de-sac de Douglas. Un fait important au point de vue opératoire, c'est que ces abcès inférieurs peuvent être logés au milieu des anses intestinales et difficiles à trouver lors de l'intervention (Bérard et Patel), mais généralement l'abcès est volumineux et occupe tout le cul-de-sac de Douglas.

L'appendicite pelvienne se manifeste par un ensemble de symptômes qui rendent le diagnostic possible. La douleur siège plus bas que dans l'appendicite type, elle est plus médiane, les irradiations douloureuses sont fréquentes vers la face interne de la cuisse ; c'est dans ces formes que l'on observe des irradiations testiculaires.

Les troubles vésicaux sont presque constants (rétention d'urine, pollakiurie), la constipation est presque la règle et le ténésme rectal est habituel.

L'abdomen, suivant l'expression de M. Walther, semble remonté, le ballonnement est ordinairement médiocre, la palpation au point de Mac Burney est quelquefois indolore.

Le toucher rectal permet de reconnaître une tuméfaction, un abcès, quelquefois bas situé, au-dessus de la prostate, quelquefois haut, au bout du doigt. Le toucher vaginal indique les mêmes lésions. Généralement la masse indurée se ramollit et devient fluctuante.

Ce qui imprime à ces appendicites une allure spéciale, c'est leur évolution torpide, elles sont souvent méconnues. M. Jalaguier a insisté avec beaucoup de raison sur la nécessité de faire systématiquement le toucher rectal dans toutes les appendicites pour y déceler un foyer pelvien.

Nous avons vu souvent que ces foyers pelviens se drainaient mal par l'incision iliaque, d'où des élévations de température avec aggravation des symptômes ; on était obligé d'intervenir de nouveau. C'est dans ces formes qu'on observe le plus souvent la propagation de l'infection aux trompes, au ligament large (Barnsby).

L'ouverture de l'abcès pelvien se fait souvent dans la vessie (th. Vladoff, 1900), d'où cystite plus ou moins grave. L'évacuation dans le rectum est généralement une terminaison heureuse. L'ouverture vaginale est beaucoup plus rare. Mais comme pour les phlegmons du ligament large on voit quelquefois des fusées du côté des fosses iliaques droite ou gauche, dans la cuisse par l'échancre sciatique.

L'appendicite pelvienne peut être, elle aussi, une cause de péritonite généralisée quand l'abcès crève dans la grande cavité séreuse.

Le pronostic est grave, car l'abcès est souvent méconnu en raison de son allure torpide. Quand il est ouvert, il se draine mal. Les complications de l'appendicite s'observent souvent dans cette forme.

Le diagnostic de l'appendicite pelvienne est souvent difficile ; on pensera en particulier aux inflammations des annexes, à la torsion d'un petit kyste de l'ovaire, à la prostatite. Ce sont ces formes qui rappellent le plus les coliques néphrétiques. Lejars fit le diagnostic d'anurie ; Saniter crut à une appendicite quand il y avait une hernie rétrovésicale étranglée ; Jalaguier faillit se tromper dans un cas de rétention des règles par imperforation de l'hymen.

La question de l'intervention est loin d'être tranchée. Nous avons toujours ouvert et drainé ces appendicites pelviennes par l'incision iliaque, mais comme la poche est

très déclive, le drainage se fait mal et nous comprenons pourquoi beaucoup d'auteurs ont cherché une autre voie pour aborder les abcès pelviens.

La voie parasacrée a été suivie par Jaboulay (1892), Koch (1899, trois cas), Chaput (1905), Pandle (1901 : treize cas dont dix avec succès). — La voie périnéale a été suivie trois fois par Delançade (1900), deux fois par Stida (1901), deux fois par Lagoutte (1902), et onze fois par Rotter (1900). — La voie vaginale est plus souvent suivie, soit seule, soit comme complément de l'incision abdominale. — Patel et Bérard préfèrent la voie rectale qui est plus facile, assure mieux le drainage et ne présenterait aucune complication. — En pratique on interviendra par la voie où le pus semble le plus accessible.

II. Appendicite périhépatique. — Quand le pus remonte du côté du foie, il donne à la maladie une allure spéciale qui permet de décrire une appendicite sous-hépatique. Le pus peut rester dans la région sous-hépatique, d'autres fois il remonte entre le foie et le diaphragme : pyothorax sous-phrénique.

L'abcès sous-hépatique peut être dû à des causes multiples : 1° fusée d'une collection purulente dont le point de départ est dans l'appendice normalement situé dans la fosse iliaque droite (Loison, 1899; Lapeyre, 1901); 2° infection de l'appendice en position rétro-cæcale; 3° abcès à distance comme on peut en observer dans tous les points de la cavité péritonéale (Lapointe, 1900); 4° arrêt du cæcum dans la région sous-hépatique (Glantenay).

Quand l'abcès sous-hépatique n'est que le prolongement d'un abcès iliaque (fig. 16), les signes cliniques sont généralement trop peu nets pour que l'on puisse affirmer le diagnostic. Mais quand la collection reste localisée à la région sous-hépatique et qu'elle est volumineuse, un certain nombre de caractères cliniques permettent de la reconnaître.

Le siège de la douleur est maxima au-dessus d'une ligne transversale passant au niveau de l'ombilic; on n'observe pas de matité vraie en raison de l'interposition de l'intestin entre la paroi et le foyer, mais plutôt de la submatité qui répond à la zone douloureuse. Il n'y a pas de tuméfaction lombaire, car l'abcès siège en général en avant du rein. La collection tend plutôt à fuser dans la gaine du psoas; on observe quelquefois de l'ictère.

L'abcès sous-phrénique est une complication assez fréquente de l'appendicite. Quand Leyden décrit le pyothorax sous-phrénique, il méconnut le rôle de l'appendicite, qui fut mis en lumière plus tard par les travaux de Laizé (th. 1898), H. Lapeyre (1901), Weber (1900), Lejars (1902), Spire (th. Nancy, 1902). Cette complication est plus fréquente quand l'appendice est rétro-cæcal (Dieulafoy), elle n'accompagne pas fatalement l'abcès sous-hépatique.

La pathogénie de ces abcès sous-hépatiques a été minutieusement étudiée par Lapeyre. — Ils peuvent être secondaires à un abcès du foie. Mais l'abcès sous-phrénique d'origine glandulaire ne ressemble pas au pyothorax sous-phrénique habituel. C'est un abcès par propagation, il est petit et latent, le malade meurt rapidement. Il en existe quelques exemples dans la thèse d'Abbadie (Bordeaux, 1903). — La voie péritonéale est possible, mais elle n'est pas constante, l'abcès appendiculaire est souvent distinct de la collection sous-phrénique. — La voie cellulaire a été défendue par Korte, le pus remonterait sous le péritoine du côté du foie. Mais en injectant le tissu cellulaire de la fosse iliaque, le liquide ne remonte pas du côté du diaphragme. — Nous pensons que l'infection suit la voie lymphatique du réseau pariétal sous-péritonéal; la preuve en est que la lésion du péritoine pariétal est toujours la plus atteinte (Lapeyre). Mon ami Marcille a injecté sous mes yeux ce réseau, qui est d'autant plus abondant, d'autant plus perméable qu'on se rapproche plus du diaphragme. La richesse du réseau lymphatique sous-diaphragmatique est la cause de la fréquence du pyothorax sous-phrénique.

Cet abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire ne renferme presque jamais de gaz. Il est généralement situé dans la loge inter-hépatodiaphragmatique droite (à droite du ligament suspenseur). M. Lejars a montré qu'il pouvait être postéro-supérieur ou antéro-inférieur.

Les symptômes de ces abcès sous-diaphragmatiques sont généralement peu nets;

ils apparaissent souvent quand les signes appendiculaires ont été très atténués, presque insaisissables. Pendant des semaines on assiste à l'évolution de phénomènes fébriles mal déterminés, on pense le plus souvent à une fièvre typhoïde.

Le tableau clinique est dominé par les phénomènes respiratoires : dyspnée, immobilisation du thorax, névralgie du phrénique au niveau de l'épigastre, la peau y est tendue et luisante et on trouve presque toujours une circulation collatérale. On perçoit une tuméfaction dure, pâteuse dans l'hypocondre droit; le foie est abaissé, il existe de la matité à la partie inférieure du thorax; presque toujours l'auscultation du poumon indique un degré plus ou moins marqué d'infection bronchique.

Quand le malade n'est pas opéré, il se produit le plus souvent une pleurésie purulente, la collection s'ouvre rarement dans l'intestin grêle, le colon, le péritoine.

Le pronostic en est grave et le diagnostic avec la pleurésie purulente présente les plus grandes difficultés. La limite supérieure de la matité serait un signe pathognomonique, mais il est souvent difficile de différencier nettement la convexité supérieure du pyothorax sous-phrénique de la convexité inférieure de la pleurésie purulente. Un signe plus important serait fourni par l'examen attentif de l'évacuation du liquide après ponction exploratrice, le liquide sort pendant l'expiration dans l'abcès sous-phrénique et pendant l'inspiration dans la pleurésie purulente. La coexistence des phénomènes respiratoires du côté opposé serait pour Leyden un signe très important. L'examen radiographique pourrait peut-être donner des renseignements.

L'intervention à chaud dans l'appendicite péri-hépatique est réglée par les mêmes considérations que dans l'appendicite iliaque. Quant à la voie à suivre, on se laissera guider uniquement par le siège du pus : il faut intervenir là où il y a une collection, sans se préoccuper du point de départ de l'infection. Mais on devra enlever à froid l'appendice dès qu'on jugera l'opération opportune.

III. Abcès des parois abdominales. — Les abcès de la cavité de Retzius s'observent souvent au cours de l'appendicite.

Généralement ils compliquent une appendicite chronique. D'autres fois la lésion causale était méconnue et tous les auteurs qui ont écrit sur le phlegmon prévésical notent souvent dans les antécédents des troubles digestifs à répétition. M. Tuffier rattache avec raison ces abcès à l'appendicite.

D'autres fois il existe un foyer enkysté dans la fosse iliaque et en même temps un abcès de la cavité de Retzius. Nous avons fait l'autopsie d'un cas de ce genre, les deux collections étaient indépendantes.

Plus rarement la collection n'existe que dans la cavité de Retzius. M. Brun a rapporté un cas où l'abcès s'était ouvert en même temps dans la vessie et dans le péritoine (fig. 29).

Le psöitis est rare dans l'appendicite. Gangolphe, L. Gouraud (1894), Roger (1900) en ont rapporté des exemples. Le mode d'infection commande l'évolution clinique. Une appendicite banale s'accompagne d'abcès de la fosse iliaque droite, l'inflammation se propage au muscle psoas, la jambe se place en flexion et rotation externe. La myosite évolue généralement vers la guérison.

D'autres fois l'appendice rétro-cæcal est au contact de la gaine du psoas. Une inflammation chronique de celui-ci se propage au muscle sans que le péritoine ait été atteint. L'appendicite passe inaperçue, le psöitis semble primitif.

Les abcès périnéphrétiques sont exceptionnels dans l'appendicite. Kirmisson (1900) en a rapporté une observation. Nous nous expliquons cette rareté par ce fait que l'atmosphère graisseuse du rein est séparée du péritoine et des troncs lymphatiques de l'appendice par une lame fibreuse (fascia de Zukerkandlt) qui assure son indépendance.

IV. Complications urinaires. — Les lésions du rein sont peu décrites comme complication de l'appendicite. Contrairement au foie, dont les infections sont si fréquentes, on n'observe pas d'abcès du rein.

L'albuminurie peut s'observer dans les appendicites en apparence bénignes, elle est généralement peu abondante et passagère, elle n'a pas de manifestations cliniques, mais cette première atteinte du rein peut être le point de départ de néphrite chronique qui passera pour primitive (Tuffier).