

C'est une forme à la fois très grave et très fréquente. Elle a d'ailleurs tout à fait l'allure des péritonites par perforation. — Son début est soudain, sans prodromes et marqué par l'apparition d'une douleur extrêmement vive, rapidement étendue à tout l'abdomen, parfois syncopale. Il n'y a pas d'empâtement ou à peine. Ce qui domine, c'est un ballonnement généralisé. Partout on note du tympanisme, sauf dans le cas où il existe un épanchement considérable de liquide purulent. Il peut exister alors de la matité dans les deux fosses iliaques et à la région hypogastrique. Les nausées, les vomissements se répètent sans relâche, et la constipation est opiniâtre. C'est dans ces cas surtout que l'on a cru à un étranglement interne (Maurin).

La marche est progressive, sans rémission, la durée est courte. La mort arrive du 2^e au 5^e jour.

Toutes ces formes peuvent d'ailleurs se combiner (Maurin). Au cours d'une péritonite généralisée ou localisée, on verra apparaître, par suite de l'ulcération de la séreuse, au niveau du foyer originel, les symptômes d'un abcès péritiphlique, avec fusées s'étendant derrière le rein, jusque sous le foie; on aura alors un abcès secondaire. Mais, dans d'autres circonstances, l'inverse se produira; l'abcès péritiphlique sera primitif et la péritonite secondaire.

M. Dieulafoy a insisté sur une particularité de l'évolution importante à connaître et qui constitue ce qu'il appelle « les accalmies traîtresses de l'appendicite ». Souvent, dans le cours de la maladie, les signes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur, les vomissements, la fièvre, sont suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être.

Ce ne sont pas là, comme le croirait le médecin non prévenu, des signes d'amélioration, c'est une accalmie traîtresse qui annonce souvent de terribles lésions: gangrène de l'appendice, septicémie péritonéale, péritonite diffuse. Dans ces cas, le ventre reste tympanisé, la défense musculaire ne disparaît pas, l'accélération du pouls persiste, contrastant avec l'abaissement thermique, l'urobilinurie et l'albuminurie sont fréquentes. Cette fausse détente peut être due aux injections de morphine, à l'application de glace. Elle peut survenir dès le deuxième jour; on peut la voir aussi du quatrième au sixième. Les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont en effet trop fusionnés, trop subintrants, pour qu'on puisse dire quand commence la péritonite.

M. Reclus accepte 5 formes de l'appendicite.

A. L'appendicite simple inflammatoire, caractérisée par l'existence de douleurs en général peu vives, et par un point douloureux siégeant à 2 travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et sur une ligne qui va de cette épine à l'ombilic, point qui correspond assez exactement à l'insertion caecale de l'appendice. La palpation permet parfois de percevoir une tumeur allongée, plus ou moins mobile, sensible, de la grosseur du pouce, qu'on peut retrouver par le toucher rectal et vaginal. — Cette forme pourrait surtout être confondue avec la *colique hépatique*, l'*engorgement stercoral simple*, la *colique néphrétique dans sa forme subaiguë*.

B. Appendicite perforante avec péritonite enkystée. — La douleur est plus localisée que dans l'appendicite avec péritonite généralisée. L'infiltration des parois caecales donne la sensation d'un carton très mou trempé dans de l'eau chaude, ce qui permet d'affirmer la présence du pus. A l'empâtement succède une tumeur profonde, mate. Cette forme simule surtout le *psotitis*, l'*invagina-*

tion iléo-cæcale, l'*abcès périnéphrétique*, la *typhlite aiguë*, l'*adénite des ganglions iliaques*, le *cancer du caecum*.

C. Appendicite perforante avec péritonite généralisée, qui est caractérisée par son début brusque, chez un sujet ayant eu plusieurs fois déjà des symptômes d'appendicite simple.

On peut confondre cette variété soit avec l'*étranglement interne*, soit avec la *perforation de l'estomac dans le cours de l'ulcère simple*.

Complications. — Les complications sont d'ordre toxi-infectieux. Leur intensité, leur rapide gravité justifie la dénomination de « grande maladie abdominale » donnée à l'appendicite.

Les suppurations à distance sont des *abcès sous-phréniques* (Spillmann) qui peuvent en imposer pour une pleurésie diaphragmatique. On peut voir la *pleurésie purulente* par perforation du diaphragme ou par propagation. Mais la plus redoutable complication est la *pyléphlébite suppurée* avec petits ou grands abcès du foie, dont la symptomatologie peut masquer la lésion première. C'est « le foie appendiculaire » qu'on peut voir même au cours d'une appendicite bénigne. Les abcès hépatiques se chiffrent par douzaines, par centaines même. Ils transforment le foie en une éponge de pus. Au microscope on peut voir qu'ils ont pour point de départ la veine porte, et l'agent pathogène qu'on y rencontre est le colibacille très exalté de virulence. Le foie, énorme, pèse jusqu'à 5 kilos, et il y a disproportion entre la petite cavité close appendiculaire et les énormes lésions du foie.

Ces complications hépatiques surviennent brusquement au décours de l'appendicite, en pleine convalescence; elles s'annoncent par un terrible accès de fièvre suivi d'autres, et par la douleur et l'hypertrophie du foie. L'ictère est constant, souvent accompagné de vomissements et de diarrhée. Cet ictère infectieux diffère de l'ictère toxique qu'on peut observer dans des formes d'une gravité bien moindre; il importe donc d'en faire le diagnostic. L'urobilinurie traduit aussi la toxémie hépatique de même que l'albuminurie indique l'atteinte du rein.

Nous signalerons encore des complications plus rares. A la suite d'ouverture d'abcès appendiculaires on a pu voir persister des *fistules muqueuses*. Cela peut se voir dans les cas où l'on fait seulement l'ouverture de l'abcès sans enlever l'appendice. L'organe, encore doué d'une certaine vitalité, peut continuer à sécréter.

Enfin nous mentionnerons une complication exceptionnelle. Il s'agit d'un cas où, après l'opération, apparut une paralysie d'une jambe par poliomyélite antérieure (Monks), qui se manifesta au bout de quelques jours.

Formes. — L'appendicite peut revêtir des formes irrégulières qui compliquent le diagnostic.

C'est ainsi que Glantenay (*Presse médicale*, 7 janvier 1899) a montré les difficultés du diagnostic dans un cas de lésion d'un appendice en ectopie sous-hépatique. Dans ce cas, la douleur était au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic; il n'y avait pas de matité vraie en raison de l'interposition de l'intestin entre la paroi et le foyer; il y avait irradiation de la douleur dans la fosse iliaque; il n'y avait pas de douleur lombaire, mais un certain degré de psotitis. L'ictère dans ces cas est un signe important; la gravité, en effet, tient au voisinage du foie.

A côté de cette forme nous placerons l'appendicite herniaire, de diagnostic

aussi très délicat. Sauvage, dans sa thèse (1894), en a signalé 29 cas, tous méconnus. La symptomatologie est celle de l'étranglement herniaire, sauf l'absence de gaz.

L'appendicite pelvienne étudiée dans la thèse de Dormoy (Lyon) est difficile à distinguer, chez la femme, des lésions annexielles. Cette forme s'observe quand la situation de l'appendice est intra-pelvienne.

L'appendicite peut s'accompagner de signes d'occlusion. MM. Albarran et Caussade ont récemment insisté sur ce point (*Presse médicale*, 25 juillet 1898).

Ils ont observé un malade qui après plusieurs années de crises appendiculaires présenta subitement des signes d'occlusion intestinale aiguë. L'occlusion devait être survenue par suite de la paralysie intestinale. Ces formes avec occlusion sont des formes très graves s'accompagnant d'ordinaire de perforation du cæcum et quelquefois d'abcès aréolaires du foie (1).

Une autre forme intéressante d'appendicite est celle qui survient au cours de la grossesse.

En effet, comme la lithiase biliaire, l'appendicite n'est pas très rare dans la grossesse et y est souvent d'un diagnostic difficile. Ces rapports ont été bien étudiés par MM. Dieulafoy et Pinard (2). L'appendicite peut survenir à toutes les périodes, depuis les premières semaines jusqu'au moment du travail, ou même après. Généralement, la grossesse est interrompue et la vie du fœtus et celle de la mère se trouvent en danger. Pinard conseille de traiter l'appendicite sans s'occuper de la grossesse. L'opération prompte permet le plus souvent à la grossesse de continuer son évolution normale. Si l'appendicite est plus grave, la femme avortera, mais guérira. Le diagnostic se fait ici par les signes ordinaires, et entre autres le fameux point de Mac Burney. Cependant, la douleur peut être hépatique ou inguinale. La défense musculaire est caractéristique.

Parmi les formes anormales de l'appendicite, il faut mentionner l'appendicite à forme néoplasique, qui survient chez des sujets âgés, est caractérisée par des phénomènes généraux graves (cachexie, fièvre), par une tuméfaction dure. Cette forme, fatale si elle est méconnue, guérirait vite par simple incision. (Fabre, *Th. Paris*, 1898.)

Chez les tuberculeux, on peut voir des appendicites aiguës, comme Cathelin en a signalé récemment (*Presse méd.*, 21 juin 1899). Il y avait sclérose ancienne et lésions aiguës récentes.

Diagnostic de l'appendicite. — Actuellement, ce diagnostic de l'appendicite ne présente généralement aucune difficulté. Le type clinique ordinaire, avec la brusquerie de son début, le point de côté iliaque, la tuméfaction localisée de la région cæcale, est aussi facile à reconnaître que « celui de la pneumonie », avec son frisson violent et son point de côté thoracique (3). Les difficultés n'existent que plus tard, lorsque les phénomènes de début sont oubliés ou ont été méconnus.

Dans les formes aiguës à marche rapide, les difficultés n'existent que pour ceux qui s'obstinent à rechercher le typhlite classique avec sa tumeur, à forme de « boudin allongé », et veulent voir, dans la sensation qu'ils perçoivent au

(1) *Soc. Anat.*, nov. 1898.

(2) *Ann. de gynéc.*, mai 1898.

(3) TALAMON, *Médecine moderne*, 14 janvier 1892; Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite.

niveau de la région cæcale, seulement une accumulation de matières, alors qu'il s'agit d'une péritonite limitée consécutive à une perforation appendiculaire.

La forme suraiguë est d'un diagnostic aussi simple que « celui du pneumothorax » (Talamon); le tout est d'y songer, comme pour la perforation pleurale.

Pendant les premiers jours, l'appendicite, grâce aux phénomènes douloureux qui accompagnent son début, peut être confondue, soit avec une colique hépatique, soit avec une colique néphrétique; soit avec une simple indigestion, soit avec une crise douloureuse d'entérocolite membraneuse.

La *colique hépatique* se manifeste surtout par l'apparition de douleurs au niveau de l'estomac, sous forme de crampes ou de constriction épigastrique, accompagnées de vomissements fréquents et répétés. Cette douleur irradie en haut vers l'épaule; la sensibilité est extrême sous le rebord costal, et le point fixe douloureux siège au niveau de la vésicule biliaire. Il faut cependant faire remarquer que la cholécystite calculeuse, tout en ayant son point douloureux maximum sous le rebord costal, peut provoquer des irradiations tout le long du côlon ascendant, et, d'après M. Potain, avoir son retentissement jusque dans la fosse iliaque droite.

D'ailleurs, si à la colique appendiculaire fait suite l'appendicite vraie, les phénomènes en deviennent assez saisissants pour que les causes d'erreur n'existent plus.

La *colique néphrétique*, avec ses irradiations en bas, vers l'aîne et le testicule, ses épreintes, peut simuler la colique appendiculaire et être confondue avec elle. Cette confusion ne peut durer longtemps, et cesse dès que les signes de l'appendicite existent à leur siège habituel.

Si la douleur de la colique appendiculaire est moins violente, elle se rapproche d'une simple colique intestinale, et la confusion avec l'indigestion est fréquente, l'appendicite survenant elle-même le plus souvent à la suite d'un repas copieux ou de quelque alimentation indigeste. Mais les phénomènes de l'indigestion passent vite, ceux de l'appendicite persistent, et deviennent rapidement sérieux.

La *colique glaireuse* ou *muco-membraneuse* donne souvent lieu à des crises de coliques qui simulent la colique appendiculaire. L'erreur peut être faite en deux sens: tantôt on croit à une appendicite qui n'existe pas, tantôt on diagnostique une colite muqueuse alors qu'il s'agit d'une appendicite avec phénomènes d'atonie intestinale consécutive. De plus, la colite glaireuse n'exclut pas l'appendicite, et peut même en favoriser la production.

Il faut donc arriver à la connaissance exacte de la maladie par l'exploration attentive de l'abdomen, par la recherche exacte et la localisation de la douleur; car les douleurs, dans la colite, restent communément plus diffuses, ou, si elles tendent à se localiser, c'est plutôt à gauche au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque.

Le diagnostic est souvent difficile avec la *colique de plomb*, et récemment Prentiss Lord (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*) relatait un cas de colique de plomb prise pour une appendicite et laparotomisée comme telle. D'autres fois, l'appendicite peut venir compliquer la colique de plomb (Legendre, Sergent), peut-être le plomb provoque-t-il des lésions intestinales qui favoriseraient l'appendicite.

L'appendicite peut simuler encore un *étranglement interne*, mais seulement lorsqu'elle est suraiguë et accompagnée d'une péritonite généralisée. Très rapi-