

Matterstock a relevé 152 fois la perforation de l'appendice sur 146 cas de suppuration de la fosse iliaque droite.

L'histoire même de l'appendicite est tout à fait récente. Les premières observations publiées au commencement du siècle par Mestivier, Jadelot, Wegeler, étaient absolument isolées.

Plus tard, le rôle pathologique de l'appendice est vu par Loyer-Villerman (1824), Melier (1827), Bodart (1844), Leudet (1859), Henrot (1865), Duplay (1876). Ces travaux montrent que la péritonite généralisée par perforation de l'appendice peut prendre le masque de l'étranglement interne.

En ces dernières années, les chirurgiens américains commencèrent à intervenir hâtivement dans les inflammations cœcales, et contribuèrent ainsi à affirmer la fréquence de l'appendicite. Parmi eux il faut citer : Fitz, Weiz, Bull, Smith.

En Angleterre, il convient de retenir les noms de Trèves et de West.

En Suisse, ceux de Kraft d'abord, puis de Roux (de Lausanne).

En France, des travaux importants furent consacrés à ce sujet par Nimier, Broca, Pravaz (de Lyon). Vint la thèse de Maurin qui mit excellemment la question au point, enfin il faut citer les études intéressantes de Talamon, de Ricard, Berger, Reclus, Lejars, Richelot, Jégu, Barié, Tuffier, Dreyfus-Brissac. A cette liste déjà longue de travaux, il faut ajouter les importantes études de M. Dieulafoy, qui, soit dans les sociétés savantes (Soc. des Hôpitaux, Académie) soit dans ses cours à la Faculté ou à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, est souvent revenu sur cette question, dont il a étudié la pathogénie et les complications, en particulier les abcès aréolaires du foie. L'appendicite a suscité des travaux expérimentaux de G. de Rouville, Roger et Josué, Baussehat. Nous signalerons enfin deux bonnes monographies, une de Legueu, une de Monod et Vanverts.

1

TYPHLITE STERCORALE

La typhlite vraie existe, et l'on peut affirmer qu'elle n'est pas extrêmement rare. Son existence est démontrée par des observations cliniques et anatomiques indiscutables, et il est impossible de ne pas lui conserver sa place à côté de l'appendicite, dans une étude d'ensemble des phlegmasies cœcales. Il faut seulement en réduire le cadre à des proportions plus étroites.

Étiologie. — La stagnation des matières fécales dans le cæcum, entretenue et favorisée par la constipation, caractérise la typhlite stercorale ou primitive.

La localisation au niveau du cæcum de certaines ulcérations dont le siège habituel est le gros intestin ou l'intestin grêle (tuberculose, dysenterie, cancer) fait la typhlite secondaire.

La typhlite stercorale est plus fréquente chez l'adulte ; elle atteint son maximum de fréquence de 15 à 50 ans. L'homme est plus souvent atteint que la femme (80 p. 100) ; certaines conditions, tirées du régime habituel, de la profession, de la constitution, sont intéressantes et utiles à mentionner.

Les gens qui usent d'une nourriture abondante en même temps qu'ils vivent

d'une vie sédentaire sont particulièrement sujets à la constipation. Or, les matières qui se trouvent spontanément arrêtées dans le cæcum, stagnent facilement et peuvent produire la typhlite par leur accumulation progressive. De plus, la tendance à l'obésité, qui coexiste presque toujours, amenant la surcharge graisseuse de l'intestin, aide encore au processus. La typhlite stercorale naît ainsi ; on a pensé, en outre, que des exercices violents après le repas, permettant aux matières de s'engouffrer dans le cæcum avec quelque violence, y produiraient une sorte de traumatisme, et rapidement les symptômes de l'inflammation cœcale.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la typhlite vraie sont mal connues, étant très rarement observées. On trouve seulement au niveau du cæcum les altérations suivantes : les parois de l'intestin sont parfois épaissies, la muqueuse apparaît rouge et tuméfiée, sans ulcération ni perforation. Ce boursoufflement de la muqueuse paraît être un facteur important dans la genèse des phénomènes d'occlusion qui s'observent parfois pendant le cours de la typhlite.

Si l'inflammation cœcale est plus intense, les lésions sont plus accentuées, et la pérityphlite est alors très fréquente. On peut trouver du pus autour du cæcum, communiquant avec la cavité intestinale, mais le cæcum étant partout revêtu du péritoine, la pérityphlite est avant tout une péritonite, au moins au début. Si l'on trouve un phlegmon sous-péritonéal, il est presque toujours consécutif à une phlegmasie primitivement péritonéale.

En résumé (Jalaguier)⁽¹⁾ : 1^o l'existence de la typhlite vraie n'est pas contestable, et dans la plupart des cas, il s'agit d'une inflammation simple des parois de l'organe, qui retentit toujours plus ou moins sur le péritoine ; 2^o quand il se fait du pus autour du cæcum, il s'agit presque toujours d'une péritonite, mais on ne doit pas oublier que, secondairement, le tissu cellulaire de la fosse iliaque peut être envahi.

Parmi les typhlites secondaires, l'une des plus importantes est la typhlite tuberculeuse. Cette forme anatomique a été surtout étudiée par Blatin, Duguet, Paulier, Girode, Pilliet et Hartmann, récemment Conrath. Lasègue (cité par Hanot) insistait sur ces faits de typhlite à répétition qui finissent par la tuberculisation du cæcum. Dans le cas, cité par Duguet, on trouvait cet organe, rouge, tendu, dilaté, et le péritoine chagriné, tapissé de fausses membranes ; la muqueuse boursoufflée, violacée, ulcérée en partie, était soulevée par une tuméfaction phlegmoneuse. Par suite du gonflement de la valvule de Bauhin, l'embouchure de l'iléon admettait à peine l'introduction du petit doigt. Hartmann et Pilliet ont publié une très curieuse observation de tuberculose cœcale. Cette forme se traduisait cliniquement par des symptômes rappelant ceux du cancer du cæcum. Anatomiquement même, les lésions avaient un aspect tout à fait spécial simulant les altérations du cancer plutôt que celles qui caractérisent la tuberculose. Il n'y avait pas amincissement des parois du canal intestinal, mais au contraire un épaississement très marqué des tuniques. De là formation d'une tumeur évoquant l'idée d'un néoplasme. L'histologie prouva que c'était bien une lésion tuberculeuse. Les follicules tuberculeux étaient rares, et l'infiltration embryonnaire plus marquée, les caractères anatomiques rappelant, en somme, ceux du lupus.

(1) *Traité de chirurgie.*

Girode n'a pas observé de typhlite tuberculeuse isolée, mais il a rencontré souvent des lésions prédominantes dans cette région. Dans 15 de ses cas, la valvule était déformée et ulcérée; la perte de substance était la propagation de l'ulcération si fréquente qui occupe la fin de l'iléon et la dernière plaque de Peyer. L'appendice iléo-cæcal est souvent épaissi, dilaté, adhérent, altéré comme le reste de l'intestin.

Il n'est pas rare de voir des lésions de la fièvre typhoïde se porter presque exclusivement vers le cæcum et donner lieu à une variété dite « typhlite typhoïde ». Il en est de même de la dysenterie, de même aussi du cancer. Le cancer peut devenir l'occasion d'un abcès de la fosse iliaque droite, qui, à son tour, peut être le point de départ d'une péritonite mortelle.

La typhlite actinomycosique tend à produire des fistules stercopurulentes. Enfin il faut signaler l'entérocolite muco-membraneuse ou sableuse qui peut se localiser au cæcum et constituer une typhlocolite, plus rarement une typhlite pure.

Symptômes. — Il est rare que la typhlite débute tout à fait brusquement. Le plus souvent, ainsi que l'étiologie pouvait le faire prévoir, le début est lent, parfois même insidieux. Pendant quelques jours, le malade présente toute une série de troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée; peu à peu, la constipation devient prédominante pendant que la région de la fosse iliaque droite est le siège d'une douleur assez vive. Surviennent alors des éructations, des nausées, de l'inappétence. Dans d'autres cas, c'est à la suite d'un écart de régime ou d'un traumatisme que les premiers symptômes apparaissent.

Les malades se plaignent alors d'une vive douleur siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Cette douleur s'exaspère au moindre mouvement; elle augmente à la moindre pression. Les malades redoutent la palpation du ventre; pour détendre la paroi abdominale et apaiser la violence des phénomènes douloureux, ils prennent des positions particulières. Presque toujours ils se couchent sur le côté droit, inclinent le tronc en avant et fléchissent la cuisse.

Tumeur. — La tumeur de la typhlite affecte des caractères spéciaux. Lorsque l'on examine le malade couché sur le dos, on voit que la région iliaque droite est légèrement bombée, que la peau y est tendue, et la palpation permet de reconnaître sous la paroi abdominale une tuméfaction assez limitée. Celle-ci est allongée, en forme de boudin; elle suit la direction du cæcum, s'étendant obliquement vers le ligament de Poupart; elle est lisse ou bosselée, parfois dépressible, toujours douloureuse au toucher. La percussion révèle au même niveau une matité assez nette. Le météorisme est fréquent, le diaphragme est parfois légèrement refoulé vers le haut, le bord supérieur du foie peut être anormalement soulevé.

La constipation est rapidement complète et rebelle; l'urine est rare et foncée.

Bientôt les symptômes s'accroissent et se généralisent: du hoquet survient; les vomissements sont presque constants; d'abord alimentaires, ils deviennent bilieux et parfois fécaloïdes. Ceux-ci indiquent une gravité exceptionnelle de l'affection, et sont l'indice de l'obstruction complète de l'intestin.

Rapidement la langue se recouvre d'un enduit blanc, grisâtre; l'haleine devient fétide, l'inappétence est absolue, la soif vive.

La fièvre est souvent élevée; il n'est pas rare de voir le thermomètre monter à 39 degrés. Le pouls est accéléré, petit.

Terminaisons. — La terminaison la plus favorable est l'expulsion de la masse des matières fécales, à la suite de laquelle la guérison spontanée vient vite. Mais il est fréquent de voir la typhlite stercorale se reproduire, et laisser à sa suite des ulcérations de la muqueuse cæcale qui, à leur tour, peuvent être l'origine de nouveaux accidents, leurs cicatrices favorisant ultérieurement le rétrécissement de l'intestin.

La mort peut terminer la maladie; elle est produite souvent par les symptômes de l'iléus ou de la rupture de l'intestin, cette dernière lésion étant la conséquence d'une dilatation excessive de l'intestin grêle, produite par l'accumulation des matières fécales et des gaz.

Dans d'autres circonstances enfin, après la résolution de la typhlite, d'autres symptômes persistent ou apparaissent: ce sont ceux de la pérityphlite.

Les douleurs reviennent; avec la fièvre, de la diarrhée apparaît, puis des frissons, des sueurs; l'état général s'aggrave, l'induration cæcale et péri-cæcale s'accroît, la paroi abdominale est légèrement œdématisée. C'est l'indice de la suppuration qu'il faut toujours craindre lorsque, 7 ou 8 jours après le début des accidents, la fièvre et les phénomènes douloureux persistent. A cette époque d'ailleurs, les symptômes sont les mêmes que ceux des suppurations qui compliquent les appendicites... Il y a donc tout avantage à les réunir en une même description.

Diagnostic. — La seule erreur de diagnostic qu'il y ait danger à faire est de confondre la typhlite stercorale avec l'appendicite et réciproquement. Le danger s'explique par le traitement presque diamétralement opposé qu'il importe d'instituer dans l'un ou l'autre cas.

L'étude des commémoratifs donne à cet égard les enseignements les plus précieux.

Voici un adulte dyspeptique, obèse, constipé, habituellement sédentaire, présentant souvent des alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis quelques jours il ressent des douleurs dans la région cæcale: il rapporte que les premiers phénomènes douloureux sont survenus après un repas copieux, ou après une fatigue, une marche prolongée; ce n'étaient que des coliques vagues, mais elles se sont généralisées par la suite; le ventre a augmenté de volume, la constipation est devenue absolue; cependant l'état général n'est pas alarmant, des symptômes d'embarras gastrique sont évidents, mais l'organisme n'est pas profondément touché: on palpe la région du cæcum, et les doigts perçoivent une tuméfaction allongée, douloureuse, avec la forme et les caractères mentionnés plus haut. C'est une typhlite stercorale simple.

L'appendicite évolue communément d'une tout autre façon. Presque toujours elle débute brusquement, en pleine santé chez un jeune sujet de 10 à 15 ans.

Au milieu d'un exercice violent, une douleur subite, extrêmement vive, survient, qui peut provoquer une syncope: il y a parfois aussi quelques prodromes, mais la phase aiguë, à laquelle le médecin assiste, éclate tout aussi brusquement. Le diagnostic d'appendicite s'impose mieux encore lorsque l'on apprend qu'à plusieurs reprises, des crises analogues se sont déjà produites:

ce sont les coliques appendiculaires suivies ou non d'autres phénomènes que nous mentionnerons ultérieurement.

Le pronostic de la typhlite stercorale n'est généralement pas extrêmement grave, mais elle peut récidiver, ce qui assombrit singulièrement le jugement que l'on en doit porter.

Le traitement de la typhlite stercorale est simple. On peut essayer les révulsifs sur la région caecale pour diminuer l'intensité des phénomènes inflammatoires (ventouses scarifiées, sangsues), puis, il faut débarrasser le caecum, et l'emploi des purgatifs s'impose. Les lavements peuvent aider à l'emploi des purgatifs; et, au besoin, il faut employer le lavement électrique, si les phénomènes d'obstruction deviennent menaçants. Les cures minérales pourront rendre service (Châtel-Guyon, Plombières).

II

APPENDICITE — PÉRITONITES APPENDICULAIRES

Anatomie pathologique. — L'étude anatomique des rapports du caecum avec le péritoine a permis d'envisager d'une façon toute nouvelle les lésions du caecum et de son appendice et, par conséquent, celle du péritoine qui sont concomitantes ou consécutives.

C'est cette connaissance anatomique qui domine toute l'histoire anatomo-pathologique de l'appendicite.

Bardleben, le premier en 1849, dans les Archives de Virchow, avait insisté sur la disposition particulière du péritoine vis-à-vis du caecum. Ses recherches avaient été confirmées par Kraus et Henle. Trèves, en 1885, reprit cette question et confirma l'opinion des auteurs allemands, et en 1887, M. Tuffier, à la suite de recherches anatomiques très complètes, vérifia les observations de ses devanciers. Voici, d'après lui, dans quel rapport sont ensemble le péritoine et le caecum.

Le caecum et son appendice sont complètement enveloppés par la séreuse péritonéale, et jamais à l'état normal, chez le fœtus comme chez l'adulte, le caecum n'est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. La main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. La hauteur du revêtement séreux du caecum présente de nombreuses variations. Dans le plus grand nombre des cas, la séreuse remonte à un travers de doigt au-dessus de l'embouchure iléo-caecale; elle remonte jusqu'au-dessus du rein.

(Ceci explique pourquoi, si la typhlite peut exister primitivement, sa complication fréquente, la pérityphlite, ne peut être, au moins au début, qu'une péritonite localisée.)

Siège des lésions. — Les lésions de l'appendice sont connues seulement lorsqu'elles sont déjà avancées dans leur évolution, car c'est à ce moment surtout qu'elles ont réclamé l'action chirurgicale qui a permis de les constater. Souvent ces lésions ne dépassent pas le stade inflammatoire; parfois, grâce à des interventions hâtives, on a rencontré l'appendice volumineux, à parois épaissies et infiltrées, avec une muqueuse friable, congestionnée, ecchymotique par places.

Le contenu est formé de matières liquides pulvacées et de pus fétide, de couleur grisâtre, en quantité variable.

L'appendice peut être nécrosé dans sa totalité; plus fréquemment, on y remarque, disséminées, des plaques de sphacèle. Les perforations sont fréquentes et de dimensions variables, depuis un orifice de quelques millimètres de diamètre jusqu'à comprendre la totalité de l'appendice.

Ces perforations siègent rarement près de la base du diverticule, plus rarement encore elles empiètent sur le caecum; presque toujours elles sont situées près de la pointe, et le corps étranger qui est la cause habituelle de ces lésions destructives est parfois distant de la perforation: habituellement toutefois il est en contact avec elle. Ces perforations de l'appendice sont d'ailleurs très fréquentes, car Renvers, sur 586 autopsies d'affection de l'appendice, a trouvé que dans 497 cas il y avait une perforation appendiculaire.

L'étude histologique des lésions de l'appendicite a été faite récemment, et on a vu le rôle important que jouent les ulcérations des follicules clos, si nombreux dans l'appendice (Quénu, Pilliet et Costes)⁽¹⁾, (Siredey et Le Roy)⁽²⁾. Les vaisseaux se thrombosent, le follicule se nécrose et disparaît en se vidant dans l'appendice. A travers la couche musculaire qui se détruit, l'infection gagne la séreuse. Pilliet a décrit les formes histologiques suivantes:

1° *Appendicite calculeuse.* — La muqueuse est boursoufflée, bourrée de follicules tuméfiés ou ulcérés. Il y avait à remarquer la conservation des glandes en tubes de Lieberkühn, des glandes à mucus superficielles, qui se détachent si vite dans les inflammations aiguës de l'appendice. Elles devaient donc jouer un rôle dans la formation du calcul.

Dans l'appendicite gangreneuse la marche est si rapide que toutes les tuniques sont prises. Près de la perforation il n'y a plus de glandes de Lieberkühn; les follicules peu tuméfiés sont reconnaissables; ils sont farcis de sang épanché. Il y a un mélange d'apoplexie sanguine et d'infiltration purulente.

Au niveau de la perforation, les couches musculaire et muqueuse disparaissent par liquéfaction. La perforation se fait en bloc; elle est toujours très large. C'est donc là un processus différent de l'ulcération folliculaire, voisin des dysenteries gangreneuses térébrantes.

Pilliet décrit aussi l'*appendicite folliculaire oblitérante*. Les follicules sont tuméfiés, et le chorion et la musculature sont envahis par des traînées de cellules rondes le long des lymphatiques. Si l'appendice est oblitéré, on ne trouve plus les glandes de Lieberkühn; l'appendice est occupé par un amas lymphoïde, provenant des follicules. On voit une espèce d'étoile fibreuse entourée d'une auréole adipeuse. Souvent, en effet, il y a entre la muqueuse et la musculature une gaine de graisse.

La perforation peut être la conséquence d'un abcès sous-chorial, dû à la suppuration d'un follicule profond ou à un petit abcès miliaire lymphatique.

MM. Siredey et Le Roy ont vu que les lésions sont très variables selon les cas. L'inflammation folliculaire en fait le fond, mais ici on voit de la prolifération interglandulaire avec atrophie et destruction des glandes, ailleurs des abcès profonds, ailleurs encore un processus d'inflammation chronique aboutissant à l'atrophie folliculaire et à la sclérose. La folliculite peut, en outre, être diffuse ou localisée.

⁽¹⁾ Soc. anat., janv. 1895.

⁽²⁾ Soc. méd. hôp., 29 janv. 1897.