

Dans les formes toxiques, il existe une véritable *néphrite appendiculaire* (Dieulafoy, Routier). Le rein n'est pas modifié en apparence, mais les cellules sécrétantes sont gravement atteintes. Les symptômes habituels des néphrites manquent, l'albuminurie est quelquefois peu abondante, mais, dès les premiers jours, on trouve dans l'urine des cylindres granuleux.

Les *lésions du bassin* ne sont pas exceptionnelles. Riese (1899) a rapporté deux observations de pyélite d'origine appendiculaire. L'un de nous, chez un de ses amis, a observé une bacillurie intense à la suite de l'extirpation à froid d'un appendice chroniquement enflammé. Dans les deux cas de Riese, les lésions du bassin étaient

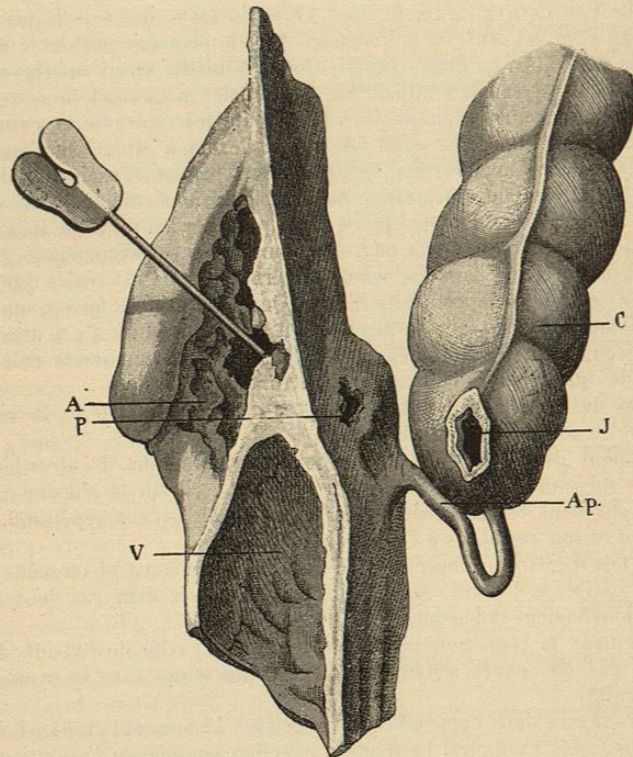


Fig. 29. — Abscès de la cavité de Retzius par appendicite, ouvert à la fois dans le péritoine et dans la vessie. — A. Abscès de la cavité de Retzius; Ap. Appendice; C. Cæcum; J. Embouchure de l'intestin grêle; P. Ouverture de l'abcès dans le péritoine; V. Vessie.

dues à la compression par une bride péritonéale, reliquat d'une appendicite ancienne. Il s'agissait de jeunes enfants et Riese pense que cette complication est plus fréquente dans le jeune âge « parce que l'uretère des jeunes sujets, doué de parois plus souples, se laisse plus facilement comprimer que celui des individus adultes ».

Les *complications vésicales* de l'appendicite sont les plus fréquentes des complications urinaires. Elles ont été étudiées par Vladoff (th. Lyon, 1897), Damien-Massion (th. 1898), Reynès et Duret (Congrès 1900), Lancien (th. 1900), Appuhn (th. Nancy, 1905). Elles sont de natures très diverses. On observe quelquefois des phénomènes passagers et curables. D'autres fois ce sont de véritables complications qui aggravent le pronostic et peuvent nécessiter une intervention.

La rétention d'urine est un fait banal, mais elle peut acquérir une grande importance, Reynès l'a vue durer trois jours dans une crise légère. — La pollakiurie s'observe généralement lorsque le foyer appendiculaire est à une faible distance de la

vessie, c'est un symptôme qui doit être pris en considération et faire craindre une complication plus grave.

La péricystite est souvent engendrée par la progression de l'abcès appendiculaire; peut-être existe-t-elle d'emblée par lymphangite sous-péritonéale.

D'après Duret, la cystite vraie est généralement produite par perforation d'un abcès appendiculaire, mais il peut y avoir cystite sans perforation puisque les microbes sont susceptibles de traverser les parois vésicales (bactériurie). — La cystite peut revêtir un caractère hémorragique: Hallé a observé un cas mortel. Nous avons déjà vu que la perforation vésicale peut coïncider avec un abcès de la cavité de Retzius.

V. Complications hépatiques. — L'infection hépatique est avec la péritonite le facteur principal de la gravité des appendicites. Elle est différente des abcès périhépatiques qui ne sont que l'extension d'un foyer péri-appendiculaire.

La *cholécystite* peut compliquer l'appendicite: Dieulafoy (1905) en a réuni 50 observations, Becker (1905) en rapporte 54 cas. Tantôt (5 sur 50, Dieulafoy) l'appendicite semble avoir précédé la cholécystite, mais beaucoup plus souvent (25 sur 50), l'appendicite éclate au cours d'une cholécystite ancienne. Il est probable que dans l'un et l'autre cas les deux lésions sont sous la dépendance de la même cause: l'infection intestinale.

Les lésions de l'appendice et de l'appareil biliaire sont naturellement fort diverses: 24 fois Becker note des calculs retenus dans la vésicule et les canaux biliaires ou libres dans un abcès. Ailleurs il n'y avait que des adhérences anciennes de périhépatite avec une vésicule petite. Les lésions de l'appendice sont le plus souvent celles de l'appendicite chronique; il est plus rare que la cholélithiase s'observe dans les interventions à chaud pour appendicite gangreneuse.

Le diagnostic peut être affirmé dans des cas rares: quand les deux types de colique se sont montrés l'un après l'autre, les crises hépatiques s'accompagnant d'ictère; quand les patients accusent nettement deux foyers douloureux; quand le palper retrouve et distingue deux tumeurs indépendantes.

D'après Becker 15 fois (sur 54) le diagnostic fut posé.

Pour Dieulafoy le danger est à l'appendice, mais le chirurgien doit s'attaquer aux deux lésions et les traiter dans la même séance.

Abscès du foie. — L'infection hépatique avec abcès constitue une des complications les plus graves de l'appendicite. Berthelin (th. 1895), Piard (th. 1896) en rapportent des exemples. Dieulafoy (clinique 1899) décrit le foie appendiculaire. Abadie, dans une thèse très documentée (Bordeaux 1905), en a réuni trente observations.

Ce sont rarement des abcès uniques dont le volume varie alors de celui d'un pois à celui d'une tête de fœtus; ils siègent dans un point quelconque de la glande; généralement les abcès sont multiples; quelquefois il y a une grande poche aréolaire.

Ces complications s'observent le plus souvent au cours d'une appendicite en apparence bénigne à évolution lente. Dans les cas de Dieulafoy l'appendicite avait passé inaperçue. Mais, dans les appendicites graves toxiques, de nombreux auteurs ont trouvé des microbes dans le foie: l'abcès n'avait pas eu le temps de se former.

L'infection suit probablement toujours la voie sanguine (veine porte); cependant Loison (1900) pense qu'elle pourrait venir au foie par la voie lymphatique en suivant le réseau sous-péritonéal de la paroi abdominale postérieure.

Le début clinique est presque toujours brusque avec un frisson intense, douleur hypogastrique, nausées, vomissements; l'ictère est presque la règle; l'hypertrophie du foie est à peu près constante, la température est toujours très élevée, généralement avec de grandes oscillations; elle peut avoir le type intermittent; la diarrhée est notée dans un grand nombre de cas. Les symptômes généraux sont ceux d'un état typhoïde, le pouls est très accéléré, la langue est sèche et rôtie.

Les accès de fièvre persistent pendant une semaine ou deux. Parfois la fièvre s'amende, on constate comme une rémission passagère et en fin de compte le malade succombe dans l'adynamie, dans le collapsus, dans un état syncopal ou avec des symptômes d'ictère grave (hémorragies multiples, albuminurie, anurie).

Le pronostic est des plus graves; sur trente cas rapportés par Abadie la guérison ne fut obtenue que deux fois après intervention chirurgicale (Loison, Delagenière).

Complications toxi-hépatiques. — Dans les formes toxiques, Dieulafoy a montré que l'insuffisance hépatique tenait le premier rôle, mais on peut observer des complications toxi-hépatiques au cours d'appendicites en apparence bénignes.

C'est quelquefois au cours du refroidissement d'une appendicite aiguë légère qu'éclatent brusquement les symptômes toxi-hépatiques.

C'est souvent à la suite d'une intervention à froid qu'on les voit apparaître.

Cette insuffisance hépatique est une véritable toxémie hépatique puisque Dieulafoy et Lorrain (1902) ont noté l'intégrité de la veine porte et des canaux biliaires, l'absence de nodosités infectieuses et de toute diapédèse. Ils ont trouvé une dégénérescence graisseuse généralisée qui indique que c'est la cellule même qui est frappée dans son intégrité. C'est une véritable hépatite graisseuse aiguë (Ménétrier et Aubertin, 1905) et les lésions dégénératives sont bien différentes des lésions inflammatoires de l'appendice qui sont susceptibles d'aboutir à l'abcès du foie.

Dans les formes graves on a le syndrome aigu de l'insuffisance hépatique caractérisé comme dans le cas de Dieulafoy par des vomissements, de l'albuminurie, de l'urobilinurie, des hémorragies, un état demi-comateux qui aboutit à la mort dans l'hypothermie.

D'autres fois on peut observer un véritable ictère grave avec jaunisse intense et orthopigmentaire, vomissements, troubles nerveux (Barrette, 1901), et la mort peut survenir sans aucun phénomène de péritonite (Ménétrier, 1905).

« Peut-on, au cours de l'opération, prévoir ces accidents et diagnostiquer cette dégénérescence hépatique? Quand il existe du subictère et du pigment dans l'urine, quand le foie est gros et douloureux, on peut la soupçonner, mais il est fréquent que ces symptômes fassent défaut. On recherchera surtout dans l'examen des urines les indices d'une altération hépato-rénale si souvent associée et on attachera notamment une grande importance à l'albuminurie qui traduit une altération des reins généralement parallèle à celle du foie. Il ne faut pas espérer trouver dans la gravité de l'état général une indication de l'existence des lésions viscérales. On peut avoir affaire à des malades dont le facies n'indique aucune atteinte grave et dont le pouls est excellent et qui, d'autre part, n'ont aucun symptôme d'intoxication alcoolique ayant pu léser le foie. C'est seulement après l'opération qu'éclateront les accidents hépatiques mortels (Ménétrier) ».

Mais il existe des formes hépato-toxiques bénignes. Barié, Achard ont noté une congestion hépatique très intense, mais passagère et ils se demandent si ces toxines ne laissent pas sur les éléments nobles du foie une empreinte durable et si nombre de cirrhoses dont l'étiologie reste ignorée et que l'on attribue sans preuve à une irritation chronique d'origine intestinale ne sont pas la conséquence d'une appendicite lointaine et méconnue.

VI. Complications pulmonaires. — La pleurésie appendiculaire a été signalée par de nombreux auteurs [Croizat (1892), Jacob (1895), Berthelin (1895), Grand-sire (1895), Piard (1896)], mais c'est la communication de Dieulafoy à l'Académie, en 1900, qui fit le mieux connaître cette complication étudiée encore par Lapeyre (1901), Barneveld (1902), Guinard (1902).

On observe plus souvent la pleurésie purulente que la pleurésie séreuse.

Pleurésie purulente. — Il faut distinguer deux formes dans la pleurésie purulente au cours de l'appendicite.

a) Une variété qui n'est que le résultat d'une infection pyohémique à point de départ appendiculaire, les microbes cheminant par les vaisseaux ont atteint le poumon, les lésions pulmonaires sont généralement insignifiantes, elles sont masquées par la pleurésie. Dans ces cas-là l'épanchement siège aussi bien à droite qu'à gauche. C'est à cette classe qu'appartiennent les cas rapportés par Doyen (1900) et par M. Guinard au Congrès de chirurgie (1902).

b) La véritable pleurésie appendiculaire est celle qui se manifeste comme une complication locale de l'infection et n'est qu'un abcès par propagation continue ou à

distance, et, en effet, elle est toujours précédée d'un abcès sous-phrénique. Elle siège toujours à droite. Lapeyre en a réuni 15 cas avec autopsie.

Le pus peut faire irruption dans la cavité pleurale après avoir perforé le diaphragme; mais l'infection peut se faire sans perforation, les microbes cheminant à travers les orifices si nombreux de la coupole diaphragmatique.

Le liquide est quelquefois localisé à la base du poumon et prend les caractères d'une véritable pleurésie diaphragmatique.

Au cours d'une appendicite franche avec abcès, quand les phénomènes locaux ont déjà rétrogradé, apparaît une phase hépato-phrénique avec douleurs à l'hypocondre droit, irradiées à l'épaule droite. La dyspnée est intense, le point de côté et la toux sont constants, puis se montrent les véritables phénomènes pleuraux qui sont ceux de toute pleurésie purulente; le pronostic en est très grave, la terminaison est fatale du 15^e au 15^e jour, sauf dans les cas rares d'intervention heureuse.

La pleurésie séreuse est une complication exceptionnelle de l'appendicite. Guinard rapporte l'observation d'un malade de 49 ans qui, pendant plusieurs années, avait des crises légères d'appendicite à répétition; à la fin d'une de ces crises il fut pris de pleurésie séreuse droite qui guérit par l'évacuation d'un litre de liquide clair. Un an après le malade eut une crise d'appendicite avec péritonite généralisée et pleurésie purulente droite.

Les complications pulmonaires sont toujours la conséquence d'une infection métastatique. Sonnenburg (1902) en a rapporté 24 cas, il les croit plus fréquentes chez les riches qui mangent moins et attribue ces embolies à une débilité du muscle cardiaque.

Les abcès du poumon ont été observés par Marlonsten et Rey, Payne, Netter; Jalaguier (1905) en a rapporté un cas qui guérit.

Duprez a observé un cas de broncho-pneumonie au cours d'une appendicite.

Weire parle de pleuro-pneumonie. La gangrène serait peut-être plus fréquente; Jalaguier en a observé un cas; nous en avons vu un exemple en 1902 au cours d'une appendicite avec abcès iliaque peu volumineux, l'enfant mourut.

L'embolie pulmonaire simple a été observée par Roux.

La péricardite doit être signalée à côté de la pleurésie purulente (Nanu 1901); il est probable que le mécanisme de l'infection péricardique est identique à celui de l'infection pleurale.

VII. Complications pyohémiques. — phlébite, — abcès, — mort subite. — La phlébite est un accident fréquent de l'appendicite. Villar et Vignard lui ont consacré un important article dans la *Revue de chir.*, 1901. Une discussion à la Soc. de chir. (mai 1905) en a multiplié les exemples.

Cette phlébite siège quelquefois dans les veines iliaques droites (cas de Leclerc), plus souvent dans la veine fémorale gauche. Hartmann pense qu'elle est due à une infection sanguine généralisée et les lésions siègent à gauche en raison des difficultés circulatoires. — Elle s'observe moins souvent dans les formes graves que dans les formes bénignes (Quénu); elle survient le plus souvent après qu'on a opéré (ouverture d'un abcès, ablation à froid d'un appendice), mais on la voit aussi au déclin d'une appendicite légère qui n'a pas nécessité une intervention. Ces thromboses veineuses peuvent passer inaperçues. Elles sont une des causes de la mort subite dans l'appendicite.

Les abcès métastatiques (muscles, rate, cerveau) ne s'observent guère que dans les formes graves de l'appendicite, contrairement à la phlébite qui est une complication des formes bénignes. Cepandant les parotidites peuvent s'observer dans les formes bénignes. Rebouley (1902) rapporte 2 cas, l'un au cours d'une appendicite septique, l'autre après une opération à froid.

L'endocardite est signalée par Quénu, Dieulafoy, elle était des plus nettes dans un cas de Porte (1897).

Nous avons observé un cas de mort subite au déclin d'une crise appendiculaire qui semblait bénigne. Les faits se sont beaucoup multipliés; Guinard en a vu 5 cas et son élève Petit (th. 1902) en rapporte 15 observations. Dans une récente discussion à la Soc. de chirurgie (mai 1905), un grand nombre de faits ont été rapportés par Leclerc, Jalaguier, Tuffier, Rochard, Reynier.

Cet accident peut se produire pendant la période de déclin d'une appendicite grave opérée ou non (Jalaguier); on l'observe plus souvent après l'ouverture d'un phlegmon iliaque, mais les observations ne sont pas rares où la mort subite arriva après l'extirpation à froid de l'appendice; on peut même l'observer sans qu'il y ait eu d'opération quand une appendicite souvent très légère est en voie de résolution. Notre observation était de tout point comparable à celle de Lyon: au 15^e jour d'une appendicite bénigne la fièvre était tombée, les symptômes abdominaux avaient disparu, la malade demande le bassin, se soulève et retombe morte.

Dans quelques cas il est permis d'invoquer une embolie venue d'une thrombose qui avait passé inaperçue (Leclerc), mais le plus souvent la cause nous échappe complètement (Brun).

VIII. Appendicite et salpingite. — On a vu que l'appendicite accompagne souvent la salpingite. Barnsby a consacré à cette forme une thèse des plus importantes (1898). Les travaux se sont multipliés: Treube, Bouilly, Pozzi, Delbet, Delagenière (1900), Quillard (th. 1901).

Au point de vue anatomique, plusieurs cas se présentent: — *a*) il n'existe que de simples adhérences entre l'appendice et la trompe droite; souvent le vermis n'est fixé que par sa pointe, l'organe est à peine congestionné et cependant à l'examen microscopique il présente des lésions accentuées de folliculite; — *b*) il y a infiltration inflammatoire unissant les deux organes (péri-appendicite); l'appendice étant serré dans une gangue plastique, il y a tendance à la sclérose avec oblitération totale ou partielle de la lumière appendiculaire; — *c*) il existe une collection appendiculaire et une collection salpingienne qui peuvent s'ouvrir dans une cavité purulente intermédiaire.

L'appendicite ne complique pas seulement les salpingites, on l'observe au voisinage des kystes de l'ovaire avec suppuration ou torsion du pédicule; elle existe quelquefois à côté des fibromes de l'utérus ou même avec le cancer et, dans un cas de ce genre, Delagenière (1900) ne trouva qu'une appendicite folliculaire. L'appendice peut adhérer à un moignon de fibrome ou de kyste de l'ovaire, il se produira une appendicite par vice de position de l'organe.

Le mécanisme de l'infection dans les cas d'appendicite et salpingite a été diversement compris. Nous n'admettons pas que les microbes suivent les troncs lymphatiques appendiculo-ovariens décrits par Clado, car ils n'existent pas; par contre, nous avons injecté un réseau lymphatique sous-péritonéal intermédiaire à la trompe et à l'appendice et nous pensons que les microbes suivent cette voie, et c'est ainsi que nous comprenons comment l'appendicite peut compliquer les infections utéro-ovariennes et inversement.

Généralement l'infection primitive est dans les annexes et la malade est soignée pour une salpingite; mais peu à peu tout s'est amendé, les symptômes se sont atténués; seule a persisté une douleur à peine accusée entre les règles, localisée soit à droite soit à gauche. Puis pendant les périodes menstruelles devenues irrégulières, l'écoulement du sang s'est accompagné de douleur beaucoup plus vive et a été suivi de leucorrhée abondante et même d'écoulement muco-purulent. Les troubles gastriques et intestinaux qui avaient disparu à peu près se sont de nouveau accentués, la maladie continue ainsi son cours entrecoupé de temps en temps de crises aiguës ou subaiguës jusqu'à une crise plus intense qui a commencé au début des règles, alors que les autres avaient coïncidé plutôt avec la fin de la période menstruelle (Delagenière). C'est l'appendicite qui a pris le dessus.

Depuis ce temps la douleur qui était intermittente et disparaissait entre les époques menstruelles est devenue continue, sourde, et s'est localisée surtout à droite; les troubles gastro-intestinaux se sont accentués. L'inaipétence est grande, la digestion difficile, la constipation opiniâtre.

Au palper abdominal, la malade accuse une douleur plus marquée au point de Mac Burney ou un peu au-dessous. Le plastron abdominal existe rarement, mais par le toucher vaginal on reconnaît une tuméfaction annexe se prolongeant vers le détroit supérieur, quelquefois jusque dans la fosse iliaque droite; le toucher rectal

peut rendre des services. Mais, quand l'appendicite est purement pelvienne, le diagnostic est presque impossible.

D'autres fois, l'appendicite a précédé la salpingite; on trouve alors dans les antécédents l'histoire plus ou moins nette de crises appendiculaires qui laisseraient derrière elles une douleur plus ou moins sourde du côté droit, puis à un certain moment (accouchement, avortement, blennorrhagie), la dysménorrhée et la leucorrhée sont apparues. Les douleurs se sont étendues à gauche et un examen superficiel fait croire à une simple salpingite. Généralement, cependant, on note une tumeur haute se prolongeant vers la fosse iliaque, le point de Mac Burney est toujours sensible.

Les difficultés de diagnostic sont grandes entre appendicite et salpingite, et dans les cas de doute le chirurgien devra faire toujours une laparotomie médiane, pour enlever facilement la trompe et l'appendice¹.

IX. Appendicite à forme néoplasique. — Il existe une variété d'appendicite dans laquelle la tumeur inflammatoire est volumineuse. Cette forme mérite le nom de néoplasique, car on prend toujours l'affection pour une tumeur maligne.

Legueu et Beausse (1898) en ont observé 8 cas. Vautrin l'étudie parmi les formes anormales. Fabre (th. 1898) en trace brièvement l'étude clinique. M. Walther en a observé 4 cas. L'un de nous a inspiré la thèse de Melikan (1901) qui renferme une observation personnelle.

Il semble que l'affection soit beaucoup plus fréquente chez la femme (8 sur 11), et cependant l'influence des organes génitaux paraît absolument nulle. — Cette forme s'observe presque exclusivement chez l'adulte.

La masse néoplasique dure, infiltrée, occupe la fosse iliaque, la région lombaire, c'est là qu'on intervient dans notre observation. Souvent l'appendicite est rétro-cæcale et la séreuse est peu atteinte ou même intacte. D'autres fois la néoplasie est constituée principalement par les masses épiploïques. Levrey a insisté sur ces formes. L'appendice au centre d'une masse lardacée présente les lésions de l'appendicite chronique avec ou sans perforation. Il n'y a quelquefois pas d'abcès; il est toujours très petit.

Au point de vue clinique, l'appendicite néoplasique évolue chroniquement. Tuméfaction, troubles digestifs, douleurs, sont les symptômes essentiels. La tuméfaction a les caractères de la tumeur cancéreuse. On pense toujours à un ostéo-sarcome de l'os iliaque, à un cancer du cæcum, à de la tuberculose cæcale. — Dans le cas que nous avons observé, la malade avait une cuirasse lombo-iliaque. A trois reprises différentes, on dut ouvrir des abcès (lombaires, inguinaux) qui restaient fistuleux. M. Ricard se décida à une intervention radicale pour voir quel était le mal. Il trouva l'appendice rétro-cæcal non perforé. La malade guérit rapidement.

X. Appendicite tuberculeuse. — Sous le nom d'appendicite tuberculeuse on ne doit pas comprendre actuellement les cas dans lesquels les lésions sont plus étendues sur le cæcum que sur l'appendice, ceux dans lesquels l'appendice est resté sourd; la tuberculose iléo-cæcale n'est pas l'appendicite tuberculeuse, et c'est ainsi que dans ce chapitre nous ne décrirons pas la forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cæcale, car dans ce tuberculome l'appendice, relativement sain, ne réagit pas, ne donne pas le syndrome de l'appendicite (Alglave, th. 1904).

M. Dieulafoy a dit que l'appendicite tuberculeuse est « exceptionnellement rare » et, lorsqu'on voit le nombre si restreint d'observations publiées, on est contraint d'accepter cette opinion. Cependant Letulle, étudiant au microscope les appendices, déclare (1897) que « l'appendicite tuberculeuse est une variété excessivement commune ». Il est très probable qu'un grand nombre d'appendicites aiguës ou chroniques sont de nature tuberculeuse, mais le microscope seul peut le démontrer.

Les premières observations d'appendicite tuberculeuse sont celles de Bigges (1888), Bland Sutton (1891). En 1892, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, Bouilly, Bichelot, Terrier, Reclus, Delorme, rapportent quelques faits d'appendicite

(¹) Nous avons vu M. Ricard, par l'incision de Roux, enlever les deux trompes malades; ce fait montre comment un chirurgien habile peut se tirer d'affaire après une erreur de diagnostic.

tuberculeuse. Starns (1895) montre les pièces d'un sujet mort d'appendicite tuberculeuse ayant simulé cliniquement une fièvre typhoïde. En 1895, Aynes (th. Bordeaux) rapporte une observation de Demons. Kalesky (1895), Cattlin (1898), Carlbeck (1898) rapportent des cas isolés; le premier travail d'ensemble important est celui de Josselin (1902). Bouglé, à propos d'un cas d'appendicite tuberculeuse aiguë chez une bacillaire au début, fait une revue générale à laquelle nous empruntons les détails qui vont suivre.

Le mécanisme de l'infection doit être complexe. — Le bacille de Koch arrive le plus souvent dans l'appendice par l'intestin. — Mais l'infection peut aussi se faire par la voie sanguine, les expériences de Charrin et Roger l'ont prouvé. — Il est possible aussi que le bacille de Koch disséminé dans la cavité péritonéale atteigne l'appendice; en opérant une appendicite tuberculeuse nous avons vu un semis de granulations tuberculeuses sur le vermis analogue à celui de l'intestin et l'on peut se demander si la confusion si fréquente, appendicite et péritonite tuberculeuse, ne tiendrait pas au mécanisme de l'infection de l'appendice; on aurait une véritable appendicite dans la péritonite tuberculeuse.

Il est possible que le bacille de Koch ne suffise pas à lui seul pour produire l'appendicite, car un certain nombre de tuberculoses appendiculaires sont latentes et sont des trouvailles d'autopsie; il faudrait une infection surajoutée d'allure rapide pour provoquer, autour de l'appendice, la réaction péritonéale qui donne le syndrome appendiculaire, et dans ces cas la tuberculose ne fournirait que le terrain, la cause prédisposante à une appendicite banale. Quoi qu'il en soit, l'appendicite tuberculeuse doit être distinguée de l'appendicite ordinaire, car les lésions anatomiques, les symptômes et l'évolution en sont souvent différents.

Anatomie pathologique. — L'appendice tuberculeux se présente sous un aspect variable: tantôt il conserve sa forme et son volume normal; il serait impossible par un simple examen macroscopique d'en reconnaître la nature; tantôt il est modifié d'aspect, soit petit, scléreux, rétracté, soit au contraire volumineux, lardacé, très épais; dans un cas de Bouglé il était plus volumineux que l'intestin grêle.

Les ulcérations existent en un point quelconque, souvent elles sont incomplètes; il existe sous la séreuse un ou plusieurs points ramollis, foyers caséux résultant de la désagrégation des tubercules. — Le méso-appendice est le plus souvent épais, infiltré et il n'est pas rare de noter du côté du cæcum et de l'iléon des plaques blanchâtres, opalines, traces d'une inflammation chronique. — La muqueuse de l'appendice est toujours atteinte. Letulle admet que la tuberculose débute toujours par la muqueuse.

Souvent l'ulcération appendiculaire s'étend sur le cæcum à la base de l'appendice. Richelot, pour cette raison, dut réséquer une partie du cæcum.

L'adénopathie est très fréquente; dans trois cas (Carlbeck, Monji), elle formait un vrai foyer caséux.

Les abcès froids péri-cæcaux sont caractérisés par leurs dimensions considérables; dans un cas de Cattlin, la collection remontait vers la région lombaire et simulait un abcès par congestion; la péritonite purulente peut s'observer dans la tuberculose appendiculaire quand une infection surajoutée s'est répandue dans la grande cavité séreuse.

Symptômes. — La tuberculose appendiculaire peut évoluer comme une appendicite vulgaire; témoin les faits nombreux où Letulle a trouvé des lésions tuberculeuses dans les appendices enlevés; il est toutefois exceptionnel d'observer la forme suraiguë rapidement mortelle (Pilliet, cas de Walther).

La forme la plus fréquente est une forme atténuée: la température monte peu, la réaction péritonéale est moins vive, la crise s'éteint plus rapidement, mais la résolution n'est pas aussi complète et les récidives sont fréquentes.

La présence de ganglions inguinaux et cruraux n'a pas grande valeur et il est bien difficile de reconnaître des ganglions iliaques. Les signes les plus importants sont tirés de l'état général, et, si l'appendicite tuberculeuse est la première manifestation de l'infection, le diagnostic est impossible.

La forme chronique de l'appendicite tuberculeuse rappelle l'appendicite banale; le principal symptôme, d'après Bouglé, est la douleur sous forme de tiraillements dans la fosse iliaque, avec irradiation vers la cuisse, les lombes et l'épigastre; la constipation est la règle et quelquefois il survient de véritables accidents d'obstruction.

« En résumé, si l'appendicite évolue chez un sujet lymphatique au teint pâle, chargé d'antécédents bacillaires et ayant lui-même d'autres manifestations tuberculeuses ou de ces troubles et lésions para-tuberculeux qui font craindre la tuberculose confirmée dans un délai variable, si surtout on a affaire à la forme subaiguë, à crises atténuées, ou à la forme chronique, à peu près apyrétique et douloureuse de l'appendicite, on devra faire toutes réserves sur la possibilité de l'infection tuberculeuse. » (Bouglé.)

Le diagnostic de l'appendicite tuberculeuse présente donc de grandes difficultés, presque toujours on a pensé à l'appendicite vulgaire.

Quand il existe un abcès froid péri-cæcal, on croit généralement à une lésion osseuse du voisinage ou de la colonne lombaire, l'actinomycose se présente souvent avec les caractères de la tuberculose. L'observation de Letulle en est un exemple.

Le pronostic de l'appendicite tuberculeuse est plus grave que celui de l'appendicite banale, cependant l'intervention radicale peut enrayer définitivement la marche de l'affection. L'opération donnerait quelquefois un « coup de fouet à la tuberculose pulmonaire » (Bouglé).

XI. Appendicite herniaire. — Les observations d'appendicite herniaire sont très anciennes, on en trouve à une époque où on ne parlait encore que de la typhlite, mais elles n'étaient que des faits isolés; Brieger a publié le premier travail d'ensemble. Depuis cette époque, les thèses se sont multipliées: Selgelman (1897), Briancon (1897), Mezargeau (1899), Graziani (Montpellier, 1900), Osty (1900), Naquet (1900).

L'affection serait quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. — Elle semble s'observer de préférence chez l'enfant; même les appendicites du tout jeune âge sont souvent des appendicites herniaires (8 mois, 7 semaines).

Dans le travail de Rivet, nous trouvons au point de vue de la variété, 65 hernies inguinales, dont 2 chez la femme; 28 hernies crurales dont 5 chez l'homme; 1 ombilicale, 1 obturatrice. La hernie siège toujours à droite; dans trois cas seulement elle était à gauche.

Les accidents dans les hernies de l'appendice sont dus à deux causes, et il est souvent difficile de faire la part de chacune dans la pathogénie de l'infection. — a) Un appendice peut être atteint d'appendicite dans une hernie, comme un appendice normalement situé. — b) L'étranglement dans les hernies appendiculaires crée sur l'appendice des lésions comparables à celles de l'appendicite.

M. Guinard, en 1896, a rapporté une observation des plus curieuses dans laquelle l'appendice incurvé n'était étranglé que dans sa partie moyenne; la pointe qui était dans l'abdomen nourrie avec un méso intact ne présentait aucune lésion et cependant il y avait une cavité close.

Les lésions de l'appendice sont celles de toutes les appendicites, mais on peut dire que les appendicites herniaires sont moins graves que les appendicites ordinaires, elles entraînent très rarement une péritonite généralisée; quand on les laisse évoluer librement, il se produit un phlegmon gangreneux (Morestin) qui laisse une fistule stercorale.

(*) *Appendicite actinomycosique.* — Nous ne décrivons pas dans un chapitre spécial l'appendicite actinomycosique, car les rares documents que nous possédons sur la question ne permettent pas de le faire. Il est possible que l'actinomycose, par ses lésions, prédispose à l'infection et à l'appendicite. Mais les quelques cas d'actinomycose iléo-cæcale ont souvent évolué d'une façon toute différente de l'appendicite (Letulle).

Appendicite cancéreuse. — Il en est de même du cancer. Il arrive quelquefois qu'en faisant des coupes histologiques d'un appendice qui a provoqué une appendicite banale, on trouve un épithélioma typique (Lejars). Il faut alors admettre que ce cancer a favorisé l'infection. — D'autres fois un épithélioma iléo-cæcal qui, anatomiquement, semble avoir débuté dans l'appendice, évolue sans réaction appendiculaire. Ces cas sont rares. Quand ils se seront multipliés on pourra faire un chapitre spécial de ces formes (voy. p. 469).

Les *signes* de l'appendicite herniaire sont assez peu nets pour que le diagnostic précis ait été rarement posé; les symptômes locaux sont ceux d'une hernie étranglée. La douleur au point de Mac Burney s'observe quelquefois. Les symptômes fonctionnels seuls permettent de reconnaître la lésion; dans la moitié des cas (Rivet) on a le tableau classique et complet de l'occlusion intestinale; d'autres fois le tableau est incomplet, la constipation est à peu près constante, mais l'arrêt des gaz est un signe qui manque souvent, les vomissements fécaloïdes peuvent faire défaut, ils ne surviennent que très tard.

On doit insister sur la lenteur relative de l'évolution d'une appendicite herniaire. Certains malades ont pour ainsi dire une sorte d'étranglement chronique, l'intervention n'étant nécessaire que 5, 6 et même 9 jours après le début des accidents.

Le *diagnostic* de l'appendicite herniaire est généralement difficile. Dans le cas où il existe une anse intestinale avec l'appendice, le diagnostic d'étranglement est celui que l'on doit porter, mais quand l'appendice seul est dans le sac, on peut avoir tous les signes cliniques de cet étranglement, l'erreur est constante.

On pense toujours à une épiplocèle étranglée quand les signes d'occlusion sont au complet (Quénu, Potherat); habituellement cependant la masse est plus empâtée, lobulée.

L'adénite du ganglion de Cloquet est précédée d'une lymphangite du membre inférieur et n'a pas le début brusque d'une appendicite herniaire. — La funiculite aiguë est difficile à distinguer par des signes locaux quand il existe en même temps une hernie irréductible, mais la funiculite est rarement primitive.

L'intervention s'impose dès que l'infection est soupçonnée, l'extirpation de l'appendice est généralement très facile.

XII. L'appendicite à gauche. — L'appendicite à gauche a été étudiée par divers auteurs. En 1897, Termet et Vanverts ont rapporté 18 observations. Barbet (th. 1898), A. Roud (th. Lyon 1900), Blois (1901), Laplan (1902) ont précisé les caractères de cette forme anormale.

L'explication de ces faits est variable : — a) L'appendice est en place. Après des accidents diffus dans l'abdomen, l'infection semble se localiser à gauche; c'est là que s'ouvre l'abcès; — b) Le cæcum est en place, mais l'appendice très long croise la ligne médiane, sa pointe arrive dans la fosse iliaque gauche. J'ai souvent constaté ce fait à l'amphithéâtre. Dans ces conditions, les symptômes de l'appendicite seront prédominants à gauche, ils peuvent même y être localisés si la pointe de l'appendice seul est malade; — c) Le cæcum et l'appendice sont à gauche. Cette ectopie s'explique aisément par des considérations embryologiques. De Quervain a exposé longuement sa pathogénie. Nothnagel, Blois, Laplan ont observé des appendicites dans ces conditions.

Symptômes. — Dans la première variété, le début de l'appendicite est normal et l'inflammation semble se localiser du côté gauche, la tuméfaction est dirigée transversalement de la fosse iliaque gauche vers le bord externe du muscle grand droit; elle descend souvent jusqu'au pubis, la constipation est la règle.

Dans la seconde variété les symptômes sont prédominants à gauche, mais en général le point de Mac Burney existe net.

Dans la troisième variété les symptômes de l'appendicite sont tous inversés, la pointe de Mac Burney est à gauche. Cependant dans un cas de Domicinus (1902), le maximum des douleurs semblait être au point de Mac Burney. Le chirurgien ne trouva l'appendice qu'à l'amphithéâtre, avec le cæcum dans la fosse iliaque gauche. Alors les erreurs de *diagnostic* sont fatales.

Diagnostic. — Il est en général facile de reconnaître une appendicite qui se présente avec ses caractères habituels et classiques; mais la fréquence de l'appendicite est telle que bien souvent on dit appendicite alors qu'on a affaire à toute autre lésion.

Nous avons vu que l'appendicite se présente sous un aspect clinique très variable. Nous avons décrit : le début, quand la douleur constitue le phénomène capital; la tuméfaction, quand le pus se collecte dans la fosse iliaque; la péritonite, quand le foyer s'est rompu dans la grande cavité séreuse.

Nous devons étudier le diagnostic dans chacun de ces cas.

DÉBUT. — La douleur est le symptôme capital; c'est la colique appendiculaire. — Dès les premières heures de la maladie, le diagnostic peut souvent être posé avec certitude, mais il est des cas où l'hésitation est permise; le clinicien le plus habile doit savoir se réserver et attendre l'évolution pour être affirmatif.

L'*indigestion* doit faire redouter l'appendicite. Mais la douleur n'est pas localisée au point de Mac Burney. Si elle persistait plus de quelques heures, cette indigestion serait anormale et devrait être considérée comme suspecte (Jalaguier).

La *simple congestion hépatique* peut être confondue avec l'appendicite, car elle est généralement la conséquence d'une intoxication intestinale; il existe des douleurs abdominales prédominantes à droite, de la contracture du muscle droit du côté droit, un état fébrile comparable à celui de l'appendicite. Le praticien est très embarrassé, car le traitement est tout différent. Cependant on peut reconnaître le mal par l'augmentation de volume du foie, la douleur plus vive sous les fausses côtes, la contracture est localisée ou prédominante à la partie supérieure des muscles droits.

L'*entéro-colite* présente souvent des poussées aiguës qui simulent l'appendicite. Ce sont les mêmes vomissements, la même douleur au point de Mac Burney. Mais en général tout le ventre est douloureux avec exagération du côté du colon transverse, du colon descendant. De plus la contracture musculaire et l'hyperesthésie de la peau ne sont jamais aussi marquées que dans l'appendicite. Les antécédents (débâcles de glaires, de fausses membranes) feront le diagnostic. Il ne faut pas oublier que l'entéro-colite est une cause fréquente d'appendicite et le médecin fera bien de se comporter comme pour une vraie appendicite.

Les *crises d'entéralgie* s'observent souvent chez les jeunes enfants (au-dessous de 4 ans) dont le tube digestif fonctionne mal. Elles rappellent l'appendicite par leur début, l'altération du faciès. Mais l'abdomen est plus rapidement ballonné, et il n'est pas douloureux : le point de Mac Burney fait défaut, il n'y a pas de contracture. Les vomissements font défaut. L'émission d'une selle ou de gaz met fin à la crise qui dure quelques heures.

L'hypothèse d'une *colique hépatique* ou *néphrétique* se pose rarement chez l'enfant. Mais chez l'adulte l'erreur est fréquente pour les malades déjà en traitement contre la lithiase. L'examen attentif du maximum de la douleur permettra de lever les doutes, la fièvre manque. Dans les cas douteux la recherche de la leucocytose (p. 458) rendra de grands services. Quand l'ictère est apparu, le diagnostic est évident¹.

¹ La colique néphrétique peut s'observer pendant l'évolution d'une crise aiguë d'appendicite, car la diète à laquelle on soumet le malade provoque souvent l'élimination de sable par le rein. Il faut connaître ces faits pour ne pas diagnostiquer une rechute qui n'existe pas.