

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.

La folliculite est marquée par une congestion vasculaire intense et l'accumulation de leucocytes dans le sinus périfolliculaire. Pilliet et Costes admettent que le centre des follicules est le siège presque constant des abcès. Cette opinion semble trop absolue pour Siredey et Le Roy. La perforation peut être due à l'ouverture de ces abcès dans le canal appendiculaire et dans le péritoine ou à l'ouverture d'abcès miliars qui sont au-dessous du péritoine dans les couches musculaires.

La lésion, à l'encontre de celle de la fièvre typhoïde, progressant plus en profondeur qu'en surface, la perforation est étroite dans l'appendicite.

La sclérose se fait par zones et ne met pas les parties voisines à l'abri de poussées inflammatoires. Siredey et Le Roy n'ont pas constaté dans leurs faits de formation de cavité close et de virulence exagérée des microbes.

M. Letulle, dans un récent article (*Presse méd.*, 22 juin 1898) distingue les appendicites en non ulcérées et ulcérées. Les premières présentent deux formes; ou bien on y voit une folliculite aiguë, quelquefois avec suppuration, ou une folliculite hémorragique. La forme ulcéreuse est due aux ulcérations folliculaires ou à une nécrose diffuse non folliculaire. L'infection pénètre par la muqueuse; elle peut la respecter jusqu'à ne point desquamer son épithélium, mais elle désagrège les follicules. La folliculite s'accompagne de périfolliculite et lymphangite aiguë.

L'appendicite perforante est plus souvent nécrosique que folliculaire.

La congestion peut dominer la lésion infectieuse. C'est ce qu'ont vu Pascal et Pilliet dans un cas d'apoplexie de l'appendice hernié⁽¹⁾. Ce n'était pas le type de l'appendicite folliculaire; c'était plutôt celui de l'appendicite gangreneuse sans élément inflammatoire. La présence de foyers d'apoplexie, de caillots anciens dans les vaisseaux, de pigment abondant partout indiquait une lésion comparable à celles du tube digestif par thrombose veineuse mésaraïque.

Parmi les modalités de l'appendicite, une des plus frappantes, quoiqu'elle soit assez rare, est l'appendicite calculeuse⁽²⁾. Le calcul, dans un cas de Pilliet, se composait de deux parties: une centrale, où dominaient les éléments minéraux, et une corticale, presque complètement organique; mais dans l'ensemble la partie minérale était faible et ne s'élevait qu'à 16 pour 100. Elle était, après calcination, formée de carbonate de chaux avec une très petite quantité de phosphates alcalins. La matière organique renfermait une petite proportion d'acides gras, mais pas les éléments que l'on trouve dans les matières fécales. Il s'agit donc là de productions analogues aux calculs purement muqueux des glandes salivaires; le calcul est le résultat de l'appendicite et non sa cause; il est produit par la muqueuse et non par la rétention des matières.

On a observé des ulcérations dysentériques de l'appendice avec ectasie chronique de l'appendice du cæcum (Letulle)⁽³⁾. L'appendice peut être dans ces cas notablement dilaté et hypertrophié; sa muqueuse est épaissie. Les glandes de Lieberkühn sont extrêmement hypertrophiées; leur cul-de-sac est végétant; la *muscularis mucosæ* a aussi augmenté d'épaisseur. Dans ces cas, on voit des ulcérations anfractueuses, décollant la sous-muqueuse et formant des lambeaux de muqueuse au niveau desquels les glandes sont conservées mais difformes et très dilatées. La perte de substance au niveau de la perforation est à pic

⁽¹⁾ *Soc. anat.*, mai 1898.

⁽²⁾ PILLIET, *Soc. anat.*, mai 1898.

⁽³⁾ *Soc. anat.*, mai 1898.

au milieu des couches sous-muqueuse, musculuse et sous-péritonéale. Elle s'est faite par effondrement ulcéral et non par un processus gangreneux ou phlegmoneux comme dans les appendicites perforantes ordinaires. C'est l'expression d'une ulcération dysentérique traversant les parois chroniquement surdistendues d'une partie de l'intestin. Il n'y a pas alors trace de folliculite aiguë non plus que nécrose fibrinoïde ou gangreneuse. Le diagnostic anatomo-pathologique de cette variété est donc facile. Dans un cas de ce genre étudié par M. Letulle, il s'agissait d'une obstruction intestinale chronique par cancer de l'angle droit du côlon.

L'appendice peut être altéré comme on l'a vu aux autopsies ou dans les laparotomies sans qu'il y ait eu des signes d'appendicite. C'est ce que Rochard⁽¹⁾ a récemment montré. Sur 25 malades laparotomisés pour une cause quelconque, 14 fois l'appendice était sain, 9 fois il était malade. Sur ces 9 appendices altérés, 4 présentaient de l'appendicite externe dépendant d'annexites de ce côté; 5 avaient des lésions indépendantes, dont 4 fois des coprolithes.

On peut aux autopsies trouver des lésions anciennes dépendant d'appendicites. C'est ainsi qu'on a vu des volvulus de l'intestin grêle par péritonite chronique relevant de cette cause (Sacquépée).

Il nous faut mentionner dans ce chapitre les lésions de l'appendicite tuberculeuse, car si la tuberculose frappe encore assez fréquemment le cæcum, comme on l'a vu au chapitre précédent, elle peut, quoique assez rarement il est vrai, atteindre l'appendice. Ces lésions tuberculeuses s'accompagnent d'abcès à localisation variée (abcès lombaire et fistule pyo-stercorale dans un cas de Cathelin)⁽²⁾. Alors l'examen histologique des parois des abcès, des débris de l'appendice montreront des cellules géantes.

Les lésions tuberculeuses même étendues de l'appendice peuvent rester silencieuses; c'est, d'après M. Dieulafoy⁽³⁾, qu'il ne se forme pas dans ces cas de cavité close. L'appendice est gonflé; la muqueuse est ulcérée, mais, fait important, l'orifice est largement ouvert, ce qui expliquerait que les microbes n'ont pas exalté leur virulence comme dans les cas d'appendicite ordinaire où serait constituée la cavité close dont nous verrons plus loin l'importance dans la pathogénie de l'appendicite.

Lésions concomitantes. — Presque toujours les lésions consécutives à l'appendiculite sont intra-péritonéales et, d'après Fitz, le seraient toujours au début. Ceci s'explique bien depuis que l'on sait que l'appendice est libre dans la cavité péritonéale et indépendant du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Les abcès et phlegmons qui, par voisinage, peuvent s'établir dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, sont rares; ils existent seulement dans une proportion que l'on peut évaluer à 5 pour 100.

L'inflammation appendiculaire se propage donc presque toujours au péritoine et elle retentit sur la séreuse de deux façons différentes, suivant que le processus inflammatoire et ulcéreux évolue avec lenteur ou avec rapidité. Dans le premier cas, l'inflammation lente produit une péritonite circonscrite, fait naître des adhérences, leur permet de s'organiser, et quand plus tard la perforation survient, elle se trouve bridée, limitée par ces adhérences qui protègent la grande

⁽¹⁾ *Bull. méd.*, 25 mars 1899.

⁽²⁾ *Presse méd.*, 20 juillet 1898.

⁽³⁾ APERT, *Presse méd.*, 14 déc. 1898.

cavité péritonéale, isolent les lésions, enkystent la suppuration; en d'autres termes, une péritonite localisée se développe, ou mieux un abcès enkysté du péritoine.

Si le processus ulcéreux ou gangreneux arrive brutalement à la perforation de l'appendice, rien ne protège la grande cavité péritonéale, et une péritonite généralisée, diffuse, suit immédiatement la perforation du conduit appendiculaire.

D'après Maurin, le péritonite généralisée serait plus fréquente, et, pour lui, il n'y aurait que 11 péritonites localisées sur 80 péritonites attribuées à l'appendicite. Lorsque, par suite de l'acuité du processus, une péritonite généralisée diffuse apparaît, sauf le siège spécial et la prédominance des lésions dans la fosse iliaque, on retrouve les altérations bien connues de toutes les péritonites par perforation.

Lorsque la suppuration vient moins vite, on la trouve limitée par des adhérences protectrices; il y a un abcès d'origine appendiculaire qui correspond au phlegmon iliaque classique.

S'il est contigu à la paroi abdominale antérieure, fixé par des adhérences, c'est en cet endroit qu'il bombe et qu'on peut l'atteindre.

Mais l'appendice étant mobile et pouvant affecter des sièges variables, il n'est pas rare de voir la suppuration occuper les lieux les plus éloignés.

Gerster a observé plusieurs variétés d'abcès appendiculaires; à côté du type classique *ilio-inguinal*, il décrit l'abcès péritiphique *antérieur* qui s'approche plus ou moins de l'ombilic.

L'abcès *postérieur* qui se développe en arrière dans la région lombaire n'est souvent qu'une complication de l'abcès ilio-inguinal.

L'abcès rectal ou pelvien fuse dans le petit bassin et décolle le rectum qu'il peut perforer; le type méso-cœliaque est constitué par une collection limitée de tous côtés par des anses intestinales.

De plus, en vertu des déviations en haut et en arrière de l'appendice, on peut voir se former une collection purulente dans la région lombaire, et naître tous les signes d'un *abcès perinéphrétique*, si le diverticule remonte très haut en arrière du gros intestin; de même quand l'inflammation se propage très rapidement vers la région sous-hépatique, on peut avoir les symptômes d'une affection du foie ou de la vésicule biliaire. Keen a cité une observation, où la laparotomie fut pratiquée pour une affection du foie, et où l'on trouva une appendicite perforante.

Les abcès à distance sans contiguïté avec l'appendice diffèrent des abcès péri-appendiculaires de siège anormal. Dans un cas de Spillmann (*Presse méd.*, 7 sept. 1898), il y avait un abcès sous-phrénique. Le pus avait passé derrière le colon ascendant. On comprend les difficultés qu'une pareille lésion peut offrir pour le diagnostic.

D'autres fois, l'abcès péri-appendiculaire fuse vers le scrotum. M. Jalaguiet a opéré un enfant pour une perforation appendiculaire qui avait donné lieu à un énorme abcès remontant derrière le colon ascendant jusqu'au rein, remplissant la fosse iliaque et pénétrant avec le cordon spermatique dans le canal inguinal, jusqu'au fond des bourses.

On peut trouver des lésions infectieuses à distance, et une des complications les plus fréquentes et les plus terribles, c'est, comme l'a montré M. Dieulafoy, la suppuration du foie sous forme d'abcès aréolaires. C'est ce qu'il appelle

volontiers « le foie appendiculaire ». C'est là une lésion si spéciale qu'on devra toujours, quand on constate son existence, rechercher son origine dans une suppuration appendiculaire méconnue.

Nous signalerons encore la pleurésie purulente droite mentionnée quelquefois. On a pu voir aussi des abcès dans les différents viscères, et de l'endocardite. Brun a relaté un cas mortel d'abcès de la cavité de Retzius par appendicite.

Étiologie. Pathogénie. — Causes prédisposantes. — Elles ont trait surtout au sexe, à l'âge, à la constitution du sujet, à certains troubles des fonctions digestives; en particulier, à la constipation et même à la diarrhée, à l'alimentation, au genre de vie, aux maladies antérieures et aux dimensions de l'appendice. Il est un fait bien avéré, c'est que, pour l'appendicite, les hommes payent un plus large tribut à l'affection que les femmes. Sur 616 malades, on trouve en effet 470 hommes pour 146 femmes.

Plus des deux tiers des cas (54 sur 69) sont observés entre 10 et 25 ans. En dehors de cette période, la maladie diminue notablement; elle devient très rare au-dessus de 45 ans, comme au-dessous de 10 ans.

L'influence de la constipation est évidente, et ne saurait être niée dans l'appendiculite. Maurin, sur 59 observations, dans lesquelles étaient signalés des corps étrangers comme cause des accidents, a trouvé que 26 fois ils étaient constitués par de la matière stercorale durcie.

Une alimentation trop abondante, composée surtout de substances grossières, a aussi une influence incontestable. Plus commune en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, elle pourrait provenir de l'usage de la viande dont on abuse, qu'on déglutit trop vite sans l'avoir soumise à la mastication. Ce serait par un vice d'alimentation que s'expliqueraient les appendicites familiales. (Lucas-Championnière.)

Une condition étiologique à laquelle on attribue une certaine importance consiste dans les anomalies possibles de l'appendice. Il est vrai que, dans la très grande majorité des cas, il est court et étroit, vermiculaire; il n'est pas moins exact que souvent il peut acquérir des proportions relativement considérables, atteindre, ce qui a été vu, 25 et 50 centimètres de longueur et présenter alors le volume de l'index et même du pouce. Si la valvule (valvule de Gerlach) située à son origine ne s'est pas développée parallèlement, toutes les substances nuisibles qui voyagent auprès pourront facilement s'y engouffrer.

Cependant, ainsi que Maurin le fait judicieusement remarquer, il n'y a pas lieu de s'exagérer la gravité de cette anomalie, car ce qui fait le danger est en même temps une condition de salut, les substances pouvant plus aisément sortir par où elles sont entrées.

Causes déterminantes. — Ces causes sont peut-être moins variées que les précédentes, mais elles sont à coup sûr plus importantes et mieux connues.

Ce qui domine toute leur histoire, c'est la fréquence des corps étrangers, et ce fait est un des plus importants pour établir une démarcation tranchée entre l'étiologie de la typhlite et celle de l'appendicite.

Sur les deux tiers des cas (65 pour 100), il faut accuser la présence de corps étrangers, qui, pour certains auteurs, seraient même constants dans l'appendicite perforante (Favre). Ces corps étrangers sont de deux ordres: extrinsèques ou intrinsèques.