



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

248

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Panaghiotis DOUCARELLIS

Né le 20 mai 1896 à Mytilène (Grèce)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

APPENDICITES AIGUËS
ATYPIQUES

APPENDICITES A SYNDROME APPENDICULO-PÉRITONÉAL
NUL OU EFFACÉ

Ἀγαθοὶσι τε ἰητροῖσιν αἱ ὁμοιότητες
πλάνας καὶ ἀπορίας

« Ἱπποκράτης »

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

25

248

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

12

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Panaghiotis DOUCARELLIS

Né le 20 mai 1896 à Mytilène (Grèce)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

APPENDICITES AIGUËS ATYPIQUES

APPENDICITES A SYNDROME APPENDICULO-PÉRITONÉAL
NUL OU EFFACÉ

Ἀγαθοὶσι τε ἰητροῖσιν αἱ ὁμοιώτητες
πλάνας καὶ ἀπορίας

« Ἱπποκράτης »

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1923



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM
Anatomie médico-chirurgicale.	NICOLAS
Physiologie.	CUNEO
Physique médicale.	Ch. RICHET
Chimie organique et Chimie générale.	ANDRÉ BROCA
Bactériologie.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BEZANCON
Pathologie et Thérapeutique générales.	BRUMPT
Pathologie médicale.	MARCEL LABBÉ
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	LECENE
Histologie.	LETULLE
Pharmacologie et matière médicale.	PRENANT
Thérapeutique.	RICHAUD
Hygiène.	CARNOT
Médecine légale.	BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	MENETRIER
Clinique médicale.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses.	LEJARS
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	REITTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LATENEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection et reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

Tendrement.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur LAPEYRE (de Montpellier)

In memoriam

M. le Professeur HARTMANN

M. le Professeur BAR

M. le Professeur TEISSIER

M. le Docteur BAUDET

M. le Docteur ANDRÉ BERGÉ

M. le Docteur CETTINGER

M. le Docteur MILIAN

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Bactériologie à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Boucicaud

Officier de la Légion d'honneur

*Nous sommes très sensible pour
le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

AVANT-PROPOS

En accomplissant aujourd'hui notre dernier acte universitaire, il nous est très agréable de pouvoir adresser nos remerciements à tous nos maîtres de cette faculté, qui ont bien voulu s'intéresser à nous, durant nos études.

Nous adressons, tout particulièrement, nos remerciements à notre excellent Maître, M. le Dr André Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, pour tout ce qu'il a fait pour nous et nous le prions de croire à notre très grande et inaltérable gratitude. Nous le prions aussi de nous excuser si notre faible science et notre jeune expérience n'ont pas conduit ce travail, inspiré par lui, avec toute l'autorité qu'il exigerait.

Nous n'oublierons pas, de remercier également, M. le professeur Fernand Bezançon, professeur de Bactériologie à la Faculté, pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous emportons de la France et du bienveillant accueil de ses Facultés un ineffaçable souvenir.

Qu'Elle soit assurée de notre gratitude et qu'arrivés chez nous, nous ferons tout notre possible pour répandre sa haute culture et tâcher de mieux rapprocher nos deux beaux Pays.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
APPENDICITES AIGÜES ATYPIQUES

INTRODUCTION

Malgré les nombreuses publications qu'ont suscitées les phénomènes toxi-infectieux, d'origine appendiculaire et les études qui ont éclairé le problème du diagnostic et du pronostic de la crise d'appendicite, il nous a semblé digne d'intérêt de passer en revue quelques-unes des manifestations atypiques de l'inflammation aiguë, de l'appendice iléo-cæcal : manifestations dans lesquelles le syndrome abdominal de la fosse iliaque droite est effacé ou nul, tandis que la symptomatologie, plus ou moins riche et bruyante, est fournie par des réactions toxi-infectieuses à distance.

L'histoire des manifestations toxiques de l'appendicite commence avec Achard en 1894 et, surtout, avec la première communication de Dieulafoy, à l'Académie de Médecine, en 1898. Il faut ensuite retenir les travaux, plus récents, de Walther, Lejars, Jalaguier, Aubertin, Quénu, Ménétrier et Descomps.

De leurs travaux on peut retenir trois notions capitales :

1° Certains cas d'appendicites s'accompagnent de phénomènes toxiques mortels : syndrome toxique hépato-rénal ou gastro-intestinal, soit brutal, foudroyant, soit insidieux, lent, progressif, s'aggravant au bout de quelques jours, parfois même après l'intervention chirurgicale ;

2° Dans d'autres cas d'appendicite, ces phénomènes toxiques restent discrets et disparaissent sans laisser de trace ;

3° La gravité apparente des symptômes abdominaux de la crise, n'a pas une grande importance dans l'étiologie des accidents toxiques.

Ayant été frappés par l'aspect clinique trompeur et par l'évolution torpide d'une appendicite gangréneuse (obs. I) qui, pendant plusieurs jours, avait revêtu le masque d'un ictère catarrhal simple, nous nous sommes proposés, sur le conseil de notre excellent maître, M. le Dr Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, d'étudier ces phénomènes toxi-infectieux dans leurs rapports avec les appendicites aiguës atypiques, cachées.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS

OBSERVATION I (Inédite)

(Communiquée par notre maître, le Dr André Bergé
et M. Lestocquoy, interne du service)

Q... Claire, 35 ans, domestique.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à signaler. La malade a été envoyée le 12 mars 1923 dans le service de l'hôpital Broussais, par un médecin de la ville avec le diagnostic d'appendicite.

Le début de la maladie actuelle, nous dit la malade a été brusque. Elle a été prise le 12 mars 1923 de coliques dont elle ne précise pas exactement le siège. Elle a vomi deux fois, ce jour-là, des aliments et de la bile. Mais dans le service de chirurgie, le 13 mars, on a jugé toute intervention inopportune et on a fait passer la malade en médecine, dans le service du Dr Bergé.

Le 14 mars la malade est examinée par M. Bergé. Le faciès est rouge, rosé, vif, vultueux. La langue est saburrale. P. 118. Température 38°8. La constipation persiste depuis trois jours. Pas de nausées. La peau est très vaguement subictérique. Pas d'albumine dans les urines.

Le diagnostic porté ce jour-là est : embarras gastrique fébrile avec peut-être hépatite aiguë.

Le 16 mars, la maladie a vu se développer très nettement sa jaunisse qui n'était qu'à l'état de soupçon. Aujourd'hui la jaunisse est franche, quoique légère à la peau et aux conjonctives.

La langue est saburrale. Les urines sont d'apparence normale. On n'y trouve pas les réactions de Hay et de Gmêlin : ni pigments ni sels biliaires.

La constipation a cessé, une diarrhée, l'a remplacée ; diarrhée banale avec selles non décolorées.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien de particulier ; le ventre est légèrement ballonné, léger météorisme, la paroi est souple. *Pas de douleur à la pression dans la région hépatique. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite ; pas de signes d'appendicite*, qui pourtant, est recherchée à cause des symptômes initiaux de la maladie. Le diagnostic d'ictère catarrhal est affirmé à la fin de l'examen, l'interrogatoire n'ayant relevé aucune cause évidente d'une indigestion ni excès éthylique habituels antérieurs.

Le 20 mars 1923, la malade qui était en excellent état général et n'inspirait aucune inquiétude les jours précédents, a été prise ce matin de vomissements bilieux, deux ou trois fois répétés ; elle a eu des sensations d'étouffement.

Nous la trouvons avec une très grande tachypnée (80 respirations par minute). Le pouls est faible et bat à 130. Quelques sueurs. Asthénie généralisée très accentuée.

L'auscultation ne révèle aucun phénomène pulmonaire. L'abdomen, assez fortement météorisé, est souple, indolore partout et la palpation ne réveille de douleur, ni dans la

fosse iliaque droite, ni dans aucune partie de l'abdomen. *Il n'y a pas de phénomène péritonéaux.* La pression, même forte, de l'abdomen, ne révèle aucune douleur. Rien au cœur. La malade donne l'impression de faire, au cours d'un ictère d'allure bénigne au début, une crise de collapsus cardiaque.

21 mars 1923. — La malade, vers 4 heures du matin, a vomi à deux ou trois reprises, un liquide verdâtre. Vers 8 heures la malade était très mal, avait les mains froides, violacées, les traits creusés. Elle a succombé à 8 h. 3/4.

Autopsie, le 22 mars 1923. — Cadavre de femme robuste, un peu grasse ; couche adipeuse sous-cutanée très développée. Dès l'ouverture du ventre on constate *une péritonite purulente généralisée*, avec agglomération fibrino-purulente de toutes les anses intestinales et une quantité très considérable de pus fluide, épais, dans tout le petit bassin, et entre les anses.

On trouve, au milieu des anses agglomérées par la fibrine et le cæcum accolé à la paroi en dehors, près de l'insertion de l'appendice (9 cm. en dehors), une perforation, de la dimension d'une lentille, entourée d'une auréole rouge noirâtre, d'aspect gangrené. A plus ample examen on s'aperçoit que la perforation est faite à la base de l'appendice qui est amputé, par gangrène, à son insertion au cæcum.

La vésicule biliaire est distendue par de la bile noirâtre et très épaisse, pâteuse. Le foie est englobé de pus, sans abcès, à tissu rouge. Matières semi-molles dans le gros intestin. Cœur mou, flasque, sans lésion aucune.

Conclusions. — Malade morte d'une *appendicite ulcéro-gangréneuse*, latente ou quasi-latente, terminée par amputation, par gangrène de la base de l'appendice. Péritonite



aiguë diffuse, latente et collapsus cardiaque terminal. *Tous les phénomènes cliniques ayant consisté presque uniquement en un syndrome d'embarras gastrique et d'ictère.*

OBSERVATION II

(Dr Raymond Bonneau, *Paris chirurg.*, 1914.)

Au cours d'une laparotomie pour utérus fibromateux, enlevant systématiquement l'appendice, je trouve celui-ci, à mon grand étonnement, atteint d'inflammation aiguë, banale, de moyenne intensité. Séreuse et musculeuse sont intactes, mais la muqueuse présente de la folliculite hémorragique évidente avec suffusions sanguines dans la sous-muqueuse et sang noir dans la cavité appendiculaire. *Or, la malade ne présentait ni fièvre, ni accélération du pouls. Cliniquement il n'y avait pas d'appendicite.*

OBSERVATION III

(Dr Bova G..., de Rome, *Gazzetta medica di Roma*, 1921, p. 62.)

Un cas, non commun, d'appendicite avec perforation, diagnostiqué sur la table d'opération.

A. C..., 15 ans, de Rome. Pas d'antécédents héréditaires. Développement squelettique normal. Pannicule adipeux plutôt abondant. Teint pâle terreux. Ganglions lymphatiques présents dans toutes les régions du corps. Grosses amygdales. Légère conjonctivite granuleuse. Il y a environ un an, fut

atteint d'un ictère catarrhal. Rien autre d'intéressant à signaler dans l'anamnèse.

Le 17 janvier 1921 il était à l'école. Il avait déjeuné à 12 h. 30 et des pâtes entre autres mets. A 17 heures pendant que dans le jardin de l'école faisait avec ses camarades je ne sais quel jeu, fut pris subitement de douleurs intenses à la région épigastrique, avec localisation douloureuse aussi à *l'hypochondre gauche*, où, depuis quelques jours, comme l'a raconté après le malade, avait déjà senti de légères douleurs. Il a été renvoyé à la maison et, à peine arrivé là, a vomi les pâtes qu'il a mangées à midi trente, non digérées, malgré presque les six heures écoulées depuis leur ingestion.

Les douleurs persistant mais plus supportables, fut amené, accompagné de sa mère, vers moi, à la pharmacie à 18 h. 30. Il s'y est présenté pâle, il avait froid. Je constate la recrudescence des douleurs de l'estomac qui duraient toujours, mais plus légères. Je constate aussi que, pendant *qu'à droite* il n'accusait aucune douleur, il existait une douleur *vive à gauche*, sous l'arcade costale. Langue sale. Température normale 36°5. Pouls 86. Je lui ai conseillé un léger laxatif, et, comme tel un verre d'eau « Gioconda », je lui ai prescrit de plus la diète, et le repos au lit. Dans la soirée, il a vomi l'eau et encore des pâtes non digérées. A dormi peu la nuit, a souffert toujours d'épigastralgie, mais spécialement de douleurs vives à *l'hypochondre gauche*. Dans la nuit pas de constipation.

Le 18 janvier, visite à 12 heures. Légère fièvre. Température 37°4. Pouls 82. Abdomen à peine un peu tendu. Aucune douleur, ni spontanée ni provoquée, dans les quadrants inférieurs. Douleurs moins fortes que dans la soirée de la veille

dans la région de l'estomac, douleurs avec défense musculaire à *l'hypochondre gauche*, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'arcade costale. La palpation, même exercée avec la plus notable pression possible *dans la fosse iliaque droite*, ne provoque aucune douleur, la plus petite défense musculaire. Langue toujours sale discrètement. Amygdales rouges. Vers la soirée la température remonte à 39°5. Dans la nuit, pas de vomissements. Alimentation lactée. Applications chaudes sur le ventre.

Le 19 janvier, visite à 8 h. 30 du matin. Température 38°5. Pouls 86. Abdomen toujours un peu tendu. Le malade accuse des douleurs diffuses, mais à la palpation, reste douloureux, presque seulement, *l'hypochondre gauche*. Langue rouge à la pointe, assez empâtée, mais humide. Amygdales rouges. Légère céphalée.

A la maison on soignait une sœur du patient atteinte de scarlatine et le malade fut visité aussi par le médecin sanitaire, appelé pour constater le cas de maladie contagieuse. On restait incertain sur la maladie. J'ai pensé qu'il s'agissait probablement d'une toxi-infection grippale, avec localisation amygdalienne et gastro-intestinale. Et à propos, il est nécessaire de rappeler que le génie épidémique de cet hiver nous a fait observer beaucoup de formes de grippe intestinale. Toutefois, avec le collègue, nous avons pensé à la probabilité d'une crise appendiculaire anormale ; mais nous dûmes l'exclure à cause de l'absence d'un syndrome, fût-il de loin douteux. On continue le même traitement. Dans la journée du 19, pas de constipation encore. Température midi 37°5, soir 37°2. Pouls aux environs de 80. Douleurs diminuées. Abdomen toujours tendu. La

nuit a vomi la dernière tasse de lait. Durant la nuit délire.

Le 20 janvier, température 37 degrés, 36° 8, 36° 6. Pouls 80. Constipation. Langue empâtée, un peu sèche. Douleurs diminuées. Le soir, de temps en temps, à intervalles d'une heure, quelques nausées. Abdomen tendu. Urines abondantes ; absence d'albumine. Nuit agitée. Température constamment au-dessous de 37 degrés.

Le 21 janvier, visite à 8 h. 30. Température 36° 6. Pouls 80, plein, régulier. Abdomen météorisé, tendu, plus que les jours précédents. Douleurs diminuées, *présentes toujours à l'hypochondre gauche*. A longs intervalles, quelques nausées et quelques vomissements alimentaires. Constipation. Pas d'émission de gaz ou en petite quantité. Urines abondantes ; absence d'albumine. On décide une consultation à 11 h. 30. On ne note pas la présence de liquide dans le ventre. On diagnostique phénomènes péritonéaux consécutifs à une occlusion intestinale probable. On discute de l'appendicite, mais on n'arrive pas à la démontrer. On décide une nouvelle consultation, avec un chirurgien, qui a lieu dans l'après-midi. Le malade est transporté en auto-ambulance à la maison de santé, où, tout de suite, on repratique l'examen des urines et on note encore l'absence absolue d'albumine. On administre un lavement qui donne issu à quelques gaz et quelques matières fécales. On revoit le malade à 20 h. 30 ; on trouve toujours l'abdomen tendu, météorisé, nullement douloureux, excepté à *l'hypochondre gauche*. La recherche objective ne réussit pas à démontrer la présence de liquide dans le ventre. Température 36° 6. Pouls 80. Rares nausées. Pas de vomissements. On diagnostique (parce que plus probable), occlusion intestinale ; on en fait part aux

parents qui sont présents et on leur communiqué le besoin d'une intervention chirurgicale, d'urgence.

A 21 h. 20, anesthésie. Incision médiane. Présence de liquide d'odeur fécale caractéristique. *Pas d'occlusion intestinale*. Avec un heureux prolongement de l'incision, on examine minutieusement l'intestin, le péritoine, la région appendiculaire. On trouve l'appendice gros, rouge, *avec perforation*. Toilette générale : tamponnement, drainage. L'opéré passe la nuit dans un calme relatif et meurt de shock à 7 heures du matin du 22 janvier.

OBSERVATION IV

(Professeur Lejars, *Semaine médicale*, 1906. Abrégée.)

Un garçon de 20 ans, sans antécédents morbides, sans accidents digestifs, est pris, le 27 septembre dernier, assez brusquement, de douleurs abdominales, de coliques généralisées sans localisation nette ; il y a de la diarrhée, de l'anorexie, du malaise. Trois jours après, les douleurs deviennent plus vives, deux vomissements surviennent. Le 1^{er} octobre, les souffrances s'accroissent encore et, cette fois, la douleur se montre prédominante dans la fosse iliaque droite. Le lendemain le malade est conduit dans mon service.

Nous le trouvons dans un état d'affaissement général très particulier, dans une sorte de torpeur, répondant à peine, les yeux excavés, le visage pâle et anxieux ; il ne vomit pas mais il a dans les vingt-quatre heures de 6 à 8 selles de diarrhée ocreuse ; le ventre est ballonné, sensible partout, un peu plus dans la fosse iliaque, au voisinage du point de

Mac Burney. Température 38 degrés. Pouls régulier, plutôt lent, 65°.

Le lendemain situation semblable, l'hébétude est encore plus profonde, la diarrhée continue, très abondante. Nous pensons à une dothiéntérie. Le jeune homme est transporté dans le service de médecine de M. Vaquez.

Le 4 octobre, M. Vaquez constate un pouls à 58. Température 38 degrés, une torpeur marquée, abdomen un peu ballonné, pas d'hyperesthésie cutanée, une légère douleur à droite, une rate « perceptible » mais difficile à délimiter. Cœur et poumons normaux. Balnéation froide.

Le 5, examen hématologique. Hématies : 3.600.000. Leucocytes : 19.000.

Séro-diagnostic négatif.

La douleur est devenue plus nette au point de Mac Burney et on révèle à ce niveau un peu de défense musculaire. Persistance de la diarrhée, abattement, insomnie. Jusqu'au 8, rien ne se modifie, la diarrhée se réduit un peu. La douleur iliaque est très nette. La température oscille entre 38°5 et 39 degrés.

Le 10, nouvel examen hématologique. Hématies : 3.500.000. Lencocytes : 28.000.

La diarrhée a cessé mais reparait deux jours après, l'état général devient inquiétant, le facies hébété. Pouls 60, ample, régulier.

Le diagnostic d'appendicite semblait établi. Pourtant, l'absence de réaction abdominale, à part la sensibilité bien limitée et une certaine résistance dans la fosse iliaque droite, et les caractères du pouls nous firent attendre encore. A partir de ce jour amélioration progressive, apparition d'un plas-

tron net dans la fosse iliaque droite. Nous nous trouvons en présence d'une appendicite refroidie qu'il y aura lieu d'opérer dans quelques semaines.

OBSERVATION V (Résumée)

(C. Boxet et C. Wallace, *The Lancet*, 6 juin 1906.)

Homme de 50 ans, pris subitement de douleurs dans la fosse iliaque droite. Température élevée. Pouls 120. Délire nocturne, diarrhée légère. A la troisième semaine, 3 hémorragies intestinales. On porte le diagnostic de typhoïde malgré l'absence des taches rosées et la séro-réaction négative. Mort le vingt et unième jour.

Autopsie. — Absès de la fosse iliaque droite au milieu duquel on trouve l'appendice.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Dieulafoy, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898.)

Homme présentant, à l'entrée dans le service, un ictère franc, peu intense, avec présence, dans les urines, de pigments biliaires, décoloration des matières fécales incomplète ; la température qui était 39 degrés à l'entrée, atteignait 40 degrés le lendemain matin. Il s'agissait donc ici d'un ictère vrai, très fébrile et, à voir le malade abattu, fébricitant, répondant péniblement aux questions qu'on lui adressait, on pensait d'abord aux formes infectieuses et graves de l'ictère.

L'examen montrait une voussure hépatique, un foie volu-

mineux et très sensible à la pression, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes.

L'interrogatoire du malade apprend que, douze jours auparavant, il avait été pris d'un violent frisson et d'un fort accès de fièvre, qui n'était que le prélude d'une longue série d'accès semblables. Depuis cette époque, frissons et accès, s'étaient répétés presque tous les jours, tantôt à une heure, tantôt à une autre, sans périodicité.

Dès le début de la période fébrile était survenue une vive douleur hépatique qui, bien qu'atténuée, durait encore. La jaunisse n'était apparue que quelques jours après.

Interrogé, dans le sens de l'appendicite aiguë, le malade a répondu qu'une dizaine de jours avant le début de ses grands accès de fièvre, il avait éprouvé de vives douleurs abdominales et il montrait du doigt le point de Mac Burney.

Quatre semaines après son entrée dans le service, le malade succomba et l'autopsie montra 150 à 200 petits abcès du foie. L'appendice iléo-cæcal était enveloppé de fausses membranes ; un petit abcès péri-appendiculaire contenait une cuillerée à café de pus, légèrement fétide. Les veines de l'appendice formaient un véritable réseau variqueux.

OBSERVATION VII (Résumée)

(In thèse Boivin. Paris, 1906.)

Appendicite passée inaperçue. — Multiples abcès du foie
Opération. — Mort

S... Juliette, 16 ans. Entre le 26 juillet 1904 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Brault pour « état général mauvais avec fièvre élevée ».

Le 14 juillet dernier, la jeune apprentie, rentra chez elle pour malaise général et quelques nausées. Le soir et la nuit elle a des vomissements bilieux et glaireux mais ne se plaint d'aucune douleur et d'aucun point douloureux dans l'abdomen. Elle reste chez elle, les jours suivants, ne souffrant pas.

Dans la nuit du 25 au 26 juillet, la malade ressent une douleur brutale, un coup de poignard dans l'hypocondre droit, sans irradiation à l'épaule, sans frissons, sans vomissement nouveau.

Le 26 juillet, M. Brault constate : tympanisme épigastrique et dans l'hypocondre droit. Facies angoissé, non péritonéal. Température 40°2.

La petite malade se plaint d'une douleur diffuse, dans une région limitée, en haut, par les fausses côtes droites, en bas, par la fosse iliaque droite.

27 juillet. — Défense musculaire surtout épigastrique avec légère voussure.

28 juillet. — Subictère, urines cholémiques.

Les jours suivants, état stationnaire. Pouls 124. Température entre 38°8 et 39°4.

Pas de vomissements, pas de frissons. Rien aux poumons.

2 août. — Malade abattue, se plaint d'une douleur sourde au côté droit de l'abdomen.

Le soir, à 15 heures mælena de petite abondance, à 17 h. nouvelle selle de sang rougeâtre, non digéré.

L'état général est moins bon, le pouls plus filant, plus fréquent.

Depuis ce jour, jusqu'au 11 août, la malade est somnolente ; la palpation de la région supérieure de l'abdomen reste douloureuse.

La température reste élevée ; le pouls instable.

11 août. — On pense à une collection purulente sus-hépatique repoussant en avant le foie, qui déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt.

L'intervention chirurgicale est décidée et pratiquée le 12 août (M. Lapointe). Elle montre l'existence d'un abcès du foie, du volume d'une noix, entouré de plusieurs petit abcès.

Mort le 13 août.

Autopsie. — Aucune trace de péritonite adhésive, mais petit bassin rempli d'un liquide rougeâtre, foncé, sirupeux, sans caillots fibrineux ni hématiques.

Anses intestinales libres.

Appendice adhérent, rétro-supéro-interne. En le libérant de ses adhérences on trouve, au niveau de l'angle iléo-côlique, un abcès dont les parois sont formées par l'appendice, le mésentère, les replis péritonéaux, sans communication avec l'appendice, le cæcum et l'iléon ; abcès du volume d'une grosse noisette.

L'appendice est adhérent vers son extrémité distale, coudé à sa partie moyenne et son segment terminal est épaissi et très adhérent.

OBSERVATION VIII

(A. Mignon, *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 21 mai 1902.)

M..., 23 ans. Entre à l'hôpital le 28 décembre 1900. Bonne santé habituelle. Tendance à la constipation.

Le 26 décembre, M... fut réveillé, pendant la nuit, par un malaise général, quelques coliques et le besoin d'aller à la

selle. Le lendemain, il prit un purgatif et fit *son service de brigadier*. Mais il fut obligé de se coucher dans la soirée.

Il est évacué de Bures (S.-et-O.) sur le Val-de-Grâce le 28 décembre et fait la route *en chemin de fer et à pied* avec un peu de fatigue.

Je le vois dans la soirée et suis frappé, tout d'abord, de la teinte d'infection du visage. Les téguments sont jaunes et, surtout, autour du nez et sur le front ; les pommettes sont rouges et les conjonctives subictériques. La langue saburrale, large et étalée, conserve l'empreinte des dents. Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. Il est un peu sensible dans toute son étendue avec un maximum de sensibilité au point de Mac Burney. Pas de défense musculaire. Pouls régulier, ample, bien frappé, 84. Température 38°9.

Evidemment, le diagnostic le plus probable est celui d'appendicite, mais je mets un gros point d'interrogation. En tout cas je fais placer le sac de glace sur l'abdomen, et je me propose une observation attentive.

Dans les jours suivants il n'est plus question de douleurs spontanées de ventre, et *il faut déprimer et écraser en quelque sorte le cæcum pour éveiller la sensibilité*. Mais deux phénomènes bien nets sont constatés : de la *céphalalgie* et des *selles diarrhéiques*. Il y a des jours où le malade a une douzaine de selles par vingt-quatre heures. La température oscille entre 38°5 le soir. Le pouls est à 80 ou 90.

Je fais appeler un de mes collègues de médecine et nous concluons à une infection dothiénentérique possible. Le malade passe en médecine le 6 janvier 1901.

Là on constate les phénomènes suivants :

6 janvier. — Torpeur intellectuelle et tendance au sommeil ;

lassitude, lourdeur de la tête ; peau et conjonctives jaunes ; anorexie marquée ; langue sèche ; soif vive.

Estomac légèrement douloureux à la pression.

La pression sur l'abdomen n'est pas douloureuse sauf au niveau du foie.

Deux selles. Matières blanc jaunâtre, couleur mastic.

Foie augmenté de volume ; urines abondantes avec un peu d'albumine et quelques pigments biliaires. Pouls 112.

Séro-diagnostic négatif.

8 janvier. — Foie légèrement moins volumineux. Hier soir, vomissements. Pas de selles. Pouls 120.

Abattement, lassitude, obnubilation.

Frisson assez violent le matin, au réveil, au moment de la réfection du lit.

10 janvier. — Le foie semble de nouveau augmenté de volume d'un bon travers de doigt.

Urines sans albumine avec traces de pigments biliaires. Pas de frisson. Même lassitude et lourdeur de tête. Pouls 98. Plus de diarrhée.

13 janvier. — Le malade a tous les jours des frissons plus ou moins prolongés et des sauts de température de 2 degrés à 2 degrés et demi.

Le foie est hypertrophié ; il arrive à un travers de doigt au-dessous du mamelon, de même qu'il déborde le thorax d'un travers de doigt.

Il me semble, qu'il ne peut y avoir de doute dans le diagnostic d'une hépatite suppurée, et que, celle-ci, doit être rattachée à une *appendicite légère*, traduite par les symptômes atténués du début.

Ponction hépatique : pus chargé de microbes d'origine

intestinale. Immédiatement après la ponction, j'ai fait l'ouverture du foie au point d'où le pus avait été retiré, c'est-à-dire, au niveau de la VII^e côte et sur la paroi latérale du thorax. Je n'ai pas trouvé de cavité purulente proprement dite, mais une substance glandulaire ramollie dans laquelle le doigt entre aussi facilement que dans la gélatine.

Le malade, ne souffrant pas du ventre, *j'ai pensé que la lésion originelle était réparée*. L'état du foie dominait la scène et me semblait devoir entraîner la mort du sujet.

Celle-ci survint, en effet, trois jours après.

L'autopsie a montré que l'appendice était appliqué sur la paroi postérieure de la fosse iliaque, par des adhérences assez résistantes. Toute la moitié intérieure était *noire et sphacelée*. Les veinules de ses parois étaient distendues et thrombosées.

Pas de pus autour de lui. Foie criblé d'abcès. Ramifications de la veine porte remplies et entourées de pus.

OBSERVATION IX (Résumée)

(In thèse de Morizetti.)

Réactions nerveuses au cours de l'appendicite

Mlle D..., 10 ans, pas de signes de syphilis héréditaire.

Présente, le 30 mai 1905, une première crise à type méningé caractérisée par : céphalée fronto-occipitale, vomissements, constipation formelle, somnolence. Température 39°5. Pouls 120-130. Strabisme.

Le ventre n'est pas rétracté, il existe une certaine tension,

surtout marquée, au niveau de la fosse iliaque droite qui est douloureuse.

Diagnostic. — Méningite tuberculeuse.

Au bout de six semaines la guérison est réalisée.

Le 20 août 1905, deuxième crise avec, d'abord, des convulsions généralisées, du strabisme. Raideur de la nuque, signe de Kernig net, hyperesthésie cutanée. Réflexes exagérés. Céphalée, vomissements, constipation.

Respiration irrégulière.

Au bout de cinq jours, phénomènes paralytiques : incontinence des sphincters, état demi-comateux pendant une dizaine de jours.

Examen de l'abdomen. — Tension de la fosse iliaque droite avec douleur nette au point de Mac Burney.

Température 39 à 40 degrés.

Pouls 120 à 130.

Albuminurie.

Pendant la première huitaine on pense à la thyphoïde ; plus tard, au moment de l'apparition du coma, les signes abdominaux étant nets, on pense à une méningite tuberculeuse, accompagnant une tuberculose abdominale. Amélioration. Guérison apparente le 1^{er} octobre.

Le 25 mars 1906, l'enfant entre dans le service du D^r Jala-guier pour appendicite, avec douleur nette au point de Mac Burney, amaigrissement. Pouls 80.

Intervention le 6 avril. Appendice contenant, à sa partie moyenne, une demi-cuillerée à café de liquide hémopurulent, riche en colibacille.

Guérison, après intervention.

CHAPITRE II

Les appendicites aiguës atypiques à syndromes toxi-infectieux

L'étude des observations précédentes montre que :

1° Il y a des appendicites à symptomatologie trompeuse, par suite de la disproportion qui existe entre le syndrome abdominal très effacé et le syndrome toxi-infectieux général très marqué ;

2° Une période, plus ou moins longue, s'écoule entre le début de la maladie et l'explosion des phénomènes graves, toxiques ou péritonéaux.

Nous nous proposons d'étudier, d'abord le mode de début de ces appendicites atypiques ; nous verrons, ensuite, ce que l'on peut obtenir de l'examen de l'abdomen, enfin, nous passerons en revue les divers syndromes toxi-infectieux sous lesquels se cache l'appendicite.

Le début

Lorsque l'on a la fortune d'assister au début de la crise d'appendicite, lorsque l'on est appelé dans les premières heures, il est rare que l'on ait à se préoccuper des causes d'erreur que nous allons étudier.

A part quelques cas, véritablement exceptionnels, où le début fut absolument trompeur, le plus souvent, les premières heures ont été marquées d'un cachet appendiculaire et, dans la plupart des observations, on voit formulée, d'abord, l'hypothèse de l'appendicite. Mais ces phénomènes sont si fugaces, si vite effacés, que le diagnostic est presque toujours abandonné pour un diagnostic moins chirurgical.

Le plus souvent c'est au bout de douze heures au moins que l'on est appelé à voir le malade ; l'aspect en est changé, s'est estompé. Il faut tenir compte des signes les plus discrets et commencer par interroger le patient avec le plus grand soin.

Dans quelques cas on ne met en évidence que l'apparition brusque d'un malaise général, quelques coliques vagues, imprécises, mal localisées dans l'abdomen.

D'ordinaire, on apprend qu'au cours d'une santé en apparence parfaite, une crise douloureuse a éclaté. Le malade est formel, il était en excellent état la veille, avait travaillé comme d'habitude ; aucune cause, aucune faute d'hygiène ou d'alimentation n'est à relever. La douleur a été soudaine, mais sans grande violence, douleur profonde, bien localisée, dont il est aisé de faire préciser le siège, sans diffusion au reste de l'abdomen. Le malade désigne nettement le point de Mac Burney.

Des nausées, plus rarement des vomissements, ont accompagné la douleur. En somme, on retrouve par l'interrogatoire, l'histoire nette d'une crise appen-

diculaire. Mais, on ne la retrouve que par l'interrogatoire, ce qui en diminue singulièrement la valeur. Cependant, joints aux symptômes abdominaux, si légers soient-ils, ces souvenirs acquièrent une singulière importance lorsque sont apparus les symptômes toxi-infectieux.

La période d'état

1° **Le syndrome abdominal.** — Lorsque l'on se trouve en présence d'un malade qui rappelle une histoire aussi classique de crise appendiculaire, quels que soient les phénomènes toxi-infectieux qu'il présente, un examen minutieux de l'abdomen s'impose. *Examen très minutieux*, car, devant l'importance des phénomènes généraux et les syndromes divers qu'ils réalisent, l'esprit n'a que trop de tendance à négliger des signes aussi légers. Il peut exister des cas où aucune réaction ne persiste ; le plus souvent il existe encore une réaction très fruste.

Que trouve-t-on dans ces cas ?

« Ce qu'on trouve, dit Descomps, c'est une douleur obtuse, ne dépassant pas la nuance d'une légère différence de résistance défensive à la palpation douce — très douce — de la paroi, quand on explore en « pianotant » sans insistance et du bout des doigts, sur la paroi abdominale, au droit des deux fosses iliaques droite et gauche ; mais assez souvent la douleur siège au creux épigastrique ou diffuse dans tout l'abdomen.

« Il n'est nullement question d'un point appendiculaire et à plus forte raison, d'un point, qui répondrait anatomiquement à la projection pariétale précise de l'appendice. » Quant à l'hyperesthésie cutanée elle ne se retrouve pas.

Bref, polymorphisme de la douleur, variations topographiques de son siège, fréquence en particulier de la localisation épigastrique. Le toucher rectal ou vaginal peut, dans certains cas, préciser un syndrome douloureux atténué. Les renseignements qu'il fournit sont aussi imprécis que ceux du palper abdominal. Cependant, ce moyen d'investigation ne sera, sous aucun prétexte, négligé.

2° **Les syndromes toxi-infectieux.** — De la lecture de l'observation II, on peut retenir qu'il y a des appendicites aiguës, entièrement cachées pendant un temps indéterminé. Il est impossible de rien préjuger de plus : l'appendicite peut exister sans réaction locale ou générale, trouvant l'intervention. Beaucoup plus intéressants sont les autres faits cliniques et d'abord.

ARTICLE PREMIER

Les appendicites simulant l'embarras gastrique

C'est, en général, dans les hôpitaux d'enfants que l'on a l'occasion d'observer cette forme clinique d'appendicite aiguë, beaucoup plus rare chez l'adulte,

et c'est une notion courante en pédiatrie qu'il faut se méfier du diagnostic simpliste d'embarras gastrique. « On n'oubliera jamais, dit Broca, que chez l'enfant, l'embarras gastrique fébrile, simple, est presque toujours symptomatique d'une appendicite. » Combien d'enfants sont conduits, chaque jour, à l'hôpital en pleine péritonite aiguë généralisée, qui furent traités les jours précédents pour une simple indigestion et purgés ! L'enfant a vomi, il a quelques coliques, ne va pas à la selle, c'est assez pour provoquer la purgation qui déclanchera la perforation appendiculaire.

Comment se présentent donc ces faux embarras gastriques, comment peut-on démasquer l'appendicite ? Il s'agit d'un enfant qui, la veille, a souffert de douleurs abdominales assez vives qualifiées de coliques, qui a vomi et depuis ne garde aucun aliment et dont, à première vue, le ventre est redevenu souple, indolore.

Le premier symptôme d'alarme, c'est l'état général : la figure est fatiguée, les traits un peu tirés, l'enfant est grognon, se laisse mal examiner, d'emblée on a la notion d'une maladie en activité.

D'ailleurs l'enfant continue à vomir, il vomit plus que dans un simple embarras gastrique ; l'appendicite est une affection vomitive et l'enfant a des nausées quand on l'examine ; veut-on lui faire absorber un bol de lait, il le rejette. Cette intolérance pour tous les aliments liquides est tout à fait anormale dans la seconde enfance, où, les vomissements acétoné-

miques — reconnaissables à l'odeur caractéristique de l'haleine -- ne se rencontrent plus.

Donc, vomissements à répétition, état nauséeux prolongé, suffisent à rendre fort suspect un diagnostic d'indigestion.

Lorsque la fièvre n'est pas élevée — on sait que les enfants réagissent très facilement et très fortement par de l'hyperthermie au moindre incident — l'accélération du pouls prend une très grande valeur. La dissociation du pouls et de la température est toujours un symptôme d'alarme. Enfin la langue sèche de l'appendicite toxique est un symptôme qui, à lui seul, suffit à éveiller l'attention. Mais il ne suffit pas, par discipline d'esprit, de penser à l'appendicite devant un embarras gastrique atypique; ce diagnostic entraîne une sanction thérapeutique; il faut, à ces premiers arguments, ajouter un faisceau d'autres preuves.

Peut-on tirer argument, de l'absence de toute cause connue, d'embarras gastrique? Il est certain que l'appendicite est d'ordinaire primitive, sans étiologie apparente et qu'on ne retrouve pas devant elle la notion d'une faute d'alimentation, d'une adénoïdite aiguë, d'une fièvre éruptive.

Pourtant, il est parfois possible de rattacher une attaque d'appendicite à la grippe et l'on sait que la crise douloureuse appendiculaire est parfois le premier signe d'une rougeole.

C'est, évidemment, à l'examen minutieux de l'abdomen, qu'on demandera des preuves en dernier

ressort. Nous ne reparlerons de ces symptômes abdominaux frustes que nous avons étudiés précédemment que pour noter l'existence, chez l'enfant, d'un symptôme caractéristique. « *Le phénomène du pincement ombilical*, dit Walther, subit, passager, durant deux à trois secondes, avec un état de malaise, une pâleur particulière qui disparaissent aussitôt. » Chez l'enfant aussi, signalons l'importance du toucher rectal, facile, permettant une exploration profonde, donnant souvent des renseignements très nets, en réveillant la douleur dans la fosse iliaque droite. En résumé, devant un embarras gastrique de l'enfance, il faut se garder de conclure à la légère à un trouble passager et bénin, mais penser *systématiquement* à l'appendicite et la rechercher pour plusieurs raisons : raison de fréquence, anomalie dans la persistance de l'état nauséux, accélération du pouls, sécheresse de la langue, persistance d'un léger syndrome iliaque droit, décelable par la palpation et le toucher rectal.

« On ne pense pas assez à l'appendicite, dit Walther, ou même on en repousse l'idée, et cette appendico-phobie est la source de bien des désastres. Combien d'enfants avons-nous vus, victimes du diagnostic d'entérite, d'entéro-côlite, d'entéralgie, etc., diagnostic maintenu jusqu'au moment où une péritonite diffuse se révélait par des signes assez nets pour imposer l'appel du chirurgien, mais aussi pour rendre toute opération chirurgicale impuissante. »

ARTICLE II

Appendicites atypiques avec syndrome typhique

L'un des syndromes, sous lesquels il est le plus malaisé de dépister l'appendicite, c'est le syndrome typhique. En effet :

1° L'appendicite peut simuler la fièvre typhoïde, les symptômes abdominaux restant effacés, au second plan ;

2° La fièvre typhoïde s'accompagne souvent d'une légère réaction appendiculaire.

Nous ne parlerons pas ici des cas de typhoïde qui, à leur début ou dans le cours de leur évolution, s'accompagnent d'une complication appendiculaire grave pouvant aller jusqu'à la gangrène de l'appendice, et ne voulons envisager que les cas frustes dont le diagnostic pose des problèmes difficiles à résoudre.

Dans la plupart des cas, le syndrome typhique, réalisé par l'appendicite, conserve un cachet particulier : le début, certaines particularités du tableau clinique, permettent de mettre en doute le diagnostic de dothiéntérie.

Le mode de début doit être soigneusement précisé ; c'est l'un des meilleurs moyens de discrémiation. L'appendicite à forme typhoïdique a un début brusque, plus ou moins bruyant, mais toujours un

début franc. L'interrogatoire du malade montre nettement que, la veille, les jours précédents, rien d'anormal n'a été remarqué, que l'appétit a été conservé, les forces intactes, le travail normal. Il est bien connu que la fièvre typhoïde, surtout chez l'enfant, peut avoir un début soudain, mais, chez l'adulte, on met, presque toujours en évidence, la période prémonitoire où se sont installés progressivement la céphalée, l'insomnie, les épistaxis, les vertiges, la fatigue générale.

Ce qui doit être ici particulièrement sujet à caution c'est la valeur du syndrome douloureux subjectif initial : en principe, on oppose, la douleur vive, nettement localisée de l'appendicite, aux sensations pénibles, vagues, diffuses, mal précisées, mal situées dans l'abdomen, de la typhoïde, en pratique rien n'est plus discutable et il est, en général, impossible, en se basant sur les signes locaux, de différencier un syndrome appendiculaire pur et simple, d'une réaction appendiculaire d'origine éberthienne. La confusion est de tous les jours.

Au contraire, il faut attacher une grande importance à l'apparition soudaine et très précoce de la diarrhée. Elle oriente, à tort, vers la typhoïde, pourtant, dit Lejars, « la diarrhée n'est pas rare dans l'appendicite et elle s'observe en particulier dans les formes graves et septiques... ». Cette diarrhée du début est souvent très abondante et la multiplicité des selles liquides dans les premiers jours ne cadre pas avec ce qui se passe dans la fièvre typhoïde, où la

diarrhée ne s'installe, d'ordinaire, qu'après une première période de constipation.

En somme, on peut, dans la grande majorité des cas, opposer le début brusque, la diarrhée intense initiale de l'appendicite, au début progressif, à la diarrhée tardive, de la typhoïde; du syndrome douloureux subjectif on ne peut, dans ces cas difficiles, tirer aucun argument décisif.

Lorsqu'au bout de quelques heures, on examine le malade, c'est de l'étude de l'état général que l'on obtiendra les meilleurs moyens de discrémiation : Constater que le malade est prostré, indifférent, que son facies est figé, immobile qu'il répond lentement, tardivement aux questions qu'on lui pose, que sa parole est traînante et sans vigueur, c'est déjà écarter l'hypothèse d'appendicite à bon escient.

Autant il est exceptionnel de voir une appendicite s'accompagner de stupeur, autant il est courant d'observer ce symptôme dans la typhoïde.

Le seul symptôme, dont on puisse mettre la valeur en parallèle avec celle de la prostration et de la stupeur, c'est l'état du pouls. La bradycardie relative de la dothiéntérie s'oppose à la tachycardie de l'appendicite. De la courbe thermique, de l'absence ou de la présence d'albumine dans les urines, il y a peu de chose à dire, rien ne sépare nettement, à ce point de vue, une appendicite cachée d'une typhoïde.

L'absence de râles disséminés de bronchite aux

bases, par contre, doit orienter le diagnostic vers l'appendicite.

Quels renseignements peut nous fournir l'examen de l'abdomen ?

Il est évident que la présence des taches rosées serait décisive. Malheureusement elle sont tardives dans la typhoïde.

Une splénomégalie nette serait capitale ; mais que dire d'une légère augmentation de la matité sphénique ?

Le gargouillement de la fosse iliaque droite est en rapport avec la diarrhée ; sa constatation est donc, à notre point de vue, sans valeur. Nous ne revenons pas sur l'étude du syndrome abdominal, très fruste, appendiculaire que nous avons déjà décrit. Cependant, il convient de faire remarquer ici, que, de même que le syndrome subjectif douloureux du début peut être en rapport aussi bien avec la dothiéntérie qu'avec l'appendicite, de même, la constatation d'une imprécise manifestation douloureuse iliaque droite à la palpation, ne résout pas la question. On a, si souvent, observé dans la typhoïde des cas très nets de syndromes douloureux localisés au point de Mac Burney que la constatation d'un symptôme effacé perd toute valeur diagnostique.

Il est un point sur lequel nous voulons, au contraire, insister : Lorsqu'au cours de l'examen d'un malade que l'on soupçonne être atteint de fièvre typhoïde, on remarque que la palpation du foie réveille une douleur au point vésiculaire, on ajoute

ce symptôme à la liste des signes favorables à l'hypothèse émise. Mais, si on a la moindre raison d'hésiter entre appendicite et dothiéntérie, ce syndrome douloureux ne saurait être utilisé dans un sens ou dans l'autre, car nous verrons qu'il fait traduire l'existence d'une hépatite infectieuse aiguë d'origine appendiculaire (obs. VI, VII, VIII).

En résumé, en l'absence des signes abdominaux nets, c'est, à l'étude du mode de début, à l'appréciation de l'état général, à l'étude du pouls, en somme, à l'appréciation de ce qui fait l'essence même du syndrome typhique, que l'on accorde le plus de valeur.

Et pourtant, ces symptômes, eux-mêmes, peuvent tromper; l'analogie entre la typhoïde et l'appendicite peut être complète et l'observation IV, de M. Lejars, en est la meilleure preuve. On y trouve la prostration et la stupeur même.

Sur quels signes alors s'appuyer, où faut-il chercher la certitude ?

Si la température est assez élevée l'hémoculture sera pratiquée, et on y associera toujours le séro-diagnostic, étant donné l'ignorance dans laquelle on se trouve de la date du début réel, d'une typhoïde atypique, ambulatoire.

L'examen du sang et l'établissement de la formule hémoleucocytaire est en définitive, dans les cas embarrassants, un élément capital, d'autant plus qu'à la fièvre typhoïde on reconnaît une formule type de leucopénie avec mononucléose. Dans l'appendicite, au contraire, l'élévation du nombre des

globules blancs est presque constante au début de la crise ; la leucocytose atteint 15 à 16.000 avec 85 à 90 0/0 de polynucléaires.

ARTICLE III

Les appendicites atypiques avec manifestations hépatiques

A) Appendicites avec ictère. — Les complications hépatiques de l'appendicite ont été étudiées par des nombreux auteurs depuis la description qu'en fit Dieulafoy et l'ictère est devenu le symptôme de base du tableau clinique de l'appendicite toxique. On attribue à l'appendicite divers types d'ictère ; en général on associe, aux appendicites bénignes les ictères de type catarrhal, aux appendicites gangréneuses les ictères graves. En réalité, il faut reconnaître qu'il n'y a pas de relation constante entre la gravité apparente d'un ictère et l'intensité réelle de l'intoxication appendiculaire.

Avant donc d'entreprendre l'étude de l'ictère au cours de l'appendicite atypique, il doit être bien entendu que les termes d'ictère de type catarrhal bénin, d'ictère atténué, d'ictère à type infectieux aigu, grave, ne sont que des étiquettes cliniques, ne traduisant que des apparences, sans rien inférer de la gravité du processus toxi-infectieux.

a) Ictère de type catarrhal. — Le tableau clinique est fait avant tout d'ictère, ictère franc, coloration

jaune nette des téguments, peau et muqueuses, avec présence de pigments biliaires dans l'urine, décoloration des matières fécales.

L'ictère n'apparaît pas d'emblée, mais d'ordinaire, seulement vers le deuxième ou le troisième jour de la crise appendiculaire.

Le début reste fort analogue à celui de tout ictère bénin : quelques douleurs ont pu marquer les premières heures, mais ce qui reste le plus net, c'est un état nauséux, des vomissements, des troubles intestinaux, l'établissement d'une diarrhée souvent importante. Un état de fatigue important, des malaises complètent un tableau qui n'attire pas particulièrement l'attention sur l'appendice, on qualifie l'ensemble d'embarras gastrique. Le lendemain et les jours suivants on voit se développer l'ictère comme un ictère infectieux bénin, très progressivement, d'abord sur les muqueuses, puis sur la peau. C'est à ce moment qu'il faut dépister l'appendicite ; mais devant quels signes le soupçonnera-t-on ?

On ne peut compter sur de grandes altérations de l'état général pour différencier l'appendicite et l'ictère catarrhal ; cependant on peut voir dans la première persister un état de malaises inexplicables en apparence.

La diarrhée, lorsqu'elle prend une intensité considérable, peut être un élément de diagnostic ; nous ne reviendrons pas sur l'étude de cette diarrhée profuse, abondante dont nous avons parlé au sujet des formes typiques de l'appendicite.

La constatation d'une albuminurie intense a autant de valeur. Un ictère infectieux bénin ne s'accompagne guère d'une albuminurie considérable, et des grosses traces d'albumine, indiquant une forte atteinte aiguë du rein sont des indices de gravité en dépit de la conservation relative de l'état général.

Mais le symptôme, sur lequel depuis Dieulafoy, il est classique d'attacher une importance extrême dans la séméiologie des appendicites traitresses, c'est *la dissociation du pouls et de la température*. Ce symptôme peut manquer comme manquent parfois l'albuminurie, la diarrhée, mais de tous les éléments d'alarme c'est cependant le plus constant et le moins décevant. L'observation I confirme cette affirmation ; alors que l'état général semblait excellent, que la température restait à 38 degrés le cinquième jour, que l'albumine manquait, *le pouls battait à 118*. Une telle dissociation du pouls et de la température, si l'appendicite avait été connue, eut entraîné une intervention immédiate. Certes, cette dissociation à elle seule, ne suffit pas à donner la clef du diagnostic ; elle indique une intoxication profonde, analogue à celle que l'on observe dans la diphtérie maligne, elle doit faire rechercher la cause de cette intoxication et à ne pas se contenter de l'étiquette d'ictère catarrhal. Mentionnons ici que, comme dans le syndrome typhique, l'étude de la formule sanguine conserve une grande valeur par la constatation, de l'hyperleucocytose et de la polynucléose.

De la notion d'ictère toxi-infectieux grave à la

notion d'appendicite il n'y a qu'un pas : dès que l'on recherche l'étiologie d'un ictère, l'idée d'appendicite doit se présenter à l'esprit au même titre que l'idée d'un empoisonnement alimentaire ou autre. L'étiologie des ictères toxi-infectieux est cependant assez vaste pour que le diagnostic de l'appendicite ne puisse être un diagnostic obtenu par élimination ; il faut penser à l'appendicite et la rechercher, si aucune autre cause ne s'impose à l'esprit. On n'a le droit de parler d'ictère essentiel ou cryptogénétique, ou infectieux de cause inconnue, c'est-à-dire de faire aveu d'impuissance, qu'après avoir sérieusement recherché l'existence d'une appendicite.

b) *Appendicites avec subictère.* — Très voisins des cas précédents, mais plus difficiles encore à dépister, sont les cas d'appendicites atypiques avec subictère à peine teinté.

Quelques manifestations douloureuses vagues, quelques malaises, un état nauséux ont signalé l'entrée en scène de l'appendicite. Tout s'est calmé, pendant plusieurs jours, aucun symptôme n'est venu donner l'alarme et brusquement, sans signes prémonitoires, l'état général s'altère, une asthénie profonde apparaît, tout de suite, c'est le collapsus cardiaque brutal. Il ne faut voir là, selon Aubertin, que la terminaison d'une insuffisance hépatique latente, évoluant sourdement, passée inaperçue faute de la recherche de l'urobiline et de l'albumine dans les urines.

c) *Appendicites avec ictère grave.* — Nous n'insis-

terons pas sur cette forme, mieux étudiée, au cours de l'évolution d'appendicites dissimulées gangréneuses. Notons seulement l'importance des réactions générales : facies grippé, ailes du nez battantes, respiration rapide et superficielle. Ictère franc vrai pouvant être intense ou au contraire atténué.

Des symptômes nerveux, délire, convulsions, s'associent à des troubles intestinaux (diarrhée), à des troubles urinaires (albuminurie) et, surtout, à des hématomés de sang noir (vomito negro appendiculaire).

Ici surtout s'affirme la dissociation du pouls et de la température. Ces faits sont connus et, depuis Dieulafoy, il est avéré que l'on doit faire à l'appendicite dans l'étiologie de l'ictère grave, une large place. On doit la rechercher comme, chez un alcoolique en état de délirium tremens avec ictère grave, on recherche la pneumonie.

B) Appendicites atypiques avec hépatite infectieuse aiguë. Abscess du foie. — Les complications infectieuses suppurées du foie dans l'appendicite, sont bien connues depuis la magistrale description de Dieulafoy. Cependant, on a, surtout encore, insisté sur l'étude des complications hépatiques de l'appendicite avérée. L'observation que nous avons rapportée montre cependant l'importance que Dieulafoy attachait aux abscess du foie dans le diagnostic des appendicites cachées.

« L'infection hépatique, dit-il, peut survenir quelle que soit la variété de l'appendicite... elle peut être

assez légère pour passer inaperçue aux yeux d'un observateur inattentif ou inexpérimenté. »

L'évolution d'une appendicite atypique avec abcès du foie se fait en deux périodes bien différentes, et qui posent des problèmes de diagnostic d'ordre très divers : la première période, période des troubles généraux, s'oppose à la seconde période dont la symptomatologie très riche est nettement hépatique.

Comme dans tous les cas d'appendicite atypique, le début peut avoir été marqué par des douleurs violentes mais transitoires (cas de Dieulafoy), d'autres fois tout se limite à un syndrome diffus d'embarras gastrique, de nausées, de malaises généraux. Et c'est alors que, pendant une période de dix à quinze jours, un mois même, vont se dérouler les symptômes trompeurs de l'infection partie de l'appendice. Cette période peut être une période de calme absolu, le malade après les malaises du début peut, s'étant reposé un ou deux jours, reprendre son travail — véritable forme ambulatoire — jusqu'au jour où brusquement éclatera la complication hépatique (obs. VII).

D'ordinaire, le syndrome général infectieux s'accuse peu à peu, se rapprochant du syndrome typhique que nous avons déjà étudié au cours de ce travail.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *L'hépatite infectieuse aiguë*

Ce qui en fait l'élément capital c'est la fièvre continue. La fièvre dans l'hépatite infectieuse aiguë

appendiculaire n'affecte pas, en général, à cette période, le type septique à grandes oscillations (Aubertin). Le plus souvent, c'est une fièvre élevée 39 degrés, avec des rémissions matinales de faible intensité. La fièvre peut s'être élevée d'emblée à cette température élevée ; elle peut, pendant plusieurs jours, rester aux environs de 38-38°. Le pouls reste en accord avec la température, régulier.

L'état saburral de la langue, l'existence d'une constipation opiniâtre ou d'une diarrhée peuvent compléter le tableau clinique d'une fièvre continue à son début avec troubles intestinaux.

À cela il faut ajouter l'ictère, l'ictère que nous retrouvons dans presque toutes les manifestations toxi-infectieuses de l'appendicite atypique, plus ou moins foncé, léger ou franc, avec décoloration plus ou moins complète des matières fécales et passage d'urobiline dans les urines. L'albuminurie est de constatation fréquente.

L'état général est peu altéré encore.

L'examen de l'abdomen est peu significatif : une légère réaction appendiculaire peut persister à la palpation profonde ; ce qui domine déjà c'est la douleur provoquée au niveau du foie ainsi que l'augmentation du volume de cet organe.

Et devant ces symptômes on pourra résumer les constatations cliniques sous l'énoncé de : fièvre continue avec ictère, congestion douloureuse du foie, légère réaction appendiculaire. Rien, n'est plus semblable encore à la dothiéntérie. Nous ne revien-

drons pas sur les moyens de différencier l'appendicite de cette affection.

DEUXIÈME PÉRIODE. — *Abcès du foie*

Au bout de dix jours, quinze jours, un mois, parfois même deux ou trois mois, après une lente évolution, avec altération progressive de l'état général, coupée de périodes de rémission de courte durée, un changement important va se manifester dans l'allure de la maladie.

Un abcès du foie, ou plus souvent de nombreux petits abcès du foie se sont formés, ils vont occuper toute la scène clinique.

C'est donc en général vers le quinzième jour de la maladie que l'on a le plus souvent tenté de faire rentrer dans le groupe des infections éberthiennes, que l'on constate un changement dans l'allure de la fièvre : de continue elle devient oscillante, le malade a de petits mouvements de fièvre soulignés par quelques frissons, parfois grands frissons, violents, traduisant les oscillations de 2 à 3 degrés de fièvre.

L'amaigrissement fait de rapides progrès. L'appétit a disparu. Une diarrhée épuisante s'installe.

L'examen de l'abdomen décèle dans l'hypocondre droit une douleur diffuse, violente, profonde, dont le maximum siège d'ordinaire au point vésiculaire, douleur spontanée, exagérée par l'examen. La palpation et la percussion permettent de constater une

augmentation notable du volume du foie qui reste lisse, débordant les fausses côtes de 5 à 10 centimètres ; parfois on a la sensation d'un empâtement périhépatique.

La rate est volumineuse, quelquefois très grosse.

Tels sont les symptômes, les plus fréquemment observés. L'ictère est inconstant, tout se borne d'ordinaire à du subictère, avec teint terreux, facies cachectique.

En somme, il s'agit nettement d'une hépatomégalie douloureuse, avec splénomégalie, fièvre élevée avec oscillations étendues de la courbe thermique, frissons, subictère, apparue au cours de l'évolution d'un état fébrile durant depuis quinze jours.

La radioscopie, la ponction du foie n'ajoutent rien à l'examen clinique : l'hépatomégalie est régulière, la ponction est souvent impuissante à ramener du pus. Quand on peut en recueillir c'est du pus verdâtre, fétide, riche en germes variés, tant aérobies qu'anaérobies. L'appendicite atypique peut donc ne se révéler que par une complication infectieuse hépatique avec une symptomatologie, très imprécise d'abord, d'allure typhique, avec une symptomatologie nettement hépatique, plus tard.

Ainsi, en présence d'un abcès du foie dont l'étiologie n'est pas évidente, faudra-t-il penser à l'appendicite causale au même titre qu'à l'abcès amibien aigu et à l'abcès qui complique une fièvre typhoïde, ou

même à une cholécystite calculeuse (Goodfellow, Lecène).

Quand les signes abdominaux iliaques droits manquent, quand on ne les retrouve qu'ébauchés dans les souvenirs du malade, c'est en procédant par élimination qu'on arrivera au diagnostic d'appendicite : éliminant la typhoïde par la séro-réaction, l'abcès amibien par l'examen attentif des selles, la recherche des kystes après diarrhée provoquée, au besoin après rectoscopie constatant l'absence d'ulcérations dysentériques. Pour retrouver l'appendicite il faut d'abord y penser, et on doit y penser en raison de la fréquence des complications hépatiques tardives de l'appendicite.

ARTICLE IV

Appendicites atypiques avec réactions méningées

Nous n'insisterons pas beaucoup sur cette forme pour deux raisons : d'abord, parce que les observations d'appendicites simulant la méningite sont fort rares, nous n'en avons retrouvé qu'une seule, comportant d'ailleurs des symptômes appendiculaires nets. En second lieu, parce que cette observation, dont nous avons donné un résumé succinct, a fait l'objet d'un travail complet sur la question (thèse de Morizetti, 1906). Faute de documents nou-

veaux, nous nous contenterons de rappeler les points principaux de cette étude.

L'appendicite peut être prise pour une méningite lorsqu'elle réalise deux conditions :

- 1° Lorsque le syndrome abdominal est léger ;
- 2° Lorsqu'elle s'accompagne d'un syndrome méningé très accentué et hors de proportion avec les symptômes iliaques droits.

Ces faits peuvent s'observer chez l'enfant, où la violence et la fréquence des réactions méningées est très bien connue au cours de la pneumonie, de la fièvre typhoïde particulièrement.

Le début brutal et le développement immédiat des signes méningés suffisent à impressionner l'esprit de l'observateur, à diminuer pour lui la valeur des signes abdominaux.

C'est d'emblée donc qu'apparaissent la céphalée violente, les vomissements, la constipation, des convulsions même.

Les troubles oculaires, strabisme, inégalité pupillaire, nystagmus, mydriase, diplopie peuvent s'observer, comme au début de la pneumonie de l'enfant. Il est certain que, la seule céphalée accompagnée de vomissements chez un enfant, même avec présence d'un signe de Kernig net, constitue un syndrome banal incapable d'orienter l'esprit définitivement vers le diagnostic de méningite.

Mais, l'existence des troubles oculaires importants, du strabisme avec inégalité pupillaire en particulier, impose presque à coup sûr l'hypothèse de

méningite. Ajouter à cela des pauses, des irrégularités du pouls et de la respiration, trouver une importante raideur de la nuque, un signe de Kernig net, c'est confirmer le diagnostic de méningite, c'est-à-dire dans 90 o/o des cas, de méningite tuberculeuse.

Les symptômes généraux, la fièvre élevée à 39 degrés, le pouls à 120, s'accordent avec ce diagnostic.

Quelle valeur, dans ces conditions, accorder à l'examen de l'abdomen?

Constater au cours d'une méningite que le ventre reste souple partout sauf dans la fosse iliaque droite, qu'à ce niveau la pression profonde réveille de la douleur est bien, mais quelle valeur accorder aux sensations d'un malade atteint de méningite?

Il est certain que, si l'on tient compte du début brusque, sans période prodromique, surtout si l'on remarque qu'il n'y a pas d'amaigrissement — et l'absence d'amaigrissement est capitale — et si, d'autre part, on tient compte de la température élevée, du point douloureux abdominal et enfin de l'absence très connue de symptomatologie pulmonaire de la pneumonie du sommet de l'enfant, il est certain que, dans ces conditions, on soupçonnera la possibilité de l'existence d'une pneumonie derrière la méningite. La ponction lombaire montrant l'absence de lymphocytose rachidienne, écartera le diagnostic de méningite et orientera davantage encore le diagnostic vers la pneumonie.

Si, par la radiographie on peut éliminer la pneu-

monie (c'est dans les premiers jours le seul moyen pratique), c'est l'hypothèse de la typhoïde que l'on envisagera.

Et en effet, la rareté des réactions méningées d'origine appendiculaire fait qu'en l'absence d'une réaction iliaque droite très franche, le diagnostic d'appendicite ne saurait être qu'un diagnostic d'exception, et posé *après élimination* des méningites vraies, de la pneumonie, de la typhoïde, du méningisme vermineux même, dont Guillaïn a rapporté récemment de si beaux exemples.

CHAPITRE III

Pronostic. — Evolution. — Constatations anatomiques

Nous avons vu que l'appendicite peut se présenter sous des apparences trompeuses très polymorphes, revêtant le type de l'embarras gastrique particulièrement chez l'enfant, de la fièvre typhoïde, ou bien se cachant sous le masque d'un ictère catarrhal en apparence bénin, ou d'un ictère franc, d'allure grave. Nous l'avons vue encore évoluant sournoisement sous l'apparence d'une hépatite aiguë infectieuse primitive, vers l'abcès du foie, enfin nous l'avons retrouvée dans les syndromes méningés de l'enfance.

Quel est le pronostic, quelle est la gravité, comment vont évoluer de telles appendicites. L'on peut dire de ces appendicites ce que l'on a dit de toutes les appendicites : on sait comment elles commencent, on ne peut rien présumer de leur évolution.

Cependant il faut, si l'on arrive au diagnostic difficile d'appendicite aiguë, être ici particulièrement sur ses gardes : ces appendicites semblent, pendant la première période de leur évolution, d'allure bénigne parce que les signes locaux sont frustes, mais

les signes généraux sont, eux, d'une toxi-infection qui peut être redoutable.

1° Il est vrai que l'on note des cas de guérison spontanée, on voit parfois ictère et phénomènes généraux régresser. « L'ictère, disent Gilbert et Lereboullet, n'a pas une signification pronostique toujours grave et nous avons observé plusieurs cas où, l'ictère, apparu dans les jours qui suivirent la crise aiguë, a eu l'allure d'un ictère catarrhal bénin. »

Dans les formes à type d'insuffisance hépatique aiguë, il y a des séries de cas où la guérison a été observée dans des cas d'appendicite nette (Dieulafoy, Routier, Ballin cité par Aubertin).

2° Beaucoup plus souvent l'appendicite s'aggrave brusquement. Parfois, c'est par constitution d'un abcès du foie ; plus souvent c'est par rupture d'un abcès, péri-appendiculaire, par développement d'une péritonite généralisée. Et c'est alors le tableau classique d'une violente douleur iliaque diffusant à tout l'abdomen, la contracture généralisée à tout le ventre, l'arrêt de la respiration diaphragmatique, la reprise des vomissements, l'élévation de la température, l'accélération extrême du pouls, le facies péritonéal. Ou bien c'est le collapsus algide, avec ballonnement du ventre dissociation du pouls et de la température. Bientôt la mort et à l'autopsie, dans le premier cas le ventre plein de pus, dans le second cas des anses intestinales rouges, congestionnées, baignant dans un liquide bouillon sale, fétide ;

3° Très souvent c'est à l'évolution d'une appendi-

cite toxique que l'on assiste. Jusqu'au bout les phénomènes péritonéaux manquent ; brusquement, alors que rien ne semblait alarmer survient une soudaine altération de l'état général : sensation de malaise extrême, d'asthénie profonde, de refroidissement. Le facies est cireux, subictérique, grippé, plombé, les ailes du nez pulvérulentes, battantes, le nez et les extrémités sont froides. La langue est sèche et rugueuse.

Les vomissements ont repris, alimentaires puis bilieux, verdâtres. Le pouls est petit, hypotendu, filant, incomptable. La respiration est extrêmement rapide, véritable polypnée avec des irrégularités dans le rythme respiratoire. Le hoquet apparaît. La température est abaissée au-dessous de 36°5. Les urines sont rares et fortement albumineuses.

En somme, il s'agit d'un syndrome toxique, extrêmement accentué avec collapsus cardiaque, entraînant rapidement la mort. A l'autopsie les lésions sont purement appendiculaires ; le péritoine est d'aspect absolument normal.

A quelles lésions de l'appendice correspondent les divers syndromes toxi-infectieux que nous avons passés en revue. Il faut, avant tout, distinguer deux formes d'appendicite, les appendicites avec abcès, les appendicites gangréneuses.

Il est certain que les appendicites avec abcès sont rarement des appendicites sans syndrome abdominal ; le fait peut, cependant, s'observer.

Les lésions gangréneuses offrent plus d'intérêt :

« Ce n'est précocement, dit Descomps, qu'un appendice porteur d'une folliculite, parfois généralisée, parfois étendue, parfois aussi très limitée et qui peut ne pas dépasser les dimensions d'une lentille. Mais au niveau de cette folliculite ulcérée, des agents hyperseptiques ont exalté leur virulence : coli-bacilles, streptocoques, anaérobies générateurs, par excellence, des processus gangréneux. » Plus tard, les lésions rapidement ont gagné en étendue, des veines thrombosées, noires, se dessinent sur le péritoine sain ; dans l'appendice on trouve une bouillie noire, odeur de sphacèle, avec gangrène superficielle de la muqueuse. Le péritoine peut rester sain jusqu'au bout, la gangrène reste sous-séreuse, souvent, dans les dernières heures, l'appendice se perforé, s'ampute et la péritonite suraiguë en résulte. A part ces deux formes importantes on peut observer des lésions variant de la simple congestion à l'ulcération avec appendice libre ou adhérent.

En somme, les lésions de l'appendice sont parfois assez peu marquées et on peut remarquer avec Aubertin l'opposition qu'il y a, dans certain cas, entre la diffusion et l'intensité des phénomènes toxico-infectieux et le caractère subaigu, discret même, des lésions de l'appendice.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir devant une appendicite atypique avec syndrome toxi-infectieux

Ce qui domine la thérapeutique de l'appendicite atypique avec syndrome toxi-infectieux, c'est l'impossibilité de juger la gravité de la crise. Il y a des cas bénins mais il y a des cas très sévères et, pendant plusieurs jours, on ne peut différencier cliniquement les premiers des seconds. D'autre part, est-il prudent de temporiser en guettant l'aggravation, arrivera-t-on à temps ? Outre qu'on ne sait jamais à quelle date une appendicite peut s'aggraver, que le syndrome suraigu peut s'observer au bout de douze heures comme au bout de cinq jours, quand on croit le malade tiré d'affaire en raison du temps écoulé, il faut bien se persuader que la perforation de l'appendice peut se produire avec des symptômes généraux très modérés, qu'il n'y a pas de transition entre l'intoxication en apparence légère et le grand syndrome toxique, mais une très brusque altération de l'état général.

Tout ce que l'on a le droit de dire c'est donc qu'il s'agit d'appendicite en évolution. Et, pour affirmer que l'appendicite évolue, que le feu couve sous les

cendres, point n'est besoin de voir se constituer un syndrome important, sévère ; un embarras gastrique, un ictère catarrhal derrière lesquels on dépiste une appendicite sont aussi graves à cet égard que le syndrome typhique le plus caractérisé. Or, actuellement l'immense majorité des chirurgiens admet, avec notre maître Hartmann, Gosset, Lenormant, et après les discussions de l'Académie de Médecine de 1919, qu'il n'existe qu'une seule contre-indication, opératoire de l'appendicite : la constatation d'un plastron solide, partant adhérent, auquel cas il est préférable d'attendre le refroidissement, quitte à intervenir dès qu'un seul signe d'alarme fait son apparition.

Dans les cas quinquous occupent il n'y a pas de plastron, pas de limitation, il y a des signes d'alarme, double indication d'intervention. Et l'on peut dire, avec Gosset, au sujet de l'appendicite ce qu'il est devenu classique de dire dans la contusion de l'abdomen « dans le doute, ne t'abtiens pas ». Quant à discuter sur la date du début et sur l'opportunité de l'intervention, passé les quarante-huit premières heures, tous sont d'accord, avec témoin que ce n'est pas une question d'heures mais une question de symptômes.

CONCLUSIONS

1° Il y a des appendicites aiguës atypiques avec symptômes toxi-infectieux, plus ou moins accentués. Ces symptômes nous les avons étudiés et groupés en grands syndromes, mais cette classification, comme d'ailleurs toutes les classifications, a quelque chose d'artificiel et on peut imaginer toutes les transitions possibles, toutes les associations entre les diverses manifestations des appendicites toxiques ;

2° Il existe une période, variant de douze heures à plusieurs jours, pendant laquelle l'affection évolue à bas bruit, c'est la période chirurgicale ;

3° Au cours de l'évolution d'un embarras gastrique, d'un syndrome typhique, d'un syndrome d'hépatite toxique ou infectieuse, un seul signe discordant doit donner l'éveil. « L'esprit a une tendance naturelle à repousser ce caractère gênant, à l'omettre ou à en atténuer la valeur, écrit notre maître, M. Bergé. Il faut résister à cette tendance. Loin de rejeter cette nouvelle donnée si malencontreuse, il faut s'y attacher à chercher la clef, car cette étude aura souvent le précieux avantage de corriger ou de compléter le diagnostic primitif. » Le signe discordant sera ici : le

souvenir d'un début rappelant la crise appendiculaire, une tachycardie anormale, des vomissements hors de proportion avec l'affection supposée, une diarrhée inusitée. On recherchera donc l'appendicite en attachant une grande valeur aux moindres signes locaux; en sachant combien ils peuvent être frustes;

4° On ne peut juger la gravité réelle de la crise appendiculaire, la crise en apparence la plus grave, la plus toxique, peut tourner court, la crise la plus bénigne peut brutalement se compliquer de collapsus cardiaque terminal;

5° En raison de cette incertitude il faut intervenir en présence de toute appendicite atypique dépistée avec syndromes toxi-infectieux. Ce n'est pas une question d'heures c'est une question de symptômes.

Vu : le Président de la thèse,

BEZANÇON

Vu : le Doyen,

H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Aubertin.* — Foie et appendicite (Gazette des hôpitaux, 1905).
- Bérard et Vignard.* — L'appendicite. Etude clinique et critique.
- Boivin.* — Contribution à l'étude du foie appendiculaire. Thèse de Paris, 1906.
- Bonneau.* — Contribution au diagnostic des appendicites (Rev. gén. de Clin. et Thérap., 1919).
- Paris chirurgical, 1914.
- Bova (Guisepe).* — Un caso, non comune, di appendicite con perforazione diagnosticato sul tavolo operatorio (Gazzetta medica di Roma, 1921, p. 62, 82, 102, 122).
- Broca.* — Traité de Chirurgie infantile.
- Chauffard.* — De l'appendicite (Revue. gén. de Clin. et Thérap., 1919).
- Descomps.* — Les appendicites sans péritonite. Le syndrome toxémique aigu (Paris médical, n° 24, 11 juin 1921).
- Les appendicites sans péritonite. Le syndrome toxémique chronique (Paris médical, n° 34, 20 août 1921).
- Dieulafoy.* — Manuel de Pathologie interne.
- L'appendicite (Com. à l'Acad. de Méd., 1898).
- François-René.* — Thèse de Paris, 1904.
- Gilbert et Lereboullet.* — De la nature de l'appendicite (Presse médicale, 27 avril 1904).
- Gosset et Berger. (J.).* — De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë (Presse médicale, 10 déc. 1919).
- Horn.* — Zentralblatt für chirurgie, 1914.
- Jalaguier.* — Traité de Chirurgie de Duplay. Reclus.
- Lejars.* — Chirurgie d'urgence.
- Appendicite et typhoïde (Semaine médicale, 1906).
- Lenormant.* — Traitement de l'appendicite aiguë (Presse médicale, 20 décembre 1919).
- Mignac.* — Gangrène latente de l'appendice (Bulletin Soc. anatomique, 1913, p. 45).

Mignon. — Un cas d'appendicite gangréneuse (Bull. de la Soc. de Chirur., 21 mai 1902).

Morizetti. — Thèse de Paris, 1906.

Pereanu-Calfesco. — Les manifestations hépatiques de l'appendicite latente (Bull. de l'Ac. de Médecine, 1921).

Petit. — Thèse de Paris, 1902.

Walther. — Congrès international de médecine. Budapest, 1909.

— Bull. de l'Acad. de Méd. Séances du 1^{er}, 22, 29 juillet et du 21, 28 octobre 1919.



1045

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5919-23

