



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 114

SUR QUELQUES CAS

DE

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE
A MASQUE APPENDICULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 Mai 1923

PAR

Gaston-Paul-Marie MICHELET

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à SAINT-MARD (Charente-Inférieure), le 4 mars 1892.

Examinateurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur... *Président.*

G. DUBREUIL, professeur...

DUVERGEY, agrégé... *Juges.*

LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé

BORDEAUX

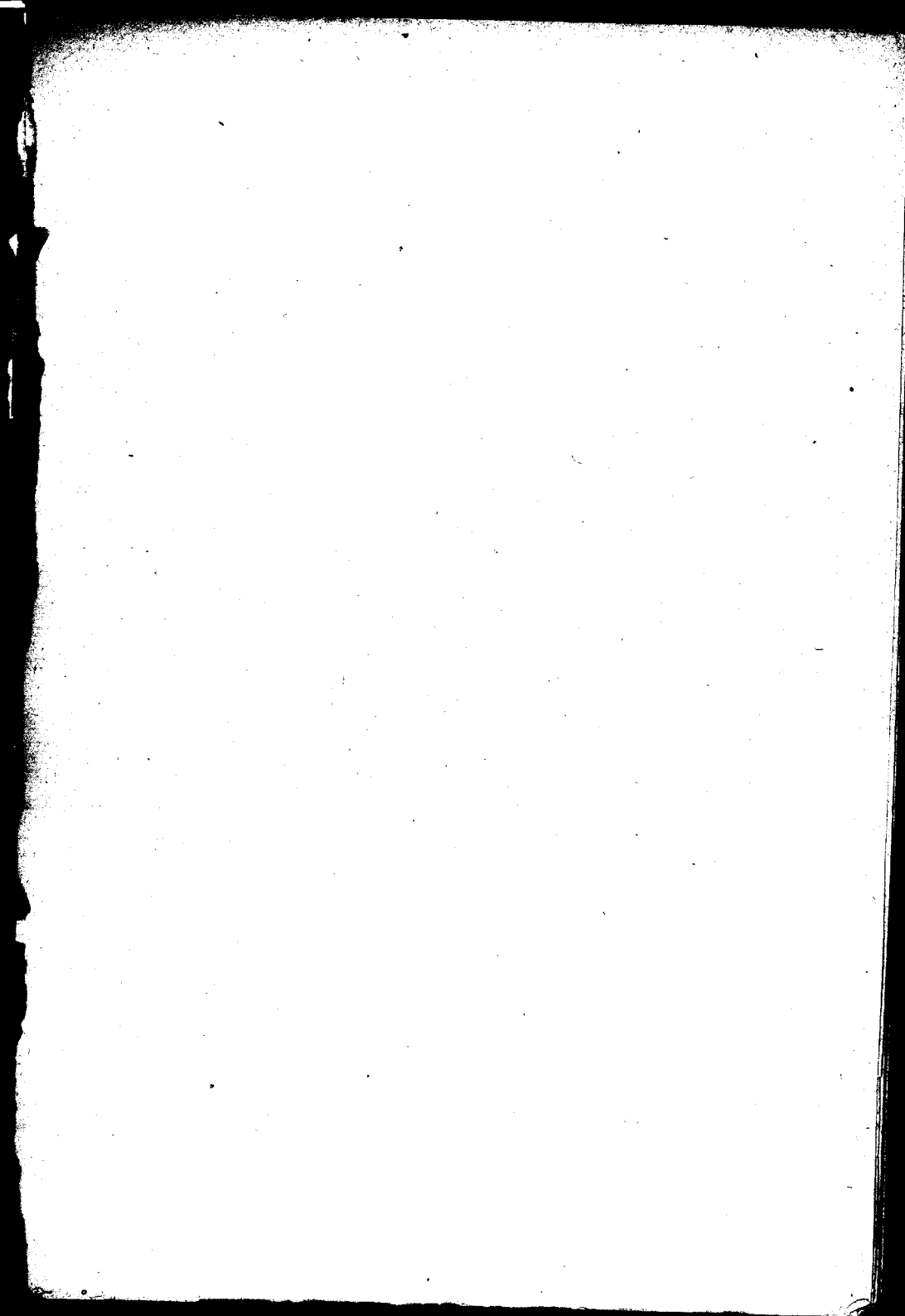
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923





100-1000

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 114

SUR QUELQUES CAS
DE
TUBERCULOSE PÉRITONÉALE
A MASQUE APPENDICULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendred 11 Mai 1923

PAR

Gaston-Paul-Marie MICHELET

INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à SAINT-MARD (Charente-Inférieure), le 4 mars 1892.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur... ..	Président.
G. DUBREUIL, professeur... ..	Juges.
DUVERGEY, agrégé.....	
LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. GADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N. N.	Médecine générale	GREYX.
Histologie	LACOSTE (charge).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (charge).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DIVERGEY.
Physique biologique et médicale	RECHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPERIÉ.	Pharmacie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire	VENOT.	Chimie	RANGIER.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pathologie interne	GREYX.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie externe	PAPIN.
Puériculture	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

EMILE MICHELET

Qui fut pour moi le premier et le meilleur des maîtres, et pour qui la plus lointaine espérance était de me voir un jour médecin.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ

- A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT (Stage 1910-1911).
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT (Stage 1911).
A MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU (Externat 1911-1912).
A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR DUMUR (Externat 1912-1913).
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES (Internat provisoire 1913-1914).
-

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MESSIEURS LES DOCTEURS BONNIN ET DROUIN

Qui m'ont préparé à l'Internat et à qui je
garde des sentiments de grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARRIER

Chirurgien des hôpitaux.

Je suis encore, mon cher Maître, votre élève. Je suis donc un peu gêné pour dire ici tout le bien que je pense de vous. Vous me permettrez au moins de vous dire toute l'affectueuse gratitude que je vous garderai toujours pour la sympathie avec laquelle vous m'avez accueilli dans votre service et pour toutes les bontés que vous m'y prodiguez.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

Médecin des hôpitaux.

Au cours de l'année que j'ai passée comme interne dans votre service, votre maîtrise de clinicien m'a enchanté. Et c'est une joie pour moi de vous exprimer, avec mes sentiments de profonde reconnaissance pour tout ce que je vous dois, le souvenir charmé que je conserve du temps trop court passé près de vous.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

*Professeur de Clinique gynécologique à La Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

C'est dans votre service que j'ai passé, au retour de la guerre, ma première année d'internat. Sans doute, est-ce près de vous que s'est décidée l'orientation de ma carrière. Je garde le souvenir du maître dévoué et bon que vous avez été pour moi. Je tiens à vous exprimer mes sentiments de profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Vous m'avez accueilli avec beaucoup de bienveillance dans votre service. J'y ai puisé, avec l'amour de la chirurgie, l'exemple des plus hautes vertus chirurgicales.

Vous avez bien voulu, après m'avoir fourni le sujet de cette thèse, en accepter la présidence. Veuillez trouver ici l'hommage de mon respectueux dévouement et de mon inaltérable reconnaissance.

SUR QUELQUES CAS

DE

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

A MASQUE APPENDICULAIRE

INTRODUCTION

Ce que nous aurons en vue dans ce travail, ce n'est ni la péritonite tuberculeuse vulgaire, ni l'appendicite, ni même l'appendicite tuberculeuse. Ce que nous nous proposons d'étudier ici, c'est une forme clinique tout à fait spéciale de la tuberculose aiguë du péritoine, celle qui simule, à s'y méprendre, l'appendicite. Cette forme ne nous semble point si rare que nous l'indiquent les classiques, puisque nous avons pu en recueillir nous-même 5 observations où la méprise, au reste, a été commise.

Nous donnerons d'abord nos observations et elles feront déjà comprendre combien cette erreur de diagnostic est, dans certaines conditions au moins, difficile à éviter, pour ne pas dire impossible.

Et pourtant, étant donné ce que nous dirons plus tard de l'évolution de cette affection et de l'action souvent très heureuse — dans certains cas véritablement étonnante — qu'a le chirurgien sur elle, il serait très important de faire le diagnostic exact, et le plus rapidement possible.

Aussi rechercherons-nous, après quelques considérations anatomiques et pathogéniques, si, à la lumière des faits observés et que nous résumerons en un aperçu clinique, il serait possible de faire plus souvent que cela ne semble être fait actuellement le diagnostic légitime, c'est-à-dire celui de péritonite aiguë tuberculeuse, malgré le masque, souvent poussé jusqu'à la ressemblance parfaite, d'une affection appendiculaire. Et cela surtout en essayant de schématiser l'allure clinique ordinaire de l'affection, de rapprocher les uns des autres les symptômes les plus constants par leur présence et les moins trompeurs par leurs caractères.

Nous chercherons ensuite à déterminer quelle est l'évolution la plus habituelle de ces lésions. Nous ne pourrions envisager d'après nos observations que l'évolution plus ou moins modifiée par le traitement chirurgical, puisque nous n'avons voulu retenir que les cas où le contrôle de la constatation opératoire a pu être fourni. Quant à l'évolution de la maladie laissée à elle-même et traitée uniquement par des moyens médicaux, nous nous en référerons à l'opinion des classiques. Tout cela nous permettra d'établir quel doit être le pronostic en pareil cas.

Dans un dernier paragraphe enfin, nous essaierons de voir quelle paraît devoir être la conduite à tenir en face des diverses éventualités; en particulier, dans les cas où le doute existe entre les deux affections, et ceux dans lesquels la probabilité, sinon la certitude, est pour le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Nous étudierons ainsi l'opportunité de l'acte opératoire, en nous appuyant surtout sur les résultats qui ont été obtenus dans nos observations, et dirons quelques mots de la technique qui nous paraît devoir être suivie.

Historique.

Après avoir fouillé la littérature médicale depuis 1885 environ — et il nous semble que c'est remonter assez loin, car à cette date l'identification de l'appendicite n'était pas encore nettement faite — nous n'avons trouvé que fort peu de documents concernant notre sujet, au moins directement.

Le premier fait à notre connaissance consiste en une communication de Broca à la Société de chirurgie de Paris, en 1897, où est rapporté un cas de péritonite tuberculeuse aiguë ayant simulé une appendicite, cas cité sans détails.

Les autres renseignements que nous avons trouvés sur la question sont presque tous parus dans les quelques années qui suivent. En 1898, c'est Lejars qui, à la séance de la Société de chirurgie du 15 juin, appelle l'attention de ses collègues sur certaines formes cliniques spéciales de la péritonite tuberculeuse aiguë. Cette communication inspira sans doute la thèse de Guillemare (Paris, 1898), parue quelque temps après : *Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë*.

La question se trouve de nouveau posée aux séances de la Société de chirurgie des 23 et 30 novembre 1898. Une discussion assez importante a lieu et des faits sont apportés par Brun, Quénu, Routier, Broca. Mais bien vite la discussion prend un tour beaucoup plus général et roule sur la péritonite tuberculeuse en général et son traitement chirurgical.

Dans le *Journal des praticiens* (7 août 1900), Moizard écrit un article sur ce sujet où il semble qu'il ait posé de façon parti-

culièrement précise et claire les données cliniques du problème. Malheureusement, il nous a été tout à fait impossible de nous procurer cet article ; nous n'avons pu en lire que des analyses.

En novembre 1900 paraît une thèse (Chofardet, thèse Paris) au titre prometteur, puisqu'elle s'intitule : *La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite*. Mais l'auteur y étudie surtout les formes cliniques de la péritonite tuberculeuse sans s'attarder beaucoup sur le point qui nous occupe.

Enfin, en 1901, dans sa thèse soutenue à Lyon, Sotty reprend la question et publie toutes les observations qu'il a pu trouver jusqu'à lui dans la littérature médicale ; il en donne 19, et dans ce nombre, il n'y en a guère que 12 où les faits observés soient vraiment démonstratifs ou tout au moins intéressants pour notre sujet.

Ce sont là tous les travaux d'ensemble que nous avons pu trouver sur la question. Et pourtant les cas ne doivent pas être si rares. Nous avons bien trouvé quelques observations publiées, çà et là, dans des journaux médicaux, et nous les signalons toutes à la bibliographie, mais ce sont là des faits cités la plupart du temps sans commentaires.

Quant aux traités classiques, ils sont tous très sobres de détails sur ce sujet précis ; quelques-uns même signalent à peine en passant les formes appendiculaires de la péritonite tuberculeuse aiguë.

II

Observations.



OBSERVATION I

M... (Ferdinand) 18 ans, cultivateur.

Entré, le 8 novembre 1919, dans le service de M. le professeur agrégé Venot, salle 11, lit 25.

Ce malade entre pour des crises douloureuses abdominales.

Son histoire pathologique est assez brève et peut être résumée de la manière suivante :

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours de la semaine qui précéda Pâques 1919, alors qu'il n'avait jamais encore souffert le moins du monde de son ventre, il ressentit un soir, vers 16 heures, dans le côté droit du ventre, et bien limitée dans ce côté droit, une légère douleur, accompagnée d'état nauséux. Cette douleur augmentait par le mouvement et l'effort, si bien que le malade interrompit son travail. Au bout d'une heure environ, un vomissement alimentaire survint, après quoi la douleur s'atténua et disparut rapidement et complètement. Elle reparut le lendemain, à la même heure et dans les mêmes conditions et disparut de même. Il en fut ainsi durant quatre jours consécutifs, jusqu'au Vendredi Saint. En dehors de ces petites crises de douleurs, aucun signe d'altération de l'état général. L'appétit demeurait excellent. Il n'y avait ni diarrhée, ni constipation. Le sommeil était conservé. Il n'y avait véritablement rien d'autre à signaler.

Le jour du Vendredi Saint, vers 14 heures, au moment de repren-

dre son travail, notre malade ressent une violente douleur dans tout l'abdomen avec nausées, puis vomissements alimentaires abondants, puis plus ou moins bilieux. Il est obligé de se mettre au lit immédiatement. Il a une impression de chaleur considérable, avec légère céphalée. Dès les premières heures — notons ce signe avec soin — apparaît la diarrhée; il a dans la soirée cinq ou six selles diarrhéiques. Toute la nuit suivante, le malade ne dort pas; la douleur abdominale continue, au moins aussi violente, toujours diffusée à tout l'abdomen. Le médecin appelé voit le malade le lendemain matin, constate que la douleur est plus vive à la pression dans la partie droite de l'abdomen, en particulier dans la fosse iliaque droite. Il fait mettre de la glace sur le ventre et prescrit le régime hydrique. La fièvre semble avoir été assez élevée à ce moment, mais elle n'a pas été relevée, et nous n'avons pas de renseignements précis à ce sujet.

Cette crise dura une huitaine de jours. Durant ces huit jours, la diarrhée a persisté, quoique moins marquée que dans les premières heures (deux, trois selles liquides par jour). Le malade garda le lit une quinzaine de jours en tout. A ce moment-là, les douleurs avaient complètement disparu. Il restait seulement une sensation de fatigue, mais aucun trouble fonctionnel apparent.

Jusqu'en octobre suivant — 1919 — absolument rien à signaler. Excellent état général. Notre malade ne sent jamais son ventre, même après la fatigue ou de longues marches. Jamais d'état nauséeux. Excellent état digestif. Très bon appétit; ni diarrhée, ni constipation. Pas d'amaigrissement; de même du côté de l'appareil respiratoire, aucun signe pathologique: ni toux, ni expectoration, ni douleur thoracique.

Vers le milieu d'octobre 1919, c'est-à-dire un peu plus de six mois après la première crise, le malade est pris en pleine nuit, vers minuit, sans aucun prodrome d'aucune sorte, d'une violente douleur surtout marquée du côté droit du ventre, mais généralisée à tout l'abdomen. Cette fois, il n'y eut pas de vomissements, à peine quelques nausées, pas de céphalée. La douleur persiste, aussi violente, toute la nuit. Le lendemain matin, la diarrhée s'installe à nouveau cinq ou six selles dans la matinée). Le médecin rappelé institue à

nouveau la thérapeutique de l'appendicite aiguë : repos, glace, diète hydrique. Par l'intensité des douleurs, par leur durée — malheureusement les renseignements concernant le pouls et la température manquent absolument — par le souvenir qu'en a conservé le malade, cette deuxième crise semble avoir été plus violente que la première. La fièvre serait restée élevée pendant huit jours; la douleur persista quinze jours. Le malade garda le lit trois semaines.

Au sortir de cette crise, il est envoyé à l'Hôpital Saint-André.

Antécédents personnels. — A été nourri au sein; n'a pas présenté d'autres maladies d'enfance qu'une rougeole bénigne à l'âge de 8 ans. Il n'a pas présenté en particulier ni le carreau, ni de troubles de l'adénopathie trachéo-bronchique. Il n'est pas particulièrement sujet aux rhumes prolongés. Il n'a jamais eu de pleurésie.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — La mère, 44 ans, est actuellement bien portante. Elle présente seulement de temps en temps des crises rhumatismales. Elle a été opérée à deux reprises, d'abord pour prolapsus vaginal et plus tard pour appendicite. Elle n'a pas fait de fausse couche.

Son père est mort, il y a treize ans, à l'âge de 48 ans, de tuberculose pulmonaire. Il était, paraît-il, tousseur et cracheur depuis de nombreuses années.

Il a deux frères actuellement bien portants. L'un d'eux aurait présenté à l'âge de 6 ans des accidents méningés (?) à allure grave.

Une sœur est morte en bas âge, mais des suites d'un accident.

Examen du malade. — A son entrée à l'hôpital, l'état général paraît très bon. Il y a un peu d'amaigrissement, mais qui s'explique déjà bien par la dénutrition forcée, du fait du régime institué au cours de la crise aiguë, toute récente.

Il n'y a pas de fièvre. Le pouls est normal.

Localement, on sent dans la fosse iliaque droite un léger empatement très limité, encore un peu douloureux à la pression un peu appuyée. Il n'y a pas de défense musculaire appréciable au cours de cette exploration. La percussion légère de la fosse iliaque droite montre une légère diminution de la sonorité par rapport au côté gauche. Il n'y a pas trace d'ascite.

L'examen des divers appareils ne révèle rien de particulier. En

particulier, du côté des plèvres et des poumons, il n'y a aucun signe pathologique.

Le docteur Venot, qui examine le malade, porte, sans hésitation, le diagnostic d'appendicite à rechutes et l'intervention est décidée.

Intervention le 20 novembre 1919. — Incision de Jalaguier. La paroi est normale. Mais dès le ventre ouvert, on tombe sur un cæcum farci de granulations tuberculeuses. L'appendice est absolument fixé par des adhérences qui rendent son ablation nettement impossible. L'examen sommaire de la cavité abdominale, autant qu'il peut être fait par l'incision de Jalaguier, montre un ensemencement de toute la cavité abdominale par les mêmes petites granulations que celles qui recouvrent le cæcum. Il n'y a pas d'ascite appréciable.

On referma la paroi, donc sans aucune manœuvre et sans ablation de l'appendice.

Les suites opératoires sont tout à fait normales. Cicatrisation *per primam*.

Le malade sort au vingt et unième jour, en excellent état local et général.

Nous avons eu la chance de revoir ce malade ces jours derniers, et voici ce que nous avons appris : depuis son opération, son état s'est maintenu absolument parfait. Il n'a présenté aucune crise douloureuse abdominale si minime soit-elle. Le fonctionnement digestif est parfait; jamais de diarrhée ni de constipation. Rien d'anormal dans les selles. Du côté pulmonaire, rien non plus : ni rhumes fréquents, ni bronchites. Il mène une vie par moments très pénible et peut fournir les plus grands efforts sans en ressentir de fatigue anormale. Depuis son intervention, il a augmenté de plus de 8 kilogrammes. Actuellement, il se présente avec un facies fortement coloré et tous les aspects de la meilleure santé. Il n'y a pas de fièvre. Le pouls bat à 80, régulier. La tension artérielle est au Pachon de : $Mx = 16$; $Mn = 8$; ind. $4 \frac{1}{2}$.

L'examen de l'abdomen ne décèle rien de particulier. Cicatrice d'incision de Jalaguier en parfait état. Paroi très solide. Ventre non ballonné. Téguments normaux. Le ventre est souple partout. On ne sent aucune induration, aucune tuméfaction, aucune masse quel-

conque, ni dans la fosse iliaque ni ailleurs. Le foie n'est pas augmenté de volume. On ne sent pas la vésicule; pas de signe de Murphy. La rate n'est pas perceptible. Les reins ne sont pas sentis.

L'ascite ne peut être mise en évidence par aucun procédé.

L'examen des organes thoraciques demeure de même absolument négatif. Le murmure vésiculaire se fait entendre normal partout. Pas de signes surajoutés. Le malade ne tousse ni ne crache.

Conclusion. — En somme, actuellement, et en faisant, quant à l'avenir, les réserves qui sont toujours de mise en cas de bacillose, il semble qu'on soit autorisé à prononcer le mot de guérison.

Il s'agissait donc ici, en résumé, d'une péritonite aiguë tuberculeuse qui s'est manifestée cliniquement par des accidents bruyants rappelant absolument ceux de l'appendicite aiguë. Notre malade a présenté deux crises aiguës, accompagnées chaque fois de diarrhée et dans l'intervalle desquelles l'état général et abdominal demeura parfait. Ajoutons qu'il n'y avait chez lui aucune raison de penser à la bacillose, ni dans ses antécédents ni dans l'examen complet de ses divers organes. Le diagnostic véritable fut donc une découverte et une surprise opératoires. La laparotomie simple a enfin donné dans ce cas un résultat impressionnant.

OBSERVATION II

M... (Marie), 20 ans, couturière.

Entrée le 21 septembre 1921, salle 9, lit 21, pour crises appendiculaires.

La maladie semble avoir produit ses premières manifestations cliniques vers la fin du mois de septembre 1920. A ce moment-là, au cours de la convalescence d'une pleurésie séro-fibrineuse droite (fièvre élevée, un litre de liquide jaune citron retiré par ponction), qui avait débuté de manière très aiguë un mois et demi plus tôt, elle ressent pour la première fois une douleur du côté droit du ventre, en une région très limitée, correspondant à celle de Mac Burney. Pas de nausées ni de vomissements. Ni diarrhée ni constipation. Il persistait encore un peu de fièvre irrégulière du fait de la pleurésie.

Un médecin consulté pense à une crise légère d'appendicite et fait mettre de la glace. Au bout de deux jours, les douleurs cessaient complètement. L'épanchement pleural se résorbe lentement.

En novembre 1920, deux mois environ après cette atteinte abdominale légère, se produit une nouvelle affection pleuro-pulmonaire qui se traduit cette fois, dit la malade, par une congestion pulmonaire gauche, caractérisée au point de vue de l'état général par une forte céphalée, une fièvre élevée (39 degrés à 39°5 pendant plusieurs jours) et un point douloureux thoracique. Expectoration par moments légèrement hémétique. On n'aurait pas constaté la présence d'un épanchement pleural gauche, ni la formation nouvelle d'un épanchement dans la plèvre droite. Au cours de l'évolution de cette congestion pulmonaire (?) gauche, et un mois environ après le début de son évolution, la malade ressent, encore au lit pour son affection pulmonaire, une violente douleur qui apparaît brutalement du côté droit du ventre, exactement au point où elle avait déjà souffert. Vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, céphalée brutale très sévère. Dès les premières heures s'installe une diarrhée assez importante qui va durer deux ou trois jours (sept ou huit selles franchement liquides par jour). La fièvre, qui ne dépassait dans les jours précédents que de peu la normale, atteint subitement 38°5, et se maintient cinq ou six jours autour de ce chiffre. Glace sur le ventre, durant huit jours, diète hydrique. Durant toute la crise, la douleur reste strictement limitée à la fosse iliaque droite ; il n'y a aucune douleur spontanée ou provoquée en aucun autre point de l'abdomen. A la diarrhée du début succède pendant huit jours de la constipation, puis régime de selles normales. Au bout d'une dizaine de jours, les douleurs se calment et disparaissent complètement.

La convalescence de la congestion pulmonaire gauche se fit lentement. La malade reprend son existence normale vers la fin de février 1921.

En mars 1921 reparaissent quelques douleurs du côté droit du ventre, surtout après stations debout prolongées ou longues marches. Le ventre est à ce moment un peu ballonné. Les douleurs abdominales sont irrégulières, capricieuses, peu violentes, ne forcent pas la malade à s'immobiliser. Mais à peu près chaque jour, celle-ci « sent

son ventre ». Pas de troubles digestifs : l'appétit était conservé. Ni diarrhée, ni constipation. État général satisfaisant. Reprise des forces et de l'embonpoint.

Cet état se prolonge à peu près identique jusqu'à l'entrée de la malade à l'Hôpital Saint-André en septembre 1921, mais entrecoupé encore de deux crises appendiculaires : l'une en mai 1921, peu violente, sans grande fièvre, sans vomissement ; l'autre au début de septembre, un peu plus sévère : vomissements, fièvre (38°9), céphalée, douleurs violentes dans la région de Mac Burney. C'est cette crise qui décida la malade à venir demander une intervention.

Antécédents personnels. — Sont particulièrement chargés. Notre malade aurait été un peu malingre toute sa vie, et elle aurait successivement présenté :

A 11 mois, une affection grave du poumon (?) ;

A 3 ans, la coqueluche ;

A 8 ans, la rougeole ;

A 10 ans, la varicelle ;

A 12 ans, la scarlatine.

Elle a subi, en avril 1919, l'adénotomie et l'amygdalotomie (professeur Moure).

Elle aurait présenté de l'érythème noueux en février 1920 (professeur Dubreuilh).

Réglée à 15 ans pour la première fois. Assez régulièrement depuis. Règles en général peu abondantes, quelques pertes leucorrhéiques. Pas de trace de gonococcie. Pas de grossesse.

Aurait présenté, en juin 1920, une première affection pulmonaire aiguë ayant entraîné un séjour d'un mois au lit avec fièvre élevée, toux fréquente, sans expectoration, qui a été qualifiée par le médecin de congestion pulmonaire (?) droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans d'une tumeur de la vessie.

Mère, 60 ans, bien portante, sans passé pulmonaire, N'a pas fait de fausse couche.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur sont en excellente santé et n'ont jamais présenté aucune affection pulmonaire aiguë ou chronique.

Elle n'a perdu ni frère, ni sœur.

Examen à son entrée à l'Hôpital Saint-André, 21 septembre 1921 (professeur Chavannaz). — Elle souffre en un point fixe qui correspond au point de Mac Burney. Pas de fièvre. Appétit conservé. Ni diarrhée, ni constipation. Un peu d'amaigrissement. Facies un peu pâle, traits tirés, fatiguée.

A l'examen, la paroi abdominale se montre souple à droite comme à gauche. Pas d'hyperesthésie cutanée. Par la palpation, on ne découvre ni gâleau, ni tuméfaction d'aucune sorte. Chose curieuse et qui attire l'attention, cette palpation est à peu près complètement indolore. La percussion des crêtes iliaques ne donne aucun résultat. La percussion des fosses iliaques montre une diminution nette de la sonorité à droite. On ne décèle pas d'ascite.

A l'auscultation du thorax, on décèle encore des signes de pleurite à la base droite et on décide de faire de la révulsion en ce point à l'aide de sinapismes.

Étant donné le passé de la malade et, d'autre part, le caractère à peu près indolore de la palpation au niveau de la région appendiculaire, fait en contraste frappant avec une appendicite en crise depuis quelques jours, on pense à la probabilité d'une appendicite tuberculeuse.

Intervention pratiquée le 28 septembre 1921. — Incision de Jala-guier. Dès l'ouverture du ventre, on est frappé par la présence à la surface des anses grêles et du cæcum de nombreuses granulations de péritonite tuberculeuse. Il n'y a pas d'ascite appréciable. Ces lésions sont discrètes vers le bas, vers le péritoine pelvien. Rien aux ovaires, ni aux trompes. Les lésions sont plus accentuées vers l'étage supérieur de l'abdomen.

Appendice de volume moyen, ne présentant à l'œil aucune altération marquée. Appendicectomie classique, sans difficulté; il n'y a nulle part d'adhérences. Fermeture sans drainage.

Examen histologique (Dr Nadal). — A montré qu'il s'agissait d'une appendicite chronique, sans trace de lésion tuberculeuse.

Suites opératoires tout à fait normales, légère diarrhée pendant quelques jours. La malade part au vingt et unième jour, avec recommandation de rester couchée deux mois chez elle.

Nous avons revu cette malade (15 mai 1922), et voici ce qu'elle nous a raconté : Après sa sortie de l'hôpital, elle est restée étendue deux mois, puis a passé un troisième mois de repos à peu près complet à Andernos. Au bout de ce temps, elle avait engraisé de 5 kilos. L'état général est satisfaisant. Pourtant, du côté abdominal, elle continue à souffrir un peu du côté droit du ventre, et de temps en temps, elle présente un peu de diarrhée survenant sans cause.

En février 1922, elle a présenté de nouveau des douleurs thoraciques droites, à la suite desquelles apparut un nouvel épanchement pleural de ce côté, mais peu abondant. Du côté du ventre, le calme n'est pas non plus revenu complètement ; il persiste une sensation de gêne, plutôt qu'une douleur vraie, diffusée dans tout le ventre, mais prédominante dans la fosse iliaque droite. En même temps, l'état général a un peu décliné ; il y a peu d'appétit. Amaigrissement de 6 kilos depuis février. De temps en temps, crises diarrhéiques légères (deux à trois selles par jour), sans périodes de constipation intercalaire. Petite toux sèche le matin, sans expectoration. Un peu de fièvre ($37^{\circ}3$ à $37^{\circ}8$).

Examen. — Facies bien coloré. Pouls 90.

Abdomen. — Cicatrice solide. Pas de ballonnement du ventre, ni d'œdème de la paroi, ni de circulation collatérale.

A la palpation, douleur assez vive et défense musculaire marquée dans tout l'abdomen, avec prédominance dans la fosse iliaque gauche. On ne sent ni gâteau péritonéal, ni empatement nulle part.

A la percussion, l'étage sus-ombilical présente une sonorité normale. L'étage sous-ombilical presque dans son entier est submat, dans la partie médiane comme dans les régions latérales.

Par les procédés ordinaires, on ne parvient pas à déceler la présence de liquide libre dans la cavité abdominale, mais si l'on vient à utiliser les manœuvres préconisées par le professeur Chavannaz (*in* thèse Peyre, Bordeaux, 1907), c'est-à-dire la recherche de la matité hydrique en position de Trendelenburg et de Trendelenburg inversée, on trouve un déplacement de matité appréciable. Donc, il semble y avoir une certaine quantité d'ascite libre.

Pas de ganglions inguinaux.

Foie et rate paraissent normaux.

Michelet

L'examen des organes génitaux n'a pas été pratiqué.

L'examen des organes intrathoraciques montre une sonorité un peu diminuée sur toute la hauteur du poumon droit, surtout nette en arrière, avec une respiration un peu amoindrie et quelques frottement pleuraux à la base droite. On ne perçoit pas de signes pulmonaires surajoutés.

Du côté gauche, la respiration est à peu près normale; il n'y a pas de liquide dans la plèvre.

En résumé, il s'est agi dans ce cas d'une péritonite tuberculeuse aiguë qui s'est manifestée par des crises abdominales douloureuses, uniquement localisées à la fosse iliaque droite. Mais si on porta le diagnostic d'appendicite, on pensa qu'il devait s'agir d'une appendicite tuberculeuse, étant données les manifestations pleuro-pulmonaires qu'avait présentées la malade, et aussi certains caractères de la maladie, comme la diarrhée, la répétition de plus en plus fréquente des crises, la persistance de la fièvre et enfin l'altération de l'état général. Mais rien vraiment ne pouvait faire songer à l'existence d'une péritonite aiguë tuberculeuse.

Enfin, nous voyons que le traitement a semblé avoir une action heureuse, au moins temporaire sur les phénomènes douloureux et les troubles gastro-intestinaux. Mais ceux-ci n'ont point cessé complètement, et il est permis de penser que la péritonite évolue actuellement vers une de ses formes chroniques.

OBSERVATION III

M^{lle} X..., 20 ans.

Le 23 décembre 1921 est adressée au professeur Chavanuaz en vue d'une intervention pour appendicite chronique.

Histoire de la maladie. — A commencé à souffrir du ventre il y a un an et demi. Elle a présenté à ce moment et pour la première fois une crise douloureuse abdominale qui dura assez violente deux ou trois heures, puis disparut assez rapidement. Au cours de la crise, la douleur était nettement prédominante dans la fosse iliaque droite. Il y eut un peu de fièvre; il y eut des nausées et même un vomisse-

ment. Dans les jours qui suivirent la crise, il y eut de l'inappétence et un peu de diarrhée qui dura quelques jours. Puis l'équilibre antérieur se rétablit; pourtant il persista de l'anorexie et une certaine sensibilité du ventre, toujours du côté droit seulement.

Depuis lors, jusqu'en décembre 1921, plusieurs crises analogues (cinq ou six) se sont reproduites avec de légères variantes, tantôt un peu plus violentes et plus prolongées (quelques jours), accompagnées parfois d'une fièvre assez élevée (38°6) ou de vomissements abondants. Presque toutes les crises, dit la malade, ont été suivies, au bout de quelques heures en moyenne, d'une débâcle diarrhéique, à laquelle succédait presque toujours une crise de constipation durant quelques jours. Ces crises douloureuses se reproduisaient à intervalles très irréguliers, mais, tout en conservant leurs mêmes caractères, se faisaient de plus en plus fréquentes ces temps derniers. De plus, entre les crises, persistait une sensibilité assez marquée du ventre. En même temps, l'état général se montrait atteint. L'appétit avait disparu à peu près complètement. L'amaigrissement devenait marqué; les pommettes saillantes, un peu rouges. La fièvre ne disparaissait plus tout à fait, se maintenant avec quelques oscillations, entre 37 et 38 degrés, même dans l'intervalle des crises douloureuses. De plus, la malade tousse fréquemment, il n'y a pas d'expectoration. Le médecin qui surveille la malade depuis le début de sa maladie et pense à l'appendicite chronique avec des poussées subaiguës, décide la malade et sa famille à l'intervention.

Antécédents personnels. — A eu, dans l'enfance, la rougeole, la coqueluche et des bronchites fréquentes; jamais elle n'a présenté d'hémoptysie.

Premières règles apparues à 14 ans. D'abord bien réglée pendant deux ans, les règles cessent ensuite six mois, puis reparaissent, mais désormais irrégulières, très peu abondantes, souvent douloureuses.

Depuis quatre ans, elle a une petite toux sèche, un peu quinteuse, fréquente, sans expectoration.

Antécédents héréditaires. — Père depuis longtemps touseur et cracheur.

Une sœur plus âgée est morte de tuberculose pulmonaire à 26 ans.

Examen le 23 décembre 1921. — La malade se présente avec l'aspect que nous avons dit : amaigrie, pommettes saillantes, un peu trop colorées. Température subfébrile (37°6). Pouls à 90.

L'examen local nous montre un ventre un peu ballonné, également dans toutes ses parties. A la palpation, un peu de défense musculaire à droite; douleur très nettement marquée à la palpation profonde au point de Mac Burney; cette douleur est un peu diffusée, se perd un peu progressivement, mais ne dépasse point la ligne médiane, et on ne provoque aucune douleur dans tout le reste de l'abdomen. Cette exploration ne permet de sentir dans la fosse iliaque droite, pas plus d'ailleurs que dans tout le ventre, aucune tuméfaction, aucun empatement, aucune masse anormale. La percussion de la fosse iliaque droite donne une submatité très nette. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement autre que l'existence d'une rétroflexion utérine.

La recherche de l'ascite, faite par les procédés classiques et en position de Trendelenburg, est absolument négative; à vrai dire, le météorisme gêne dans cette recherche.

Donc, à part le ballonnement du ventre, on ne trouve à l'examen de cette malade, au point de vue abdominal, qu'une chose, c'est une petite zone douloureuse, très nette, dans la fosse iliaque droite, dans la région de Mac Burney. On ne trouve rien ailleurs dans tout l'abdomen.

En revanche, l'examen de l'appareil pulmonaire fait découvrir au sommet gauche, en avant, en même temps qu'une respiration soufflante, de nombreux petits râles humides très fins. La percussion donne à ce niveau de la submatité. La sonorité est aussi très diminuée au sommet droit, la respiration un peu soufflante, mais il n'y a pas de râles. La malade n'expectore pas, on ne fait pas la recherche des bacilles tuberculeux. Mais il est évident qu'il y a au sommet gauche un foyer de bacillose en activité.

Étant donnés ces lésions pulmonaires, cet état général et l'histoire des antécédents, le professeur Chavaunaz, tout en concluant à de l'appendicite chronique avec poussées subaiguës, pense qu'il s'agit probablement d'une appendicite tuberculeuse.

Intervention le 25 décembre 1921. — La dernière crise date de cinq

semaines. Anesthésie au somno-chloroforme. Incision médiane sus-pubienne. Dès l'ouverture du péritoine, on est frappé par la présence sur tout le péritoine pariétal, mais surtout viscéral, d'un semis très dense de granulations fines et blanches. Les lésions sont disséminées partout à peu près également, sans prédominance au niveau du cæcum. Il y a une très petite quantité d'ascite (un verre à bordeaux environ). L'appendice est gros, comme boursoufflé par les végétations granuleuses; il est libre. Le cæcum a son aspect normal, à part que sa séreuse est aussi recouverte d'un semis de granulations. On n'observe aucune coudure iléale, aucune bride. On fait l'appendicectomie suivant le mode classique, avec enfouissement; on termine par un raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. Suture de la paroi en trois plans.

Examen histologique de l'appendice (Dr Nadal). — L'appendice présente des lésions inflammatoires graves d'origine manifestement bacillaire.

La muqueuse est tuméfiée, fongueuse, comme bourgeonnante; son chorion très épaissi renferme un grand nombre de nodules présentant les caractères typiques des néoformations bacillaires; on y rencontre de nombreuses cellules géantes entourées d'une zone très marquée de cellules épithélioïdes et d'une vive réaction lymphoïde. Toute l'épaisseur de la paroi est occupée par une zone d'inflammation diffuse, qui dissocie en particulier les éléments musculaires.

Les lésions bacillaires existent aussi sur la séreuse avec les mêmes caractères bien typiques, mais seulement un peu plus discrètes que dans le chorion muqueux.

Suites opératoires. — Immédiates, satisfaisantes. Dès le lendemain, le ballonnement du ventre était très diminué. Cicatrisation *per primam* de la plaie opératoire. Mais la température demeure un peu au-dessus de la normale; elle oscille entre 37 degrés et 38°2. Au dix-huitième jour, elle monte même à 39 degrés pour redescendre au bout de deux jours à son chiffre habituel. Lors de son départ, au vingt-quatrième jour, la malade se sent mieux; il semble que l'appétit soit un peu revenu. Elle ne souffre pas du tout du ventre; celui-ci n'est plus ballonné. Il n'y a toujours pas trace clinique d'ascite.

Les lésions pulmonaires sont ce qu'elles étaient à l'entrée. La toux paraît moins fréquente.

On conseille à la malade une cure d'air qu'elle va faire à Arcachon et un traitement médical approprié.

Après avoir été nettement améliorée au point de vue abdominal (plus de douleurs, selles à peu près normales) et aussi au point de vue général (reprise de l'appétit et des forces, teint meilleur) pendant deux mois environ, les signes pulmonaires se sont accentués et ont amené rapidement la malade à la terminaison fatale; celle-ci est survenue le 29 mai 1922, c'est-à-dire cinq mois après l'opération. Mais il faut noter que jusqu'à la fin il n'y eut pas de reprise des phénomènes douloureux du côté du ventre, ni apparition d'ascite ni de gâteaux péritonéaux.

En résumé, il s'est agi chez cette malade, tuberculeuse pulmonaire avérée, d'une péritonite miliaire aiguë tuberculeuse qui se présenta durant un an et demi sous le masque d'une appendicite chronique avec poussées subaiguës.

L'examen le plus minutieux ne fit découvrir rien d'autre qu'une douleur limitée à la fosse iliaque droite, nettement prédominante dans la région de Mac Burney; rien ailleurs, ni douleur, ni empatement, ni ascite. On ne pouvait penser qu'à une appendicite et les antécédents autant que les lésions actuelles du poumon firent porter le diagnostic d'appendicite probablement tuberculeuse. L'intervention seule rectifia le diagnostic. Cette intervention semble avoir donné au point de vue local une amélioration certaine, mais la mort survint rapidement, due à l'évolution des lésions pulmonaires. Disons enfin que celles-ci ne semblent pas avoir été influencées, en aucun sens, par l'intervention.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du docteur GUÉRIVE, de Barbezieux.

B... (Valentine), 14 ans.

A été prise subitement, en pleine bonne santé apparente, le 27 avril 1921, à 16 heures, d'une violente douleur dans le côté droit du ventre.

Cette douleur présente une intensité telle, qu'elle a véritablement le caractère du coup de poignard abdominal. En même temps apparaissent des vomissements qui se reproduisent à plusieurs reprises, alimentaires d'abord, puis bilieux.

A l'examen, fait le soir même, on constate que les douleurs spontanées ont un maximum net dans la fosse iliaque droite. Il y a une hyperesthésie très marquée de la paroi. La pression, même légère, au point de Mac Burney provoque une douleur très vive ; tout le ventre est sensible et légèrement tympanique. La défense musculaire est très accentuée dans la région droite ; elle est relativement minime dans la fosse iliaque gauche. En cherchant à explorer, avec précaution, la fosse iliaque droite, on apprécie la présence d'un plastron péritonéal très net. La température rectale est à ce moment de 38°4 ; le pouls est rapide, mais bien frappé et régulier.

Le facies est un peu rouge, mais il faut noter qu'il s'agit d'une jeune fille aux joues toujours assez fortement colorées. L'état général se montre excellent par ailleurs. L'examen des autres appareils ne permet de déceler aucun signe anormal.

En interrogeant l'entourage de la jeune malade au point de vue de ses antécédents héréditaires et personnels, nous apprenons ce qui suit :

Les parents, père et mère, sont en excellente santé et n'ont jamais présenté en particulier, sous une forme quelconque, d'accidents pouvant être rattachés à la tuberculose. Elle a une sœur plus jeune qui présente actuellement des troubles gastro-intestinaux assez mal définis.

Au point de vue de ses antécédents personnels, il y a peu de chose à signaler. Elle a eu la rougeole à 6 ans et aurait présenté à 7 ans quelques douleurs articulaires. Et c'est tout ; en dehors de cela, elle a toujours joui d'une excellente santé.

En présence de ces symptômes observés et surtout en raison du mode brutal d'invasion de la douleur et de la violence de celle-ci en une région assez limitée, on porte le diagnostic d'appendicite aiguë, et on fait des réserves au sujet d'une perforation possible (coup de poignard).

La malade est immobilisée, avec de la glace sur le ventre.

Dès le lendemain, 28 avril, les symptômes se sont atténués; la douleur est moins vive, le ventre est moins sensible, bien qu'il demeure toujours tympanisé. Température : 37°5. Le poulx demeure rapide, mais régulier. On conclut à l'expectative.

La malade reste en observation ainsi jusqu'au 2 juin 1921. Durant cette période de repos constant au lit, les douleurs sont reparues à deux reprises peu vives, de courte durée, avec température de 38 degrés le soir; chaque fois, le fait s'est produit à la suite d'un examen un peu complet de la malade.

Opération le 2 juin 1921. — Incision de Roux. Dès l'ouverture de l'abdomen, issue d'un verre environ de liquide légèrement louche. On est immédiatement frappé de la présence de très nombreuses granulations sur le péritoine et sur tout l'intestin (grêle et cæcum). L'appendice est gros, long, recouvert aussi de très nombreuses granulations. Il est parfaitement libre; il n'y a aucune adhérence cæcale ou péri-cæcale, aucune bride. Appendicectomie. Au niveau du méso-appendice se trouvent deux ganglions assez volumineux (un haricot) qui sont réséqués en même temps que lui. Lavage de la cavité abdominale à l'éther. Drainage pendant quarante-huit heures.

Suites opératoires très normales. Pas de fièvre. Cicatrisation *per primam*. La douleur disparut complètement dès les premiers jours.

La malade, surveillée régulièrement depuis son opération et revue en mai 1922, présente un état général excellent, sans aucun trouble ni aucune douleur abdominale. Le ventre est souple, il n'y a nulle part ni gâteau, ni tuméfaction d'aucune sorte. Depuis son opération, elle a engraisé de 15 kilos (en un an). Depuis lors aussi, ses règles sont apparues, régulières, normales à tous points de vue.

Il s'agissait donc, chez cette malade, qui ne présentait absolument aucun stigmate de tuberculose ou héréditaire ou personnel, d'une tuberculose péritonéale aiguë à forme miliaire qui se traduit brusquement, en pleine santé apparente, par un syndrome appendiculaire aigu, permettant même de songer à une perforation appendiculaire. L'intervention semble avoir, dans ce cas, enrayé complètement le processus péritonitique.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance du docteur GUÉRIVE, de Barbezieux.

M^{lle} Berthe L..., 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique. Mère bien portante (onze enfants et trois fausses couches).

Un frère gastro-entéritique chronique (?).

Antécédents personnels. — Scarlatine à 8 ans. Pneumonie à 16 ans. Grippe en 1918 (pas d'épanchement pleural).

A été fréquemment indisposée par des douleurs abdominales assez vagues, des coliques, accompagnées souvent de nausées.

Depuis 1919, en particulier, est soignée pour des troubles gastro-intestinaux; elle présente depuis lors des coliques avec maximum constamment dans la fosse iliaque droite, se répétant à intervalles plus ou moins longs et d'une intensité assez variable. Anorexie. Amaigrissement assez important.

Pas de signes anormaux du côté de l'appareil pulmonaire, ni douleur, ni toux, ni expectoration.

Histoire de la maladie. — A trois reprises, en juillet 1919, octobre 1919 et mars-avril 1920, les troubles que nous venons de dire furent plus accentués; la douleur se montra plus vive et spontanément et à l'exploration dans la fosse iliaque droite, avec maximum au point de Mac Burney. Il y avait du ballonnement du ventre, mais point de fièvre. Quelques nausées, pas de vomissements. Pas de constipation; parfois, durant les crises, quelques débâcles diarrhéiques. Tous ces troubles firent penser à une appendicite chronique d'emblée.

Au début de mai 1920, nouvelle crise douloureuse, en tous points analogue aux précédentes. L'état général est alors assez mauvais; il y a de l'amaigrissement important, une inappétence à peu près complète. Les selles sont irrégulières, tantôt constipation, tantôt diarrhée. La douleur est maintenant à peu près continue dans la fosse iliaque droite; la palpation de la région appendiculaire l'exagère beaucoup. On ne sent en cette région aucun empatement, aucune masse anormale. Le ventre est toujours légèrement ballonné. Une recherche minutieuse ne permet pas de déceler la moindre quantité d'ascite.

Le diagnostic d'appendicite chronique avec poussées subaiguës est porté et on décide d'intervenir.

Opération le 22 mai 1920. — Incision de Roux. Il s'écoule par la plaie opératoire environ 1 litre à 1 lit. 1/2 de liquide jaunâtre un peu trouble. Les anses grêles, le cæcum sont couverts de granulations tuberculeuses, de même que le péritoine, au moins dans toute l'étendue qu'il fut possible de vérifier par l'incision. Il n'y a aucune adhérence nulle part. L'appendice est libre. Il paraît à peu près normal; il présente seulement deux renflements dus à des coprolithes; il est lui-même recouvert de granulations par endroits véritablement confluentes.

On fait l'appendicectomie. Lavage de la cavité péritonéale à l'éther. Drainage pendant quarante-huit heures.

La douleur à type continu que présentait la malade avant l'intervention dans la fosse iliaque droite alla en s'atténuant très vite.

L'opérée put quitter l'hôpital au quinzième jour, après des suites opératoires tout à fait normales. On lui recommanda une cure de soleil et on institua un traitement tonique général à base d'arsenic.

Depuis lors (la malade a été revue fin mai 1922, deux ans par conséquent après son opération), elle a présenté une grosse amélioration de l'état général. Son appétit est devenu bien meilleur; elle a pris de l'embonpoint. Du côté abdominal, elle présente encore parfois, de loin en loin, quelques légères douleurs, mais très faibles, et nullement comparables à celles d'autrefois.

En résumé, cette malade a présenté pendant plusieurs années des troubles gastro-intestinaux chroniques qu'on n'a pas su rattacher à la cause vraie et qui n'ont même franchement attiré l'attention qu'au moment où ils se sont manifestés par des troubles plus accentués à forme appendiculaire. Et ce fut une très grande surprise opératoire de trouver du liquide, au moins en aussi grande abondance, dans la cavité abdominale et des granulations sur le péritoine et sur les anses intestinales.

L'intervention a donné une amélioration certaine. Si on ne peut parler de guérison, il faut du moins enregistrer que les douleurs sont infiniment plus légères, que la malade a repris de l'embonpoint et des forces, que son état général est transformé.

III

Conditions étiologiques.

Nous n'avons pas à insister sur l'étiologie de la péritonite tuberculeuse aiguë. Nous savons que la cause déterminante en est l'infection du péritoine par le bacille de Koch. Quant aux causes adjuvantes, à celles qui sont considérées comme faisant « le lit de la tuberculose » ou comme pouvant expliquer dans une certaine mesure la localisation au péritoine de l'infection tuberculeuse, ce sont là des notions trop classiques pour que nous croyions devoir les rééditer ici. Au reste, elles ne rentrent pas directement dans notre sujet.

Tout au plus, voulons-nous nous demander si nous retrouvons chez nos 5 malades des raisons communes d'infection. Et d'abord, la question de la bacillose chez les ascendants ou les collatéraux. Dans l'observation I, le père du sujet est mort tuberculeux. Notre troisième malade a vu mourir sa sœur de tuberculose pulmonaire. Pour les 3 autres malades, il est impossible de retrouver la moindre trace de bacillose dans la famille. Il semble donc que si là, comme en matière de tuberculose en général, ce point de vue n'est pas négligeable, il n'a tout de même point une très grosse importance.

Ce qui paraît devoir, *a priori*, avoir une plus grosse importance, c'est l'existence d'antécédents personnels nettement rattachables à la tuberculose. Dans deux cas (Obs. II et III), l'organisme était ou bien altéré d'une manière générale, ou bien portait déjà la marque de l'infection bacillaire. De même, en

feuilletant les observations déjà publiées, on est frappé par ce fait que, le plus souvent, le syndrome que nous étudions s'est présenté chez des individus tarés plus ou moins nettement au point de vue de la bacillose. Assez souvent, en l'absence d'antécédents nets de ce côté, on observe au moins un ensemble de troubles qui, s'il n'est point caractéristique, mérite au moins l'attention; c'est parfois un passé plus ou moins ancien de coliques ou de troubles intestinaux variés, ou des crises de diarrhée venant par intermittence. C'est ce que nous remarquons dans notre observation V.

Mais, il faut bien le dire, dans un certain nombre de cas (Obs. I et IV), les antécédents les plus fouillés au point de vue d'une bacillose antérieure demeurent négatifs; les accidents débutent brutalement, sans que rien dans le passé du malade paraisse s'y rattacher. Nous reviendrons sur ces faits à propos de l'étude clinique et du diagnostic.

Nous dirons peu de chose aussi des conditions étiologiques générales touchant l'âge et le sexe; nos cas ne sont pas assez nombreux pour avoir une grosse signification à ce point de vue. Pourtant, nous dirons que, sur 5 cas, il y a 4 jeunes filles et 1 garçon. Au point de vue de l'âge, nos malades avaient respectivement : 18, 20, 19, 14, 20 ans, et ils rentrent donc à cet égard dans la catégorie la plus nombreuse qui serait, pour la plupart des classiques, celle des malades atteints entre 12 et 25 ans.

Chez les jeunes enfants, la maladie se montre très rare, à peu près pas, s'accordent à dire la plupart des auteurs, au-dessous de 9 ans. Et il est vraisemblable que cela s'explique par ce fait qu'à cet âge les formes limitées de la bacillose aiguë sont rares. Chez eux, l'infection se dissémine avec une énorme facilité et donne lieu rapidement à une granulie généralisée; les phénomènes péritonéaux disparaissent devant la gravité des symptômes généraux.

IV

Anatomie pathologique.

Nous n'allons pas décrire ici en détail les lésions macroscopiques et microscopiques du péritoine et de l'appendice. Il nous suffira de dire que dans nos 5 cas, le chirurgien s'est trouvé en présence de lésions de péritonite tuberculeuse aiguë. A l'ouverture du ventre, il ne s'est écoulé de liquide que dans 2 cas (Obs. IV et V); cependant ce fait est signalé dans presque toutes les observations que nous avons lues. Dans 1 autre cas (Obs. III), il y avait une très minime quantité de liquide ascitique. Ce liquide est signalé comme assez abondant dans plusieurs observations; en moyenne, il atteindrait, quand il existe, la quantité de 200 grammes à 1 litre et même plus. Mais en général, sa quantité ne semble pas dépasser 400 à 500 grammes. Nous verrons au diagnostic tout ce que ces faits comportent d'important.

Il s'agit, en général, d'un liquide citrin, souvent floconneux, séreux, rarement séro-purulent, purulent ou hémorragique. Il est riche en albumine et en fibrine, ce qui le distingue des ascites d'origine purement mécanique. Les bacilles y sont fort rares, à peu près jamais décelables par la recherche directe; et seule l'inoculation parvient à les mettre en évidence avec une certaine constance.

Du côté du péritoine, les lésions se sont montrées dans nos cas ce qu'elles étaient dans les cas analogues antérieurement publiés. La séreuse est criblée de granulations gris blanchâtre,

légèrement saillantes, dures, opaques à leur centre, lenticulaires, confluentes ou disséminées, profondes ou superficielles, souvent entourées d'une zone périgranuleuse, congestionnée, ecchymotique parfois, dépolie. Les granulations représentent des tubercules jeunes, à peu près tous au même stade de crudité, le processus d'ulcération n'étant pas ébauché. Elles sont surtout groupées autour des viscères, des lymphatiques et des vaisseaux. Il y a peu de lésions inflammatoires, pas de fausses membranes; en sorte que le liquide, quand il existe, est libre, la grande cavité péritonéale non cloisonnée.

Au point de vue histologique, ces granulations présentent la structure habituelle des granulations tuberculeuses, amas de cellules rondes ou plus ou moins aplaties, au milieu desquelles on rencontre habituellement une cellule géante.

Quant à l'ensemble de la séreuse, elle peut avoir conservé sa coloration normale, mais, le plus souvent, elle est le siège d'une réaction inflammatoire rouge, plus ou moins violacée, ou même de teinte ecchymotique.

Les ganglions mésentériques sont presque toujours altérés, plus ou moins hypertrophiés. Dans notre observation IV, on a signalé la présence de deux gros ganglions du méso-appendice.

Donc, on voit que toutes ces lésions n'ont rien de spécial à la forme qui nous occupe; ce sont les lésions habituelles de la tuberculose miliaire aiguë du péritoine.

Quel est l'état de l'appendice? — Dans notre premier cas, où il ne put être enlevé, il fut difficile de juger de son état exact, parce que fixé par des adhérences. Dans notre deuxième observation, l'appendice ne présentait à l'œil aucune altération. Il était de volume moyen. Au microscope, il s'agissait d'un appendice chroniquement enflammé, sans trace de lésion tuberculeuse.

Dans notre troisième cas, l'appendice se montrait gros, comme boursofflé, criblé littéralement de granulations blanchâtres, fines, non confluentes. L'examen histologique montra qu'à ces lésions macroscopiques répondaient des altérations nettement

tuberculeuses, en particulier, présence dans le chorion muqueux de nombreuses cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes. En même temps, on constate que des lésions bacillaires existent aussi sur la séreuse, un peu plus discrètes seulement. Il s'agissait donc dans ce cas de lésions appendiculaires graves d'origine manifestement tuberculeuse.

Dans nos deux dernières observations, l'examen histologique n'a malheureusement pas été fait.

Si nous cherchons dans les observations déjà publiées, nous voyons que les plus grandes variantes se retrouvent au point de vue des caractères que présente l'appendice. Les examens histologiques qui ont été faits — et il ne semble pas qu'ils soient très nombreux — montrent que c'est à peu près avec une égale fréquence qu'on trouve ou bien des lésions inflammatoires chroniques, ou bien des lésions nettement tuberculeuses. Nous avons seulement relevé deux cas dans lesquels le microscope ne montre aucune altération d'aucune sorte (Observation de Galliot, in *Archives de médecine des enfants*, 1911, et Observation de Broca).

Nous reviendrons sur l'importance de ces faits au point de vue pathogénique.

Un autre point présente aussi un gros intérêt : quel est, dans le cas qui nous occupe, où la péritonite a simulé exactement une appendicite, le siège du maximum des lésions ? Dans nos cinq cas, il y avait dissémination des granulations à peu près de manière égale, semble-t-il, sur tout le péritoine. Il faut bien avouer, à la vérité, que dans deux cas on fit l'incision de Jalaguier, dans deux autres l'incision de Roux, qui ne permettent pas une exploration bien approfondie de l'abdomen. Cependant, on explora autant qu'on put le faire — et dans le troisième cas, où l'on avait fait une incision médiane sous-ombilicale, on le put beaucoup mieux — et l'on constata une dissémination égale des granulations.

Dans le cas de l'observation I, on constata, en plus, que le cæcum et l'appendice, farcis de granulations, étaient fixés dans

un magna par des adhérences nombreuses, à tel point qu'il fut impossible d'enlever l'appendice.

Certaines observations signalent une particulière efflorescence de granulations au niveau du péritoine pelvien, et surtout, chez la femme, autour des organes génitaux. Dans nos observations, il n'y a rien de semblable; chez notre deuxième malade, les lésions se montrent discrètes vers le bas, vers le péritoine pelvien. Il n'y a rien aux ovaires ni aux trompes. Ces lésions paraissent plutôt un peu plus accentuées vers l'étage supérieur de l'abdomen. Chez la troisième malade, il y a bien quelques granulations disséminées sur les trompes, mais les ovaires paraissent à peu près sains et on peut dire au moins que les lésions ne paraissent pas plus accentuées là qu'ailleurs. Il en est de même dans nos deux autres observations, les lésions sont disséminées quasi également partout.

Donc, pour nous résumer, dans nos cinq cas, dissémination à peu près égale des granulations sur toute la surface péritonéale. Dans un de ces cas seulement, adhérences nombreuses dans la fosse iliaque droite autour du cæcum et de l'appendice. Un peu de liquide dans deux cas; liquide assez abondant dans un troisième (Obs. V). Quant à l'appendice, qui a été enlevé quatre fois, il présentait dans un cas des lésions avancées et évidentes de tuberculose; dans un autre, seulement des lésions d'inflammation chronique banale. Dans les deux autres, l'examen histologique n'a pas été fait, mais il paraissait peu atteint. Nous ne parlerons pas ici, au chapitre de l'anatomie pathologique, des autres lésions bacillaires souvent associées aux lésions péritonéales. Nous ne commentons que des résultats d'interventions et non point d'autopsies. Nous signalons seulement la coexistence fréquente de lésions pleurales, conformément à la loi de Godelier, et de lésions pulmonaires plus ou moins accentuées.

V

Pathogénie.

Nous n'avons pas à rééditer ici les théories pathogéniques que l'on rencontre partout au sujet des voies d'arrivée du bacille de Koch au niveau du péritoine et de l'appendice.

La question qui nous intéresse ici au plus haut point est la suivante :

Comment se fait-il qu'une affection généralisée du péritoine entraîne une pareille localisation des symptômes douloureux et des phénomènes de réaction locale, en une région aussi limitée, uniquement dans la fosse iliaque droite ?

La première idée qui vient à l'esprit, c'est que, sans doute, se trouve en cette région le maximum des lésions. Mais à l'examiner de près, cet argument ne paraît déjà pas très convaincant, car on ne comprend guère pourquoi des lésions de même nature quoique moins importantes n'entraîneraient pas des phénomènes, peut-être moins nets, mais analogues, dans tous les points où elles siègent, pourquoi, en un mot, l'on n'observe souvent pas la moindre douleur ni réaction en des points où l'on découvre pourtant des lésions fort nettes et assez accentuées. D'autre part, argument plus décisif, nous avons vu déjà que dans tous nos cas, sauf 1 (Obs. I), il ne pouvait être question d'une prédominance des lésions dans la fosse iliaque droite, il n'y avait là rien de plus qu'ailleurs. Et cela a été noté déjà dans plusieurs observations antérieures.

Nous pouvons alors nous demander si la symptomatologie

proprement appendiculaire ne serait pas la traduction d'un processus d'appendicite d'origine banale ou d'origine bacillaire évoluant de pair avec le processus de tuberculisation aiguë du péritoine ?

Envisageons d'abord la première hypothèse. Il est évident qu'un tuberculeux, et même un sujet atteint de tuberculose du péritoine, a le droit de faire une appendicite aiguë par infection banale. Ce fait est incontestable, et on en a donné quelques exemples. Dans 1 de nos cas même (Obs. II), l'appendice, qui ne portait pas de traces de lésions tuberculeuses, avait en revanche des lésions d'inflammation chronique qui pourraient peut-être expliquer la crise appendiculaire. Nous serions donc ramené à une simple coexistence d'appendicite banale et de péritonite tuberculeuse aiguë. Mais nous pensons que les faits de cet ordre sont très rares. D'ailleurs, on ne saurait conclure, chaque fois que l'on observe de pareilles lésions d'inflammation chronique, que ce sont elles qui ont déchaîné la crise ; elles sont souvent très anciennes, et la crise toute récente.

La plupart du temps, ou bien on ne trouve aucune lésion de l'appendice, ou bien on trouve des lésions purement bacillaires de ses parois. Et ici se pose maintenant cette question : la tuberculose à elle seule suffit-elle pour donner le syndrome appendicite, ou bien ce dernier nécessite-t-il l'intervention d'infections associées ? Il faut encore distinguer ici les lésions superficielles de l'appendice, les granulations semées sur sa séreuse et les lésions profondes, pariétales, d'inflammation aiguë ou chronique. Dans le cas de lésions uniquement superficielles, il est permis de se demander si, ces lésions suffisent à créer un syndrome appendiculaire. Peut-être, pour l'expliquer, a-t-on le droit d'invoquer ici une théorie qui a été émise à propos de l'appendicite banale : la théorie de l'origine purement péritonéale de la douleur et de certains symptômes appendiculaires. Tripiet et Paviot ont les premiers, croyons-nous, insisté sur ce fait. L'appendicite est toujours une péritonite. C'en est une jusque dans ses formes fugaces, légères. La colique appendiculaire semble bien plutôt l'expression d'une atteinte péritonéale

que du cheminement difficile d'un calcul ou de toute autre cause proprement appendiculaire et en particulier de l'inflammation plus ou moins aiguë de ses parois. Et ceci, soit dit en passant, nous aide à comprendre pourquoi l'on découvre assez souvent à l'intervention de ces appendices dont l'aspect extérieur est normal, dont la séreuse apparaît intacte, et qui, contenant un véritable petit abcès dans leur intérieur, n'ont donné lieu qu'à des crises douloureuses tout à fait insignifiantes et parfois à aucune espèce de crise, d'où absence complète de parallélisme entre les symptômes observés et l'altération de l'appendice.

Nous pourrions donc concevoir comment la tuberculisation du péritoine appendiculaire pourrait amener, du fait des granulations spécifiques et des réactions inflammatoires constantes de la séreuse autour d'elles, une réaction douloureuse de l'appendice.

Dans le cas où l'on trouve des lésions tuberculeuses de l'appendice lui-même, on peut encore se demander si les lésions bacillaires sont suffisantes à elles seules pour donner naissance à un syndrome appendiculaire ? Dans la tuberculose appendiculaire coexistant avec des lésions du cæcum et du péritoine, il n'y a, en général, aucune manifestation clinique spéciale. Cette bacilliose appendiculaire ne modifie en rien le tableau clinique. Cependant, dans certains cas, les lésions appendiculaires cessent d'être silencieuses et se manifestent par les signes d'une crise appendiculaire ; cette dernière, par la prédominance de ses symptômes, occupe le premier plan de la scène.

Et pourtant, la tuberculose de l'appendice est très souvent cliniquement latente ; chez beaucoup de tuberculeux qui meurent sans que jamais l'attention ait été attirée du côté de l'appendice, on décèle à l'autopsie des lésions bacillaires parfois très importantes et d'apparence ancienne de l'appendice. Pourquoi donc certains appendices tuberculeux, et non point tous, provoquent-ils des douleurs, de la fièvre, des réactions péritonéales ?

Plusieurs explications ont été proposées.

Letulle a soutenu que la tuberculose faisait « le lit de l'appen-

dicite ». Grâce aux ulcérations muqueuses qu'elle crée très précocement, elle donne une voie d'accès aux microbes de l'intestin et surtout au coli-bacille. Ces phénomènes aigus, qui accompagnent parfois la tuberculose appendiculaire, ne sont pas dus au bacille de Koch lui-même, mais aux infections associées. Il y a appendicite vulgaire développée sur un appendice tuberculeux. Si les lésions d'inflammation banale et les crises appendiculaires qui en dépendent ne sont pas plus fréquentes dans la tuberculose de l'appendice, c'est que le développement du bacille de Koch semble gêner le développement des autres microbes, comme s'il y avait entre eux un véritable antagonisme.

D'après d'autres auteurs, le bacille de Koch pourrait à lui seul, sans aucune infection associée, donner des manifestations aiguës au niveau de l'appendice, comme il en donne ailleurs, en d'autres organes. Mais ce rôle ne paraît pas admis par tous.

Enfin, depuis les travaux de Poncet et Leriche et leur conception de la tuberculose inflammatoire, le bacille de Koch peut être rendu responsable de lésions inflammatoires aiguës spécifiques.

On pourrait encore admettre que, dans certains cas, la tunique séreuse est plus ou moins altérée et entraîne une réaction plus ou moins vive du côté du péritoine.

En se plaçant à un tout autre point de vue, on a pu dire qu'on faisait parfois le diagnostic d'appendicite parce que, pour peu que la douleur se montrât un peu plus accentuée du côté droit du ventre, c'est à l'appendicite que l'on pense surtout, comme étant de beaucoup l'affection la plus fréquente. Cela est peut-être vrai dans un certain nombre de cas, mais point dans tous. Et dans les cas que nous rapportons en particulier, le syndrome appendiculaire apparaissait dans toute sa netteté, sans qu'il y eût le moindre signe permettant de se méfier de lésions dans le reste de l'abdomen.

On peut se demander encore quel est l'ordre d'apparition des lésions. Quelle est la lésion initiale, celle de l'appendice ou

celle du péritoine? Il nous paraît difficile de répondre à cette question de manière précise. Si l'on admet que dans certains cas la crise appendiculaire est uniquement déclanchée par la localisation au niveau de la séreuse appendiculaire des granulations tuberculeuses que l'on trouve dans tout le ventre, on peut penser que cette crise est contemporaine d'une poussée aiguë du côté du péritoine. Si l'on admet — ce qui semble certain dans de nombreux cas — que les lésions d'inflammation banale ou spécifique de l'appendice sont prépondérantes dans la détermination des accidents, on peut croire qu'il n'y a aucun parallélisme entre leur évolution et celle de la bacilliose péritonéale. Et un fait viendrait à l'appui de cette manière de voir, c'est qu'on a trouvé parfois, en intervenant peu de temps après une première crise aiguë à allure appendiculaire, des lésions manifestement déjà anciennes de tuberculose péritonéale. On voit mal dans ces cas pourquoi la crise aiguë ne se serait pas déclanchée plus tôt, au moment de la première poussée de granulie péritonéale.

Un dernier point : l'appendice, avec ses lésions propres ou les lésions de sa séreuse, est-il seul en cause dans la production de la crise douloureuse et ne faut-il pas incriminer aussi les lésions cæcales et péricæcales? Nous ne voulons pas parler, bien entendu, de la bacilliose iléo-cæcale proprement dite, mais seulement des cas où le cæcum et la fin de l'iléon sont recouverts, comme le reste de l'intestin, d'un semis de granulations. Il est possible que dans ces cas, les lésions iléo-cæcales donnent réellement lieu à des signes qui ressemblent à ceux de l'appendicite. Il semble bien malaisé de trancher la question.

Pour résumer en quelques mots toutes ces considérations, nous dirons donc qu'on peut essayer d'expliquer ces manifestations cliniques appendiculaires ou mieux ce syndrome de la fosse iliaque droite ou bien par la prédominance des lésions dans cette région (en particulier, lésions plus ou moins accentuées de tuberculose iléo-cæcale, brides fibreuses plus ou moins récentes, etc.), ou bien quand cette prédominance des lésions fait nettement défaut, par la coexistence de lésions d'inflamma-

tion tuberculeuse de l'appendice. Dans les cas enfin où l'appendice lui-même est sain — macroscopiquement et histologiquement — et où la séreuse qui le recouvre porte, comme le reste du péritoine, des granulations tuberculeuses, on peut invoquer comme cause des réactions appendiculaires, sinon la présence elle-même de ces granulations, du moins la réaction inflammatoire qui se fait au niveau de la séreuse autour d'elles.

VI

Étude clinique.

Si nous voulions, d'après nos cinq observations, essayer de dresser un tableau clinique du syndrome dont nous nous occupons, nous aurions purement et simplement à décrire une crise aiguë d'appendicite avec tout son cortège symptomatique. Nos cinq malades ont, en effet, présenté à peu près tous les signes d'une appendicite. Pour le montrer, nous croyons qu'il n'y a pas mieux à faire que de reprendre les principaux signes qu'ils ont présentés avec leurs caractères. Nous ne ferons ici qu'une revue assez rapide de ces signes, nous réservant d'étudier au diagnostic leur importance et leur valeur.

Le début s'est montré toujours brusque, brutal même parfois. Dans le premier cas, c'est en pleine nuit, le malade étant endormi, que la crise éclate, d'emblée très aiguë. Dans l'observation IV, c'est encore plus brutalement que s'est fait le début, en vrai coup de poignard. Or, c'est dans ces deux cas que vraiment le syndrome appendiculaire est venu troubler une santé en apparence parfaite. Dans les trois autres cas, où il y avait déjà antérieurement des troubles de la santé générale (Obs. II et III), ou bien des troubles gastro-intestinaux (Obs. V), le début de la crise a été un peu moins brutal.

Les douleurs et les vomissements ou les nausées ouvrent la scène. Ici, rien de spécial; dans toutes nos observations, ces symptômes se sont montrés exactement ce qu'ils sont au cours d'une crise aiguë d'appendicite, la douleur a été toujours pré-

dominante nettement à droite et spontanément et à l'exploration clinique ; très nettement limitée à la zone de Mac Burney dans quatre cas, un peu plus diffusée peut-être dans le cinquième. Au point de vue des renseignements fournis par la palpation de la fosse iliaque droite, nous croyons qu'il est nécessaire d'établir une division :

Dans un premier groupe, les symptômes, au moment de la crise, sont ceux d'une péritonite aiguë plus ou moins généralisée, sans localisation dans la fosse iliaque droite autre que la prédominance de la douleur spontanée et provoquée. C'est ce qui arriva dans trois de nos cas (Obs. II, III, V). Le malade ressent soudainement une forte douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Il a des nausées ou des vomissements plus ou moins abondants et répétés. Il a de la fièvre souvent élevée, $38^{\circ}4$ à $39^{\circ}5$, de la céphalée. Son facies est plus ou moins grippé, et cela dès les premières heures. Le pouls est assez souvent petit ; en général, quoique rapide, il n'y a pas de dissociation importante avec la température. L'état général est grave d'emblée. Si on examine le malade et qu'on vienne à explorer son abdomen, on ne trouve rien d'anormal du côté où siège la douleur, c'est-à-dire à droite, si ce n'est que cette douleur est exaspérée par la pression ; mais il n'y a absolument pas d'empatement, pas même souvent de matité ou de diminution de la sonorité à ce niveau.

Cette forme, que nous retrouvons trois fois sur cinq cas, a paru aux différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet de beaucoup la plus rare ; elle serait pour eux tout à fait exceptionnelle.

Dans un deuxième groupe de faits, les symptômes sont encore ceux d'une péritonite aiguë plus ou moins généralisée, mais cette fois on trouve, en plus des signes douloureux, quelque chose d'anormal au niveau de la fosse iliaque droite. Tantôt il s'agit d'une simple diminution de sonorité ou d'une zone de matité de dimensions variables, tantôt on découvre par la palpation une masse plus ou moins importante, de volume très variable, ou bien seulement un empatement plus ou moins diffus de la région. Il y a donc cette fois, en plus des signes

douloureux prédominants de la fosse iliaque droite, des signes physiques évidents qui viennent encore renforcer l'opinion qu'on a affaire à des accidents appendiculaires.

L'ascite, qui a été recherchée dans tous nos cas, n'a été décelée cliniquement dans aucun. Et pourtant, elle existait dans trois cas, et une fois elle atteignait au moins 1 lit. 1/2.

Le ballonnement du ventre est signalé dans trois observations (Obs. II, IV, V).

Nous notons parmi les troubles intestinaux un signe qui apparaît toutes les fois et qui, de ce fait, prend à nos yeux une assez grande valeur : c'est la diarrhée. Diarrhée à caractères variables comme durée, intensité, répétition. Assez souvent, il y a alternance avec la constipation. Nous n'y insistons pas davantage ici. Nous chercherons à propos du diagnostic à apprécier la valeur de ce signe.

Les signes généraux se sont montrés dans nos différents cas assez variables ; ils se sont pliés, adaptés pourrait-on dire, à l'intensité des réactions locales. En général, la fièvre a été assez élevée d'emblée (38°4 à 39°5). Elle manqua seulement dans un cas (Obs. V). Le pouls s'est montré accéléré dans tous les cas, mais en général bien frappé, régulier. Jamais nous n'avons relevé de dissociation nette avec la température, et même dans l'observation IV, où on guettait pour ainsi dire l'apparition de ce signe, parce qu'on redoutait une perforation appendiculaire, il ne s'est pas produit. Cependant, plusieurs auteurs insistent sur la fréquence de cette dissociation en pareil cas.

Un autre signe tiré de l'état général s'est montré constant : c'est l'amaigrissement. Peu marqué dans les cas des observations I et IV, et peut être là seulement en relation avec la dénutrition liée à la crise elle-même et à la diète imposée, il s'est montré très accentué dans les autres cas.

La répétition des crises douloureuses s'est montrée de fréquence très variable ; nombreuses dans les observations II, III et V, on n'en a observé que deux dans l'observation I et une seule dans l'observation IV. Il est vrai que cela tient, en partie

sans doute, à ce que, dans ces derniers cas, l'intensité même des crises a amené plus vite le malade au chirurgien.

Signalons encore ce fait, c'est que chez le premier groupe (Obs. II, III, V), les malades n'ont à peu près jamais cessé de « sentir leur ventre » dans l'intervalle des crises. Chez le malade de l'observation I, il y a eu intervalle libre absolu entre les deux crises.

Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte de la manière dont se sont groupés les différents signes dans nos cas, nous voyons qu'ils ont formé des ensembles symptomatiques assez variés et dont chacun paraît véritablement calqué sur une des formes cliniques bien connues de l'appendicite. C'est ainsi que dans deux de nos cas (Obs. I et IV), la maladie a pris le masque symptomatique et évolutif de l'appendicite aiguë. Dans le cas de l'observation IV même, l'allure parut dans le début suraiguë, avec des signes permettant de songer à la perforation de l'appendice et à un début de péritonite aiguë généralisée, mais la crise tourna court rapidement. Dans l'observation II aussi, l'allure clinique s'est rapprochée de la forme d'appendicite aiguë à répétition, mais l'allure a été moins aiguë peut-être; les crises, fréquentes, ont, pour la plupart, été moins violentes. Enfin, nos cas des observations III et V peuvent être rapprochés de la forme d'appendicite chronique avec poussées subaiguës.

Donc, *en résumé*, dans nos 5 observations, où il s'agissait chaque fois au point de vue anatomique de lésions de péritonite miliaire, nous avons assisté à l'évolution d'un syndrome qui simulait en tous points l'appendicite, dans ses trois formes cliniques suraiguë, aiguë et chronique.

Dans deux de nos cas (Obs. I et IV), les symptômes ont été ceux d'une péritonite localisée donnant lieu à une sensation d'empatement dans la fosse iliaque droite. Dans les autres cas, il n'y a eu d'empatement nulle part, et seulement la localisation très nette de la douleur à droite.

VII

Diagnostic.

« Le diagnostic des affections abdominales, avec ses causes d'erreur toujours nouvelles, est resté malgré les efforts de tous les temps une des plus grandes difficultés de la clinique. »

C'est bien ici le lieu de rappeler cette phrase quasi classique. Il n'est point de chirurgien, sans doute, à qui la péritonite tuberculeuse n'ait réservé, un jour ou l'autre, une grosse surprise opératoire. Et dans les 5 observations que nous rapportons, il faut bien avouer que la méprise a été commise chaque fois.

Nous devons pourtant nous demander si, dans certains cas au moins, ce diagnostic est possible entre la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite et cette dernière affection. Existe-t-il des signes, sinon de certitude, au moins de présomption, en faveur de la tuberculose du péritoine?

Les avis des auteurs diffèrent assez sur ce point, et cela se conçoit d'ailleurs assez mal, car presque tous les cas que nous avons retrouvés dans la littérature médicale se signalent par une erreur de diagnostic. Broca déclarait à la Société de chirurgie (séance du 30 novembre 1898) : « L'erreur, sans doute, peut être évitée assez souvent quand on a l'habitude de l'appendicite. »

Moizard, dans son article du *Journal des praticiens* (1900), affirme qu'il est souvent possible, sinon de porter un diagnostic ferme, tout au moins de faire de sérieuses réserves. Tout de même, à la fin de son article, il ajoute : « Quand tous les symp-

tômes de l'appendicite se trouvent réunis, l'erreur est inévitable, l'analyse la plus fine, la plus minutieuse des symptômes, ne peut la conjurer. Dans l'un et l'autre cas, le tableau est identique. » C'est aussi l'avis de Lejars qui déclare, le 7 décembre 1898, à la Société de chirurgie : « Les analogies cliniques sont si étroites parfois entre appendicite aiguë et péritonite tuberculeuse que le diagnostic est pratiquement impossible. »

Guillemare, dans sa thèse, conclut ainsi : « Nous nous croyons donc autorisé à pouvoir dire qu'il existe certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë où le diagnostic est impossible avec nos moyens ordinaires. La laparotomie exploratrice seule permet de le faire. »

Choffardet, dans sa thèse, se montre beaucoup plus optimiste et il affirme que le diagnostic est le plus souvent possible, mais il n'apporte guère d'argument bien probant à l'appui de cette idée.

Nous pensons, quant à nous, que la question ne saurait être résolue d'une manière aussi brutale.

Nous allons essayer d'analyser les symptômes qui se sont présentés à nous chez nos cinq malades et de voir ce que nous pouvons en conclure pour ou contre la possibilité d'un diagnostic exact.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires ou collatéraux ont évidemment une certaine importance ici, comme en matière de bacilliose en général; dans le cas de l'observation I, nous notons le père mort tuberculeux; dans le cas de l'observation III, une sœur morte tuberculeuse. Dans les autres, rien.

La question des antécédents personnels a une bien plus grande importance. Il est certain que des signes de bacilliose plus ou moins ancienne devront « faire ouvrir l'œil ».

Dans le cas de l'observation II, nous relevons une pleurésie, au cours de laquelle d'ailleurs ont commencé à paraître les premiers troubles douloureux abdominaux. La pleurésie avec épanchement se retrouve très fréquemment dans les antécédents personnels des malades atteints de péritonite aiguë tuberculeuse; nous l'avons retrouvée dans un tiers des cas qui ont été

publiés. C'est donc un signe qui a son importance, qui mérite d'être noté, mais qui, bien entendu, ne suffit point, quand on le trouve, à entraîner la conviction. Comme la plupart des signes cliniques dont nous allons parler maintenant, il peut éveiller l'attention, faire penser à la bacillose, mais c'est tout. Un tuberculeux, même avéré, a le droit de faire des accidents appendiculaires aigus par infection banale : le fait a été démontré.

Dans le cas de l'observation III, on relève des bronchites très fréquentes, des rhumes prolongés tous les hivers. Notre cinquième malade a bien eu ce qu'elle appelle « la grippe » en 1918. Se serait-il agi de phénomènes sous la dépendance d'une bacillose pleuro-pulmonaire ? Il ne le semble pas, en raison de l'évolution ; mais une réserve peut être faite.

Nous n'avons retrouvé que chez une malade (Obs. V) des troubles gastro-intestinaux, d'ailleurs mal définis, et consistant en des crises douloureuses plus ou moins nettes et en des crises diarrhéiques alternant avec de la constipation.

En résumé, si chez trois de nos malades nous trouvons quelques vagues troubles gastro-intestinaux ou quelques antécédents pulmonaires, chez les deux autres, le début s'est fait en pleine santé apparente, sans que rien dans leur passé permette de s'orienter vers l'idée d'une bacillose possible.

Le mode de début de la crise douloureuse présente-t-il dans nos cas quelques caractères un peu particuliers ? Vraiment pas. On peut dire qu'il a été dans chaque cas ce qu'il est d'ordinaire dans les crises d'appendicite d'acuité analogue : brutal dans les cas des observations I et IV, très rapide dans les cas des observations II et III, moins franc dans le cas de l'observation V (type appendicite chronique d'emblée avec crises subaiguës).

La douleur n'a guère présenté non plus de caractères qui la distinguent de celle de l'appendicite. Certains auteurs ont prétendu qu'elle était moins violente, moins brutale, et aussi plus diffusée, moins localisée au point de Mac Burney. Dans nos observations, nous n'avons point retrouvé ces caractères ; la douleur, à la fois spontanée et provoquée par la pression, était

toujours très nettement prédominante dans la région de Mac Burney.

Dans les cas des observations I et IV, en particulier, elle s'est montrée aussi violente et brutale que dans n'importe quelle crise appendiculaire. Dans un cas seulement (Obs. V), elle était un peu diffusée. L'hyperesthésie cutanée est signalée une fois, très nette. La défense musculaire se retrouvait dans tous les cas, à des degrés divers.

La même division est à faire ici que pour l'étude clinique : en cas où il existe une tuméfaction ou un empatement quelconque dans la fosse iliaque droite, et cas où il n'y a absolument rien que la prédominance de la douleur et spontanée et provoquée. Si on trouve un plastron ou un empatement quelconque à droite et qu'on ne trouve rien dans le reste du ventre, cela vient renforcer puissamment l'idée d'une appendicite (Obs. I et IV). Si on ne trouve rien à droite qu'un maximum très net de la douleur, mais qu'on ne trouve rien non plus ailleurs, ce qui était le cas dans nos observations II, III et V, c'est encore l'idée d'une appendicite qui domine.

La recherche de la sonorité comparée des deux fosses iliaques recherchée chez les trois premiers malades a montré une légère diminution de la sonorité à droite, comme cela se retrouve généralement dans l'appendicite.

Les signes généraux eux-mêmes ne sont pas d'un grand secours au point de vue du diagnostic. On a dit que dans la péritonite aiguë tuberculeuse, la fièvre était moins élevée; or dans le cas de l'observation I, nous notons au début de la crise 39 degrés. Dans le cas de l'observation IV, 38°. Dans le cas de l'observation II, 39 degrés. La durée de la période fébrile s'est montrée aussi ce qu'elle est habituellement dans les crises appendiculaires vraies d'allure semblable.

Évidemment, la persistance d'une fièvre atténuée, dans l'intervalle des crises, pourrait avoir une certaine valeur. Mais dans deux cas au moins (Obs. I et IV) on ne l'a point observée.

Les caractères du pouls ne nous paraissent non plus d'aucune valeur. Il s'est montré toujours accéléré, à peu près parallèle à

l'ascension thermique. Dans un cas cependant, où on pouvait penser à un syndrome de perforation appendiculaire, ses caractères de régularité, de plénitude ont fait pencher, à juste titre, dans le sens de l'expectative thérapeutique. Nous n'avons jamais constaté de dissociation.

Les troubles gastriques au cours des crises douloureuses ne présentent pas non plus de caractères propres. Nausées et vomissements se sont rencontrés comme d'ordinaire dans les crises d'appendicite de sévérité égale.

Un signe plus important consiste, croyons-nous, en la diarrhée. La diarrhée, au cours de la crise et dès les premières heures, répétée à peu près à chaque crise, s'est montrée symptôme fidèle dans quatre de nos observations. Elle ne manque que chez le malade qui a présenté le syndrome du coup de poignard abdominal. Elle est un peu variable dans son intensité : d'ordinaire, quatre à six selles par jour pendant quelques jours, quatre, cinq ou six jours. Elle est parfois suivie d'une période égale de constipation et survient à nouveau ou bien est suivie de selles normales. Cette fréquence qui nous paraît très grande de la diarrhée au cours même de la crise aiguë nous paraît constituer un des signes cliniques les plus importants en faveur de la bacillose du péritoine. Nous savons bien que la constipation n'est pas absolument constante au cours des crises d'appendicite aiguë. Mais nous ne croyons cependant pas pouvoir souscrire aux affirmations de Bérard et Vignard qui, dans leur récent *Traité de l'appendicite*, à propos de l'appendicite aiguë, écrivent : « Il s'en faut que la constipation y figure seule (dans la crise appendiculaire) ou même y tienne la principale place. Combien fréquemment elle est encadrée entre des crises de diarrhée, avec lesquelles elle alterne. » Nous croyons que ces faits demeurent au contraire assez exceptionnels et que la présence de la diarrhée est un signe à mettre en valeur au point de vue de la possibilité d'une bacillose du péritoine.

Un signe sur lequel a insisté Lejars à propos du diagnostic de l'appendicite tuberculeuse avec l'appendicite aiguë banale, c'est le ballonnement du ventre, hors de proportion avec les

autres éléments de la crise, ballonnement qui persisterait après la résolution de cette dernière. Nous avons retrouvé ce signe assez net deux fois (Obs. IV et V). Il est donc possible de lui attribuer aussi, dans les cas qui nous occupent, une certaine valeur quand on le constate; mais son absence, bien entendu, n'a aucune signification.

Bien entendu, la constatation chez un malade de lésions tuberculeuses avérées, déjà évoluées ou en activité, et en particulier de lésions pleuro-pulmonaires, constituera encore un argument de probabilité en faveur de la bacilliose péritonéale ou tout au moins un argument de défiance à l'égard d'une appendicite.

Nous voudrions maintenant insister sur des recherches d'ordre clinique ou de laboratoire qui nous semblent susceptibles d'éclairer, au moins dans un certain nombre de cas, le diagnostic. Nous devons convenir que hormis la première de ces investigations, les autres n'ont point été pratiquées chez nos malades. Nous croyons cependant que dans les cas difficiles, elles seraient susceptibles d'être d'un précieux secours.

Nous voulons d'abord parler de la recherche de l'ascite. Celle-ci prendrait, aux yeux de Lejars (*Semaine médicale*, 9 novembre 1910), une grosse importance. « Fût-elle, dit-il, de médiocre abondance, si elle est bien démontrable, et que, de plus, elle soit permanente, elle devra éveiller l'idée de tuberculose, et parfois elle autorisera un diagnostic ferme. » Il serait d'abord important de savoir avec quelle fréquence, dans les péritonites aiguës tuberculeuses, on rencontre, dès les premiers jours, un épanchement ascitique. Ce point est assez mal précisé chez les classiques; d'ailleurs, les faits signalés sont encore assez peu nombreux. Si nous nous en référons à nos malades, nous voyons que dans trois cas (Obs. III, IV et V) il y avait, à l'ouverture du ventre, de l'ascite, peu abondante dans les deux premiers cas, abondante dans le dernier. Mais, chose importante, cette ascite a passé inaperçue cliniquement dans tous les cas, même dans celui où elle atteignait un litre et demi;

il est vrai que dans ce cas le météorisme assez important gênait dans cette recherche.

Mais nous pensons que l'existence bien démontrée d'une ascite doit être un gros, très gros argument en faveur de la péritonite bacillaire, et cela parce que, pratiquement, on ne la rencontre pas dans l'appendicite aiguë banale, ou du moins on ne rencontre pas dans ce cas d'ascite cliniquement appréciable. Nous savons bien que Lejars (*Semaine médicale*, 1904) a publié un article dans lequel, à la suite de Moskowicz, de Vienne, il signalait l'existence dans certains cas d'un épanchement liquide, abondant et libre dans l'abdomen, comme signe précoce dans l'appendicite aiguë banale : ce serait une sorte d'ascite aiguë. Ce liquide serait le produit de la sécrétion de la séreuse se défendant contre une infection massive, généralisée de tout l'abdomen. C'est ce liquide qui, se troublant rapidement, deviendrait très vite le bouillon sale de la péritonite généralisée appendiculaire. Mais la présence de ce signe ne paraît un peu fréquente que dans les péritonites graves, généralisées, et coexiste avec les plus graves lésions de l'appendice; par conséquent, l'hésitation ne serait permise que dans les formes cliniques où la péritonite tuberculeuse prend le masque de cette appendicite perforante, c'est-à-dire assez rarement.

Assez récemment aussi, Armand Delille (*Presse médicale*, 1913, p. 397) cite quelques observations de péritonite tuberculeuse aiguë à début brusque, dans lesquelles on notait à l'intervention des granulations tuberculeuses disséminées dans tout le ventre, mais il n'y avait pas trace d'ascite. Et il attire l'attention sur cette absence d'épanchement. Mais ce fait seul montre qu'il considère lui-même les faits qu'il cite comme une exception.

Nous croyons donc, en définitive, que la constatation d'une ascite garde une grande valeur. Mais la difficulté consiste maintenant à déceler cette ascite, qui est souvent peu importante. Et deux raisons viennent encore rendre cette recherche plus difficile : c'est d'abord la présence fréquente d'un météorisme plus ou moins important, et, d'autre part, le fait qu'il convient

d'être sobre d'explorations trop étendues au début de l'appendicite.

Il faut bien savoir que la distension intestinale peut masquer un épanchement d'un litre et parfois plus (jusqu'à 5 litres dans un cas de Peyre). Celui-ci, dans sa thèse (Bordeaux, 1908-1909), inspirée par le professeur Chavannaz, décrit un procédé permettant de déceler plus facilement que par les procédés classiques une petite quantité d'ascite. Ce procédé consiste à mettre le malade d'abord en position de Trendelenburg inversée, ce qui a pour but de créer, s'il y a de l'ascite, une zone de matité sus-pubienne.

Après constatation de cette matité, on met le sujet en position de Trendelenburg directe (à 20 degrés environ) et on constate alors la disparition de la matité sus-pubienne. Ce procédé s'est montré beaucoup plus sensible que tous les autres; on peut ainsi déceler un épanchement libre de 250 à 300 grammes. Peyre, dans sa thèse, cite 8 observations cliniques des plus typiques dans lesquelles l'ascite ne pouvait être décelée ni par la palpation ni par les procédés ordinaires de la percussion; une percussion attentive montrait bien l'existence d'une zone de matité sus-pubienne, mais elle subsistait dans le décubitus latéral. Par la position de Trendelenburg, au contraire, et seulement dans cette position, elle était remplacée par de la sonorité. Nous pensons donc que nous avons là un excellent procédé permettant de mettre en évidence de petits épanchements libres dans la cavité abdominale. Évidemment, il n'échappe pas au reproche que nous faisons tout à l'heure à ces divers procédés de recherche d'être parfois un peu dangereux dans les cas où on redoute une lésion appendiculaire très aiguë, et nous pensons que, dans ces cas, il vaut mieux s'abstenir. Chez la femme, le toucher vaginal peut rendre des services pour cette recherche. La motilité anormale du col, la saillie des culs-de-sac ont une grande valeur diagnostique; mais on ne trouvera guère ces signes bien nets dans les petits épanchements.

Existe-t-il d'autres procédés de recherche de cette ascite? Dans ces derniers temps, on s'est adressé à la radioscopie. Chez

les enfants surtout, ce procédé a été mis en œuvre pour déceler des épanchements ascitiques peu importants et qui échappaient absolument à la recherche clinique. Nous n'avons trouvé aucun document concernant cette recherche chez l'adulte.

Mais la radiologie et surtout la radioscopie ne pourraient-elles point nous venir en aide autrement, en nous permettant d'écarter ou au contraire d'affirmer le diagnostic d'appendicite chronique ? Ces temps derniers, on s'est beaucoup occupé de cette question. Nous n'avons sur ce point aucune expérience personnelle et nous voulons seulement résumer en quelques mots les points qui semblent à peu près acquis actuellement.

La visibilité de l'appendice n'est pas un signe d'appendicite chronique, car l'appendice est visible chez tous les sujets même non suspects d'appendicite 87 fois sur 100. Seuls seraient invisibles les appendices rétro-cæcaux, et leur ombre, même de profil, ne peut être dissociée de celle du cæcum. La question du remplissage de l'appendice est d'ailleurs très discutée ; pour certains, l'appendice normal se remplirait en même temps que le cæcum et l'imperméabilité de l'appendice serait un signe radiologique d'appendicite chronique. Pour la plupart des auteurs, l'absence d'image appendiculaire ne permet de conclure ni à des lésions ni à l'intégrité de l'appendice.

Jaisson (*Journal de radiologie*, juin 1921) prétend que dans l'appendicite chronique, on trouve des inégalités de remplissage, des coudures, des vacuoles, et dans certains cas une immobilité ou au contraire une hypermobilité avec contractions visibles à l'écran. La douleur à la pression, à la base et le long de la projection de l'appendice est un signe de grande valeur.

Pour de Martel et Antoine (*Les fausses appendicites*, 1922), le point douloureux nettement localisé au niveau de l'appendice et la fixité cæco-appendiculaire paraissent, à l'heure actuelle, les meilleurs signes radiologiques de l'appendicite.

Nous pouvons, croyons-nous, conclure de tout cela que ce moyen d'exploration risque de demeurer, longtemps au moins, si imparfait et si aléatoire que nous doutons qu'on puisse fonder

sur lui une opinion clinique et une détermination thérapeutique précises.

Ajoutons que c'est encore là un procédé peu recommandable chez un individu en crise.

Restent les renseignements que pourrait nous fournir le laboratoire et qui ne sont point négligeables.

Nous n'insisterons pas sur les différents moyens de laboratoire employés jusqu'ici à la recherche de la tuberculose chez les individus, en particulier, les différentes réactions à la tuberculine (cuti, sous-cuti, intradermo, ophtalmo-réaction), la méthode de Besredka, la séro-réaction d'Arloing et Courmont. Nous n'avons pas à discuter ici leur valeur; nous pensons qu'elles peuvent, surtout les deux dernières, apporter un appoint au diagnostic, une présomption de plus pour ou contre l'idée d'une bacilliose, mais c'est tout. Et encore devons-nous répéter ici que ces différentes épreuves, si elles sont positives, peuvent au plus prouver une chose, c'est que l'individu examiné est porteur d'un foyer plus ou moins latent de tuberculose, mais non point que ce foyer se trouve précisément au niveau du péritoine et point ailleurs. Un sujet plus ou moins tuberculisé au niveau de ses poumons ou de ses ganglions peut bien faire une appendicite, ou tuberculeuse ou même aiguë; la positivité de ses réactions ne fera donc pas faire un pas à notre diagnostic.

Une autre recherche nous paraît devoir être beaucoup plus importante parce que très fidèle dans ses résultats et dans sa signification; nous voulons parler de la leucocytose.

Hayem le premier, puis Curschmann ont attiré l'attention sur son importance.

Deux points sont à considérer: le nombre de globules blancs et le pourcentage de chaque variété.

D'une façon générale, au cours des formes aiguës de l'appendicite, le nombre absolu des leucocytes est augmenté dans une notable proportion; d'ordinaire, il va de 15.000 à 50.000. Toutefois, dans les formes avec péritonite plus ou moins généralisée, où la défense de l'organisme est compromise, le nombre des leucocytes peut osciller entre 5.000 et 8.000. Sauf cette excep-

tion, on peut dire qu'en général la leucocytose est d'autant plus forte que la lésion est plus grave.

Quant au pourcentage des différentes variétés, il constitue une base d'appréciation solide, car d'après Bérard et Vignard (*loc. cit.*), plus des deux tiers des cas graves ont présenté plus de 85 p. 100 de polynucléaires. Dans tous les faits où la proportion des polynucléaires dépassait 90 p. 100, il s'agissait de péritonite purulente, diffuse ou généralisée.

Transitoires et légères dans l'appendicite bénigne, la leucocytose et la polynucléose sont permanentes et progressives dans l'appendicite suppurée; la courbe de la leucocytose suit celle de la température et de la réaction locale. Le refroidissement complet coïncide avec l'abaissement du taux des polynucléaires et l'apparition des éosinophiles.

Dans l'appendicite chronique simple, la formule leucocytaire donne aussi des renseignements précis; la mononucléose est à peu près constante, et souvent très accentuée jusqu'à réaliser l'inversion de la formule leucocytaire. Le plus souvent, ce sont les grands mononucléaires qui prédominent. Au contraire, on trouve une polynucléose légère quand l'appendicite chronique subit une poussée subaiguë récente, et aussi, tout naturellement, quand elle se trouve associée à une autre infection ailleurs (ovarienne, cholécystique, etc.).

Il faut, bien entendu, éviter de prendre le sang pendant les périodes digestives, mais cette recommandation est quasi inutile chez les appendiculaires qui sont à la diète complète ou hydrique.

Mais encore un point particulier se pose qui présente de l'intérêt au sujet de notre diagnostic : La leucocytose existe-t-elle dès le début de la crise d'appendicite, avant toute suppuration constituée, c'est-à-dire à un moment où il est très important de faire notre diagnostic? On semble admettre aujourd'hui que, dès le début de la crise, l'hyperleucocytose apparaît et pour atteindre un chiffre élevé. On a montré, en effet, que la simple incision du péritoine donnait de la leucocytose. Rien d'étonnant à ce que la crise appendiculaire liée à une irritation du péri-

toine, s'accompagne très tôt d'élévation du nombre des leucocytes.

Cette élévation du nombre des leucocytes et du pourcentage des polynucléaires étant démontrée quasi constante dans l'appendicite aiguë, va-t-elle pouvoir servir au diagnostic avec la péritonite aiguë tuberculeuse? Il nous semble que nous pouvons répondre par l'affirmative, car nous ne croyons pas que l'on ait jamais signalé pareille leucocytose dans la péritonite aiguë tuberculeuse. Si nous ne pouvons pas apporter une contribution personnelle à cette question, nous pouvons au moins résumer à ce sujet une observation type de la littérature. Silhol, dans sa thèse (Paris, 1902-1903) rapporte l'observation d'une infirmière des enfants malades qui avait présenté brusquement, en pleine santé, des symptômes d'appendicite : douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissement, tension, ballonnement, défense musculaire, température. Des examens répétés semblent indiquer qu'il existe une masse dans la fosse iliaque droite. L'examen du sang accusa 11.200 globules blancs et fit émettre quelques doutes sur la véritable nature de l'affection. En effet, les jours suivants, le diagnostic d'appendicite apparut encore plus discutable et à quelque temps de là, la laparotomie démontrait qu'il s'agissait d'une péritonite aiguë miliaire du péritoine, s'étant traduite au début brusquement par un syndrome appendiculaire.

En résumé, nous croyons que l'étude de la leucocytose est susceptible de fournir un appoint très important au diagnostic, de confirmer même souvent un diagnostic hésitant. Et dans les cas qui nous occupent, nous croyons que sa connaissance est aussi importante et indispensable que celle de la température, du pouls et de l'état général.

Et maintenant, qu'allons-nous conclure de toute cette étude diagnostique? Nous croyons qu'il est des formes qui évoluent de telle manière que le diagnostic est absolument impossible et que l'erreur sera toujours commise. Nous voulons parler ici des formes à début très bruyant, survenant en pleine santé apparente, sans que rien, ni dans les antécédents, ni dans l'état

général, ni dans l'examen, même soigneux, des divers organes du malade n'attire un seul instant l'attention du côté de la bacillose (Obs. I et IV). Peut-être, dans ces cas, l'établissement de la formule leucocytaire pourrait-elle être néanmoins d'un certain secours.

Ce n'est que dans les cas moins aigus où la question change, surtout ceux où il y a dans le passé du malade des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée, des signes plus ou moins nets d'imprégnation bacillaire. A ce point de vue aussi, la présence d'antécédents bacillaires héréditaires peut venir en aide. C'est donc l'association d'antécédents tuberculeux et d'une histoire gastro-intestinale souvent mal précisée, mais assez longue et souvent marquée par des douleurs péri-ombilicales et des alternatives de diarrhée et de constipation, qui peut faire émettre l'hypothèse d'une péritonite tuberculeuse. La constatation d'une ascite, si minime soit-elle, sera un signe de grosse valeur. Lorsque l'attention aura été attirée par cela, on pourra rechercher quelques nuances, comme le caractère un peu moins vif, un peu moins précis de la douleur, l'élévation moins grande de la température, le ballonnement du ventre. Mais ces nuances sont peut-être susceptibles de renforcer une opinion, à coup sûr pas de la créer.

Aussi croyons-nous, en définitive, que hormis les cas très aigus dont nous parlions tout à l'heure, dans les autres, à la suite des présomptions que nous venons de signaler (tirées des antécédents, de l'histoire de la maladie, de l'état général), nous émettrons le plus souvent l'idée d'une appendicite tuberculeuse. Et c'est ce qui arriva précisément dans nos observations II et III.

C'est que le tableau symptomatique le plus habituel de l'appendicite tuberculeuse se rapproche encore plus que celui de l'appendicite banale du tableau de la péritonite tuberculeuse aiguë. Tous les classiques insistent en effet pour le diagnostic de l'appendicite tuberculeuse sur les points suivants : la diarrhée serait très fréquente, beaucoup plus que dans la forme banale. Il y aurait tendance à la récédive rapide. La crise ne se résoudrait pas d'une façon franche ; la rémission

est incomplète. Le malade continue à souffrir; il a une température subfébrile, un état général suspect. Il s'affaiblit et se cachectise. Des rechutes fréquentes sont notées à courte échéance. Donc, rémission incomplète, persistance de la fièvre, rechutes fréquentes, état général assez mauvais, diarrhée : tels sont les signes qui permettraient de soupçonner la nature tuberculeuse d'une appendicite. Nous reconnaissons là presque toutes les nuances que nous avons notées dans nos observations II et III.

En somme, dans les cas les plus heureux, on arrivera à l'idée d'une appendicite tuberculeuse.

VIII

Évolution. Pronostic.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce chapitre. Il n'y a, en effet, rien de particulier au point de vue évolutif et pronostique dans la forme de péritonite aiguë tuberculeuse qui donne le syndrome appendiculaire que nous étudions.

C'est là une affection très grave. Dans la plupart des cas, l'évolution est rapide. En six ou huit semaines, le plus souvent, disent les classiques, la mort survient. Elle est due, soit à la cachexie, soit, le plus souvent, à une généralisation tuberculeuse (méningée ou pulmonaire), soit encore à une paralysie aiguë de l'intestin.

Pourtant, il existe des cas qui évoluent vers la guérison, même spontanément. Le tubercule subirait la transformation scléreuse. La fièvre s'atténue. Après quelques exacerbations qui correspondent sans doute à de petites poussées nouvelles, le malade finit par retrouver à peu près son équilibre, équilibre souvent instable d'ailleurs. Et le plus souvent, même dans ces cas, relativement favorables, il demeure sensible du ventre; et peu à peu, on voit se constituer le tableau classique de la péritonite tuberculeuse chronique, dans une de ses trois formes cliniques : ascitique, fibro-adhésive, ou ulcéro-caséuse.

Quelle est la proportion de ces cas qui n'évoluent pas vers la mort, au moins rapide, à la suite d'un processus aigu? Les statistiques publiées ne sont pas bien nombreuses; il semble que ce pourcentage soit très faible, et tous les auteurs s'ac-

cordent à dire que si la guérison spontanée, au moins temporaire, de la granulie péritonéale a été dûment constatée, le fait est très rare.

Après cela, inutile d'insister sur la gravité du pronostic. Nous allons voir que nous pouvons néanmoins espérer en atténuer la sévérité grâce au traitement chirurgical.

Nous ne faisons pas ici allusion à l'évolution de nos différents cas; tous nos malades ont été opérés, et c'est au chapitre du traitement que nous aurons à enregistrer l'évolution plus ou moins modifiée par l'intervention.

IX

Traitement.

Nous ne nous occuperons pas ici du traitement médical, du moins dans ses détails; il comporte les indications thérapeutiques habituelles de la tuberculose. Au point de vue local, il peut être important d'instituer un traitement palliatif au moment des poussées : immobilité, diète, glace sur le ventre. Dans l'interval, traitement reconstituant par toniques, aérothérapie, héliothérapie prudente.

Mais la grosse question qui doit nous préoccuper, c'est la question du traitement chirurgical. Nous nous proposons d'en étudier d'abord les indications et les contre-indications, guidés par les résultats déjà obtenus, enfin de dire un mot de la technique à employer.

Dans quels cas l'intervention est-elle justifiée? Disons d'abord que dans presque tous les cas, elle a été pratiquée parce qu'on croyait avoir affaire à une appendicite, et c'est presque toujours par des incisions classiques d'appendicectomie qu'on a ouvert le ventre. Mais si l'on arrive à faire un diagnostic, sinon de certitude, du moins de grande probabilité, que faut-il faire?

Guinard, dans le nouveau *Traité de chirurgie* (t. XXIV, p. 92), a écrit : « Dans les formes aiguës, presque toutes les interventions pratiquées jusqu'à ce jour se sont terminées par la mort. Mais si l'on songe au pronostic absolument fatal de l'affection abandonnée à elle-même, on peut encore espérer trouver dans

la chirurgie une chance de salut, et les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse rejeter radicalement toute opération. »

Nous lisons aussi dans la *Pratique des maladies des enfants*, à l'article *Péritonite tuberculeuse aiguë* : « Le traitement opératoire n'a donné habituellement que de mauvais résultats dans les formes de tuberculose aiguë du péritoine, dans la forme simulant l'appendicite en particulier, dans laquelle la laparotomie a pu être pratiquée par suite d'une erreur de diagnostic. » Pic (thèse Lyon, 1890) ne connaît aucun cas d'intervention suivie de succès. Aldibert (thèse Paris, 1892) non plus.

On voit donc que la tendance presque générale est de considérer cette forme aiguë de la tuberculose péritonéale comme fatale, à échéance plus ou moins brève, et de regarder comme vouée d'avance à l'insuccès toute tentative opératoire.

Pourtant, çà et là, on trouve signalées quelques guérisons tout à fait remarquables. Déjà, à la Société de chirurgie, en 1898 (*Comptes rendus*, p. 673), Routier signalait deux résultats favorables de la laparotomie dans la tuberculose aiguë du péritoine. Dans un cas, la guérison se maintenait parfaite au bout de trois ans ; dans le second, au bout de six mois.

Bégouin, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1900), signale un cas où l'intervention fut pratiquée d'ailleurs sans succès et termine son article ainsi : « On peut se demander, en l'absence de statistiques médicales ou chirurgicales étendues et intégrales, si le traitement de la péritonite tuberculeuse ne gagnerait pas à être plus souvent chirurgical. En tout cas, il est important de savoir que des malades atteints de péritonite aiguë tuberculeuse et à qui on a fait la laparotomie ont guéri et sont guéris depuis une durée qui varie de trois mois à quatre ans. »

Guibal (*Bulletin médical*, 1912, p. 229) fournit trois observations où la laparotomie seule améliora considérablement les malades au point même de dire qu'elle les guérit. En tout cas, la guérison se maintenait parfaite, respectivement après deux ans, huit ans et un an. Après avoir cité cinq autres cas de gra-

tivité analogue, traités médicalement, où la mort survint rapidement, il conclut formellement à la nécessité de l'intervention systématique dans tous les cas.

Dans nos observations personnelles, que voyons-nous ? Dans tous les cas, sans exception, on a pu noter, à la suite de l'intervention, une sédation brusque des troubles les plus marquants ; la douleur a cédé ou, en tout cas, diminué considérablement, l'appétit est revenu, l'état général s'est très amélioré. Dans deux cas (Obs. I et IV), l'amélioration, en même temps que très rapide, s'est montrée considérable, à tel point que, depuis lors, les malades ne se sont plaints absolument d'aucun trouble d'aucune sorte et paraissent jouir d'une santé parfaite, et cela après deux ans et demi dans le premier cas, un an dans le second. Dans deux autres cas (Obs. II et V), les résultats, pour être moins bons, n'en sont tout de même pas moins remarquables ; il y a eu sédation manifeste des douleurs, reprise des forces et de l'embonpoint, et arrêt du processus péritonéal. Mais il semble vrai de dire qu'il n'y a qu'une amélioration, les malades restent sensibles du ventre et présentent de temps en temps de légers troubles (Ajoutons que chez notre malade de l'observation II, il y a en même temps des lésions pleuro-pulmonaires antérieures à l'intervention et qui n'ont guère été modifiées par elle).

Notre malade de l'observation III, elle aussi, fut nettement améliorée par l'intervention, au point de vue des douleurs et des troubles intestinaux. Mais chez elle, les lésions pulmonaires très avancées ont continué à évoluer et ont entraîné la mort, cinq mois après l'intervention. Il ne semble pas que celle-ci doive être rendue responsable d'aucune aggravation de l'état pulmonaire.

Donc, en résumé, sur cinq cas, nous notons : deux améliorations équivalant la guérison, deux grosses améliorations qui se prolongent encore actuellement, une amélioration des signes abdominaux, mais interrompue par l'évolution fatale des lésions pulmonaires.

Ces faits, pour si peu nombreux qu'ils soient, ne nous auto-

risent-ils point à dire qu'il semble qu'il y ait aujourd'hui mieux à faire que de laisser souffrir, se cachectiser et s'éteindre en général assez rapidement un malade atteint de tuberculose aiguë du péritoine ?

Si nous ne pouvons dire que l'intervention chirurgicale guérit la péritonite tuberculeuse aiguë, nous avons le droit de dire qu'elle en favorise souvent la régression.

Existe-t-il des contre-indications à cette intervention ? Pour la plupart des auteurs, la fièvre constituerait une contre-indication absolue, car elle témoigne d'une tuberculose en voie d'accroissement. Nous croyons que seules des lésions pulmonaires très avancées ou un état général tout à fait déficient doivent constituer des contre-indications à l'acte opératoire, de même, bien entendu, que la granulie généralisée. Dans tous les autres cas, on peut espérer en faire retirer quelque profit au malade.

Nous concluons donc que, sauf les réserves que nous venons de faire, il faut opérer. Si le diagnostic d'appendicite a été porté, on intervient tout naturellement. Mais chaque fois qu'un doute plane sur le diagnostic, il faut intervenir ; on évitera ainsi de priver d'une intervention curative des malades atteints d'appendicite, et en cas de péritonite, l'opération, loin d'être inutile, ne pourra qu'augmenter les chances de guérison.

La laparotomie nous paraît donc, pour l'affection qui nous occupe, un mode thérapeutique très supérieur à tous les autres. Elle donne en bloc des résultats qu'on ne saurait attendre d'aucune autre méthode. Et il faut ajouter ce fait, bien mis en évidence par les diverses statistiques parues jusqu'à ce jour, c'est la bénignité relative de l'intervention et le faible taux de la mortalité opératoire immédiate (à peine 3 p. 100).

Y a-t-il au point de vue de la technique à employer quelques indications spéciales ? Dans le cas où le diagnostic d'appendicite est porté, c'est une incision de Jalaguier ou de Roux qu'on fera le plus souvent. Une fois constatées les lésions péritonéales, faut-il se contenter de cette petite incision ? Ou bien faut-il, soit l'agrandir, soit, après suture, faire une autre incision médiane ? Il semble que cela soit parfaitement inutile. Bien que l'on n'ait

pas ainsi un grand jour sur la cavité péritonéale, il semble que cela suffise pour déclancher le processus utile de réaction du péritoine. C'est l'incision qui a été pratiquée quatre fois sur cinq dans nos observations. Si on hésite ou si on penche pour le diagnostic de péritonite tuberculeuse, on fera l'incision classique en pareil cas, c'est-à-dire médiane sous-ombilicale, en prenant les précautions d'usage pour éviter de blesser l'intestin qui peut être adhérent, bien que cela soit très rare dans ces formes aiguës. Le ventre ouvert, on évacue le liquide, s'il s'en trouve, on assèche et on vérifie la région caeco-appendiculaire.

Que fera-t-on de l'appendice ?

Dans les cas où on trouvera, en même temps que les granulations péritonéales, un appendice d'apparence anormale, on l'enlèvera évidemment, à moins que cela ne paraisse trop délicat, en raison d'adhérences, par exemple, comme cela s'est passé dans notre premier cas. Si l'appendice ne présente pas apparemment de lésions macroscopiques, s'il est seulement recouvert de granulations, comme le reste de l'intestin et du péritoine, faut-il l'enlever ? Pour certains auteurs, il vaut mieux l'enlever toujours, pour le cas où il serait le siège d'un processus inflammatoire ou banal ou tuberculeux. Pour d'autres, cela est absolument inutile ; c'est un allongement parfaitement inutile de l'opération ; les malades guérissent aussi bien s'ils conservent leur appendice. Notre observation I paraît justifier jusqu'à un certain point cette manière de voir. Nous croyons néanmoins que si son ablation ne paraît pas trop difficile, il est mieux de l'enlever pour les raisons que nous avons dites.

Comment faut-il se comporter chez la femme vis-à-vis des annexes ? Certains chirurgiens, en particulier J.-L. Faure, sont partisans de l'ablation à peu près systématique des ovaires ou au moins des trompes, parce qu'ils voient dans ces organes l'origine la plus fréquente de la bacillose péritonéale. D'autres auteurs, et c'est en particulier l'avis de notre maître, le professeur Chavannaz, pensent qu'il ne sert à rien de les enlever dans tous les cas où il y a seulement à la surface ce qu'on trouve partout ailleurs dans le ventre, c'est-à-dire des granulations

tuberculeuses. Et même, dans les cas où on avait constaté à l'intervention de grosses masses annexielles, on a pu les voir rétrocéder à peu près complètement après simple laparotomie.

Il semble donc, à l'heure actuelle, que l'opération la meilleure soit aussi la plus simple : asséchement soigneux de la cavité péritonéale, ablation, si elle paraît simple, de l'appendice et fermeture sans lavage de la cavité abdominale et sans drainage.

Il est bien évident, et c'est par là que nous terminerons, que l'acte-chirurgical une fois accompli, il ne faudra pas se désintéresser du malade, mais instituer un traitement médical, qui sera longtemps continué, à base d'une médication tonique, reconstituante, aidée par une bonne hygiène et une aérothérapie bien comprise.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme aiguë de la péritonite tuberculeuse qui peut simuler parfaitement l'appendicite. Nous en fournissons cinq exemples : dans un cas, la péritonite bacillaire aiguë a simulé l'appendicite suraiguë, avec menace de perforation de l'appendice ; dans deux cas, l'appendicite aiguë à répétition ; dans les deux derniers, l'appendicite chronique avec crises subaiguës.

II. — Au point de vue anatomique, il s'agissait, dans quatre cas, de péritonite aiguë miliaire paraissant généralisée à tout l'abdomen, sans adhérences dans la grande cavité. Dans un seul cas, il y avait autour du cæcum et de l'appendice, mais là seulement, des adhérences nombreuses.

III. — Au point de vue pathogénique, il est assez difficile d'expliquer la crise pseudo-appendiculaire, au moins dans les cas, les plus nombreux d'ailleurs, où on ne trouve à l'intervention rien de plus qu'ailleurs dans la fosse iliaque droite. Dans certains cas, il est possible qu'elle soit due à un processus d'inflammation appendiculaire d'ordre aigu banal ou bacillaire ou même parfois à la réaction péritonéale, autour des granulations ; l'appendice serait ainsi comme le réactif de la lésion qui, partout ailleurs dans le ventre, reste latente ou à peu près.

IV. — Nous pensons que dans certaines formes, et en particulier les formes très aiguës, à début brutal au milieu des apparences de la santé la plus parfaite, le diagnostic est pratiquement impossible.

V. — Nous croyons que dans quelques cas, l'erreur peut être évitée par l'étude soigneuse des antécédents du malade, héréd-

ditaires et personnels, par son examen complet, par la recherche d'une ascite même minime, par les caractères de la formule leucocytaire (hyperleucocytose et polynucléose dans l'appendicite). Mais, le plus souvent, c'est à l'idée d'une appendicite tuberculeuse qu'on sera amené.

VI. — Cette forme aiguë de la tuberculose péritonéale est très grave, et quand elle ne conduit pas rapidement à la mort, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, elle continue d'ordinaire à évoluer sous l'allure clinique d'une des formes classiques de la péritonite tuberculeuse chronique. Son pronostic est donc des plus sombres.

VII. — Le traitement doit, à l'inverse des idées les plus généralement admises encore aujourd'hui, être chirurgical et consister en la laparotomie, faite le plus tôt possible. On n'enlèvera l'appendice que s'il paraît nettement malade et que si son ablation paraît facile. Quant aux annexes, il ne semble pas qu'il y ait un avantage quelconque à les enlever. On asséchera le péritoine et on refermera sans lavage ni drainage.

VIII. — Les résultats, pour n'être pas constamment heureux, sont tout de même fort intéressants, surtout si l'on songe au pronostic habituellement fatal de la maladie laissée à elle-même. Dans tous nos cas, nous avons noté une amélioration certaine; momentanée, dans un cas, durable dans deux cas, définitive, est-il permis d'espérer, dans les deux autres.

Le traitement chirurgical n'exclut pas, bien entendu, le traitement médical habituel, médicamenteux et hygiénique, qui devra toujours être mis en œuvre et suivi de façon prolongée.

Vu : *Le Doyen,*
Dr C. SIGALAS.

Vu, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 2 mai 1923.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Les références marquées d'un astérisque sont celles que nous n'avons pas pu consulter, au moins in extenso.

- DELILLE (Armand). — La forme anasclitique de la tuberculose aiguë du péritoine. *Presse médicale*, 1913, p. 397.
- BÉGOUIN. — La péritonite tuberculeuse aiguë. Diagnostic et intervention. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900, p. 437.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. Masson, 1914.
- BRUN et VEAU. — Traité des maladies des enfants. Article : *Appendicite*.
- *CAVAZZANI (G.). — Tuberculosi peritoneale pseudo-appendicolare. *Clin. chir. Milano*, 1902, 4031-4036.
- CHOFARDET. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. Thèse Paris, 1900.
- DISCUSSION à la Société de chirurgie. *Comptes rendus*, 1898, XXIV, p. 1033 ; 1899, XXV, p. 18.
- GALLIOT (A). — Péritonite tuberculeuse et syndrome appendiculaire. In *Archives de médecine des enfants*, 1911, p. 529.
- GILBERT et THOINOT. — Traité de médecine. Article : *Péritonite tuberculeuse*.
- GUIBAL. — Traitement chirurgical de la tuberculose aiguë du péritoine. In *Bulletin médical*, 1912, p. 329.
- GUILLEMARE. — Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë. Thèse Paris, 1897-1898.
- HAUSHALTER. — In *Pratique des maladies des enfants*. Article : *Péritonite tuberculeuse*.

- HEINS. — Tuberculose péritonéale simulant une appendicite à évolution aiguë. In *L'évolution médico-chirurgicale*, octobre 1921, p. 229.
- HÉRISSON. — Revue générale. L'appendicite tuberculeuse. *Gazette des hôpitaux*, 1906.
- JAISSON. — Radioscopie de l'appendice. In *Revue médicale de l'Est*, 1920, p. 380; *Journal de radioscopie*, juin 1921.
- LEJARS (F.). — L'ascite aiguë initiale comme signe précoce de l'appendicite grave. In *Semaine médicale*, Paris, 1904, p. 146.
- *MALINIAK (J.). — Tubercular peritonitis with symptoms of appendicitis. *Medycyna i Kroniek. Warszawa*, 1913, 938-940.
- MARFAN. — La tuberculose péritonéale dans la première enfance. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1914, 628-631.
- MERRY. — Étude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. Thèse Paris, 1907.
- *MOIZARD. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. In *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1900, p. 497-500.
- *OSIÁS (M.). — Apathognomonic symptom of tuberculous peritonitis. *Philá. M. J.*, 1900, VI, 1009.
- PÉRAIRE (M.). — Résultat éloigné d'une appendicite miliaire avec tuberculose péritonéale concomitante traitée par appendicectomie, laparotomie et cure solaire. *Paris chirurgical*, 1917, 237.
- *PETIT. — Péritonite tuberculeuse à forme appendiculaire. In *Tuberculose infantile*, Paris, 1907, p. 163.
- PEYRE. — La position de Trendelenburg directe et renversée dans le diagnostic des petits épanchements ascitiques. Thèse Bordeaux, 1908-1909.
- ROUSSEAU (A.). — La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. Thèse Paris, 1901.
- SILHOL. — L'examen du sang dans certaines affections chirurgicales et en particulier l'appendicite. Thèse Paris, 1902-1903.
- SOTTY. — Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. Thèse Lyon, 1901.

VARIOT et CHICOTOT. — Application de la radioscopie au diagnostic d'un épanchement intrapéritonéal latent chez un enfant. *Tribune médicale*, Paris, 1900, p. 20.

- Observations radioscopiques sur épanchements ascitiques des enfants. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1901, XVIII, 101-103.





