

latent de l'appendice qui n'a donné lieu, jusqu'à ce que la perforation se soit produite, à aucun symptôme subjectif : c'est absolument ce qu'on observe parfois sur l'estomac ou le duodénum.

On voit soudainement apparaître tous les signes de l'infection péritonéale, suraiguë, tels qu'ils ont été décrits page 253. On peut dire que la caractéristique de cette forme suraiguë c'est que rien n'attire l'attention du côté de la région de l'appendice ; la douleur survient brusquement, et se généralise aussitôt à tout le ventre. J'ai eu cependant deux fois l'attention attirée par la sensation de *coup de poignard* dans la fosse iliaque droite, accusée par le malade ; en général, la douleur est diffuse et s'accompagne d'une tendance à la syncope avec refroidissement des extrémités ; le ventre est à peine ballonné ; il n'y a ni selles, ni émission de gaz par l'anus ; les vomissements, précédés d'éruclations, ne tardent pas à se montrer, verdâtres et muqueux, puis bientôt avec la teinte brune et l'odeur infecte des liquides fécaloïdes.

La *température* ne donne ici que des renseignements trompeurs ; elle est plus souvent au-dessous de la normale qu'au-dessus et c'est un fait à souligner avec soin ; quant au *pouls*, c'est le pouls petit, fuyant, rapide des infections péritonéales suraiguës.

Je citerai, comme type de cette forme clinique, l'histoire saisissante de ce jeune fonctionnaire de l'Assistance publique qui, parti à midi de Berck, en parfaite santé, avec un convoi de convalescents, fut pris dans le train, à Amiens, de violentes coliques ; à son arrivée à Paris on le conduit à l'hôpital Lariboisière où, croyant à une colique néphrétique, il se fait pratiquer deux injections de morphine. Le lendemain matin, avant midi, il était mort, moins de vingt-quatre heures après que la perforation se fut produite, avant même que nous ayons pu penser à intervenir, tant la gravité de l'état général laissait peu de prise au bistouri.

2° *Les appendicites subaiguës avec ou sans perforation consécutive.*

De même que pour la forme suraiguë j'ai renvoyé à l'étude des symptômes de l'infection péritonéale généralisée, je dois renvoyer ici à la symptomatologie des infections localisées du péritoine. Ce qui donne à cette forme son allure clinique spéciale, c'est que l'infection se circonscrit dans la région la plus proche ; en sorte que si la perforation arrive à se produire, les liquides intestinaux trouvent une loge préformée et n'infectent pas le péritoine dans sa totalité. J'ajoute que souvent la perforation n'existe pas et, dans tous les cas, elle ne survient que tardivement ; aussi n'est-elle, dans cette forme, qu'un phénomène secondaire.

Le début varie suivant les sujets ; il peut être brusque et presque aussi violent que dans la forme suraiguë ; mais au bout de quelques heures un calme relatif semble renaître et le malade ne se plaint

plus que d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Le siège de cette douleur doit être précisé ; il est localisé à ce point de Mac Burney situé au milieu de la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure ; mais j'insiste sur ce fait que ce point de Mac Burney est objectif, c'est-à-dire qu'il faut que le chirurgien le cherche pour le déceler ; ce n'est pas le malade qui attirera l'attention de ce côté. Il souffre presque toujours, non pas dans la fosse iliaque, mais *autour de l'ombilic*. L'interrogatoire du patient signale donc le milieu du ventre comme siège des coliques, mais la palpation, au point de Mac Burney, montre que là est le maximum de douleur.

Dieulafoy a indiqué avec raison l'hyperesthésie de la peau au même niveau ; il suffit de la frôler avec le doigt pour donner la sensation de fer rouge ; enfin, la douleur peut irradier du côté des lombes, vers la racine de la cuisse droite, qui est souvent immobilisée à cause des relations de voisinage du psoas iliaque avec la région infectée ; elle irradie aussi, dans quelques cas, du côté du testicule droit qui est rétracté comme pendant la colique néphrétique.

A ce symptôme local, constant et d'appréciation facile, s'en joint un autre des plus importants, c'est la *contracture des muscles* de la paroi abdominale au devant du cæcum. Il y a là une telle défense de ces muscles qu'il est absolument impossible de percevoir autre chose qu'un plan dur et résistant. Ce qu'on a décrit comme un *boudin cæcal*, comme un *amas stercoral du cæcum* n'était, neuf fois sur dix, qu'une illusion due à cette contracture musculaire instinctive et invincible ; aussi ne faut-il même pas songer à tirer quelque renseignement de la percussion ou de la palpation profonde.

C'est à peine si, au bout de trois ou quatre jours, on pourra sentir un gâteau doubler la paroi soulevée par une tuméfaction profonde, et il ne faut pas s'attendre à trouver de la matité à ce niveau ; *la région semble toujours sonore* même quand il y a un verre de pus ou même davantage, à moins qu'on ne percute aussi doucement qu'il est possible.

C'est en somme un abcès péri-appendiculaire qui se forme, accompagné des signes locaux en question et de symptômes généraux plus ou moins marqués.

Les vomissements sont peu répétés et la constipation est opiniâtre, sans être complète. Contrairement à ce qui se passe dans la forme suraiguë où il y a souvent de l'hypothermie, on trouve ici le thermomètre oscillant entre 38 et 39° ; le pouls est rapide, fébrile et le facies n'a pas l'aspect péritonéal grave des infections suraiguës ; les yeux sont cernés, excavés, les conjonctives sont souvent jaunes. C'est, comme on le voit, la description de l'abcès de la fosse iliaque, tel que le comprenait Grisolle.

Je renvoie à l'anatomie pathologique pour l'étude de la marche et du siège de ces abcès.

Il est commun, lorsque le chirurgien incise la paroi sur cette collection, de trouver l'appendice perforé ou, tout au moins, de voir sortir, avec le pus, un calcul appendiculaire, ce qui démontre bien que la perforation existe ; mais cette perforation s'est produite tardivement par suite de l'extension progressive du processus infectieux initial. Les premiers symptômes observés répondaient à la folliculite infectieuse et aux phénomènes de réaction péritonéale péri-appendiculaire et la perforation ne s'est produite que plus tard : elle n'a donc pas ici une importance primordiale. Cela explique pourquoi je n'ai pas suivi l'exemple de Jalaguier, de Legueu, et d'autres, qui font une quatrième classe à part des *appendicites simples sans perforation*. Selon moi, la caractéristique est, ici, la folliculite primitive constante avec infection secondaire du péritoine : que la perforation se fasse ou non, cela ne change rien, ou à peu près rien, au tableau clinique que je viens de tracer.

3° *Les appendicites chroniques ou à rechutes.*

On les appelle aussi appendicites à répétition. C'est dans cette catégorie qu'il faudrait ranger les crises de coliques appendiculaires que Talamon attribuait aux contractions des parois de l'appendice destinées à chasser un corps étranger venu du cæcum. Mais seule la conception pathogénique que j'ai adoptée me paraît pouvoir répondre à tous les cas de ce genre : c'est là d'ailleurs que la « théorie du vase clos » s'effondre. Comment expliquer que le vase clos puisse donner lieu à des accidents intermittents ; passe encore pour les occlusions temporaires par un calcul ou un corps étranger ; mais que dire lorsque le conduit est oblitéré de longue date chez un malade qui a des poussées appendiculaires à répétition ? N'est-il pas vraiment satisfaisant de penser qu'en pareil cas, l'appendice est prédisposé par une lésion congénitale ou acquise, anatomique ou pathologique, peu importe ?

Et alors les causes les plus diverses seront l'occasion d'une crise d'appendicite. Je peux citer un malade qui, en deux ans, a eu trois crises d'appendicite ; la première au cours d'une grippe ; la seconde à la suite d'un surmenage de bicyclette ; la troisième enfin, pendant un long voyage en chemin de fer. Il a succombé à cette dernière poussée et j'ai trouvé deux calculs dans l'appendice ulcéré. On pourrait sans doute multiplier les exemples de ce genre.

Ce qu'il faut surtout mettre en lumière, dans cette forme chronique, c'est que l'appendicite, au sens anatomique du mot, existe à l'état latent, même dans l'intervalle des crises et qu'elle ne se révèle, par des symptômes de réaction péritonéale, que sous l'influence des causes variées signalées plus haut. Il n'y a pas à revenir sur les symptômes de la crise aiguë, qui sont exactement les mêmes que dans les deux formes précédentes. Suivant l'intensité de l'infection, suivant l'état de réceptivité actuel du malade la crise pourra répondre à la forme

suraiguë ou évoluer à la manière du type subaigu ; mais, ce qu'il y a de décevant en clinique, c'est que la bénignité d'une première crise ne saurait fournir une indication pronostique certaine pour les suivantes.

En général, les crises répétées ont donné naissance à des adhérences péritonéales salutaires ; elles ont, pour ainsi dire, *blindé le péritoine* et entouré la zone dangereuse d'une barrière protectrice, en sorte que l'infection a plus de chances de rester limitée quand il y a eu plusieurs crises antérieures ; mais on ne saurait trop répéter, avec Dieulafoy, qu'il est impossible, au début d'une crise, de prévoir quelles surprises sont réservées.

Dans l'intervalle des rechutes, l'examen local donne des renseignements précieux ; on perçoit, dans la région du cæcum, une tumeur plus ou moins volumineuse qui peut acquérir le volume du poing. Longtemps, je m'étais laissé suggestionner par Routier et j'enseignais, comme lui, que l'appendice malade ne se sent pas à la palpation. Peyrot, sur un malade de son service, me montra combien cette notion est inexacte. Le boudin allongé, du volume du pouce, qu'il me fit sentir, avant et après l'anesthésie, était bien l'appendice, ainsi que le démontra la laparotomie.

La tumeur, dans l'intervalle des crises, constituée par l'appendice et le cæcum entourés d'un magma graisseux et de néomembranes, est souvent mobile dans la fosse iliaque et à peine douloureuse à la pression ; aussi la défense musculaire de la paroi est-elle presque nulle, ce qui facilite singulièrement l'examen.

Quant aux symptômes généraux, ils sont à peu près absents quand on examine le malade *à froid*. Il n'est pourtant pas rare d'observer les signes de la dilatation du cæcum, le clapotement, le gargouillement de la fosse iliaque droite, la constipation opiniâtre et constante, enfin les symptômes d'une colite muco-membraneuse plus ou moins prononcée avec ou sans lithiase intestinale. Tout cela n'empêche pas le malade de mener sa vie habituelle ; mais, on peut en être certain, tant que l'appendice n'a pas été détruit par la suppuration ou enlevé au bistouri, tout sujet qui a eu une première crise doit craindre une poussée nouvelle et, suivant la plaisante expression de Roux (de Lausanne), « ne doit dormir tranquille que s'il a son appendice dans sa poche ».

Diagnostic. — Quelles sont les maladies qu'on peut confondre avec l'appendicite ? En second lieu, quelle est la forme de l'appendicite qu'on diagnostique ? Enfin quelle est sa nature ? telles sont les trois questions à examiner.

1° **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — D'une manière générale, il faut citer :

A. *Toutes les affections qui s'accompagnent de douleurs abdominales en forme de coliques.*

B. *Toutes les maladies se manifestant par une tuméfaction de la fosse iliaque droite.*

A. *Maladies accompagnées de coliques et de vomissements.*

— Au premier rang, plaçons la *colique néphrétique*, en raison de son début brusque et des violentes douleurs irradiées qu'elle provoque; puis, la *colique hépatique*, qui donne des sensations douloureuses dans une région un peu différente, avec des irradiations dans le dos et dans l'épaule droite; enfin la *colique de plomb*.

Ces coliques sont facilement éliminées si la température est élevée; mais n'avons-nous pas vu que certaines appendicites suraiguës évoluent sans fièvre et peuvent même s'accompagner d'hypothermie; il est vrai qu'alors le facies plombé des grosses infections attire l'attention.

Les *maladies des annexes* de la femme sont fréquemment une source d'erreur; il n'est pas de service de chirurgie où l'on ne voie des accidents appendiculaires pris pour de la salpingite et réciproquement. Le 22 septembre 1897, j'ai enlevé l'appendice d'une malade entrée dans le service de Pozzi, avec le diagnostic de salpingite; une énorme collection purulente remplissait le petit bassin; les annexes étaient saines et l'appendice, qui contenait une boulette de matière fécale, n'était ni ulcéré, ni perforé.

Dans le même ordre d'idées nous avons, Peyrot et moi, fait une erreur bien instructive. Une jeune femme de vingt ans, qui déclarait être enceinte de trois mois, présentait une tumeur fluctuante, remontant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic; elle souffrait depuis cinq jours d'accidents péritonéaux que nous étions disposés à attribuer soit à un kyste ovarique à pédicule tordu, soit à une grossesse extra-utérine rompue. La laparotomie médiane montra que la tumeur fluctuante était constituée par l'utérus gravide et ce n'est qu'en agrandissant l'incision, qu'on put voir sourdre, sur le côté droit de l'utérus, une collection purulente fétide, au centre de laquelle se trouvait l'appendice perforé à un centimètre de son extrémité terminale, laquelle était arrondie en forme de massue. Un corps étranger, de la forme d'un noyau de datte, nageait librement dans le pus.

Après avoir réséqué l'appendice, Peyrot fit une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite, pour assurer le drainage en bonne place et ferma complètement l'incision médiane par deux plans de sutures. Bien qu'une partie du liquide ait pu se répandre dans tout l'abdomen, car l'opérée était dans la position inclinée de Trendelenburg, dont on n'aurait pas usé bien entendu si le diagnostic avait été fait, elle guérit sans complication et mena sa grossesse à huit mois; l'enfant est actuellement bien vivant.

Ce fait montre bien qu'on peut être aux prises avec les plus grandes difficultés de diagnostic entre l'appendicite et les affections aiguës

des annexes de la femme. « Je crois, dit Budin (1), que le plus souvent le diagnostic est possible; l'appendicite siège toujours plus haut et a grande tendance à rester abdominale. La douleur provoquée par la pression, se trouve sur la ligne ilio-pectinée, tandis que dans les cas de salpingite c'est surtout par le palper bi-manuel qu'on provoque la douleur. » Cette assertion ne répond nullement à la clinique, et la variété pelvienne des abcès appendiculaires est très fréquente; de plus, comme il n'est pas rare d'observer une variété abdominale de suppurations péri-annexielles haut situées, on comprend que l'erreur soit souvent commise. C'est dire qu'il ne faut jamais négliger de pratiquer le toucher vaginal et même le toucher rectal, qui donnent des renseignements souvent très précieux. Et si les culs-de-sac sont durs et douloureux sous le doigt, on portera son interrogatoire du côté du passé génital de la femme. Il est bien exceptionnel, sinon impossible, qu'une grosse collection suppurée du Douglas avec fièvre et douleur, prenne naissance sans que la patiente ait présenté, à un moment donné, quelque symptôme attirant l'attention du côté des organes génitaux. Ce qui rend la question délicate, c'est que les crises d'appendicites peuvent être liées à la grossesse, comme dans l'observation précédente et comme chez la malade dont parlait Legendre (2) à la Société des hôpitaux. J'ai opéré une malade qui avait des poussées d'appendicite au moment de chaque période menstruelle. L'appendice, enlevé à froid, était gros et raccourci, comme rentré en lui-même. Les annexes, examinées au cours de l'intervention, étaient tout à fait normales.

Parmi les maladies des annexes, il faut citer les infections suraiguës du péritoine par rupture d'une poche salpingienne et, ici encore, c'est l'étude avisée du passé génital qui pourra lever les doutes; j'en dirai autant de l'hématocèle et de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

J'arrive maintenant à ce que Talamon a décrit depuis longtemps sous le nom de *pseudo-appendicite hystérique*. Il distingue deux catégories de faits: 1° les cas où l'hystérie est seule en cause sans lésions de l'appendicite, c'est la pseudo-appendicite hystérique; 2° les cas où l'hystérie exaspère et exagère les symptômes d'une appendicite légère, comme elle le fait d'ailleurs pour la plupart des maladies aiguës, jusqu'à donner à croire à une appendicite perforante et à une péritonite diffuse: c'est l'appendicite avec péritonisme hystérique (3).

Je crois qu'il ne faut parler de l'hystérie, dans cette question, qu'avec la plus grande circonspection. Je ne nie pas, bien entendu, l'existence de l'*appendicite-fantôme* de Brissaud, qui, avec Rendu, a vu l'hystérie simuler tous les symptômes de l'appen-

(1) BUDIN, *Soc. d'obst. et de gynéc.*, 11 mars 1897.

(2) LEGENDRE, *Soc. méd. des hôp.*, 19 mars 1897.

(3) TALAMON, *Soc. méd. des hôp.*, 19 mars 1897.

dicite, y compris même la tuméfaction à droite par contraction réflexe des muscles de la paroi abdominale; mais j'avoue que, jusqu'ici, je n'ai rien observé de semblable. Notons cependant que dans un fait, cité par Talamon, l'erreur franche a été commise jusqu'à provoquer une intervention opératoire. Soyons donc avertis, et ne manquons pas de rechercher à l'occasion les stigmates hystériques sans oublier que cette pseudo-tumeur hystérique disparaît toujours pendant l'anesthésie. Dans tous les cas, pour peu qu'il y ait de l'élévation de la température, il ne saurait plus y avoir aucun doute.

Un des diagnostics les plus difficiles est celui de l'étranglement intestinal, non pas, bien entendu, de l'étranglement d'une hernie qu'il faudra toujours rechercher au niveau des anneaux de l'abdomen; mais de l'occlusion intestinale de cause interne. Depuis que l'appendicite est bien connue, depuis surtout qu'on a la laparotomie facile, on ne rencontre plus que très rarement ces torsions de l'intestin, ces volvulus qu'on a si souvent invoqués jadis pour expliquer la mort rapide après des vomissements fécaloïdes et une constipation absolue. Le signe capital, qu'on donnait comme pathognomonique de l'occlusion, était l'hypothermie; mais j'ai répété à satiété que, dans l'appendicite suraiguë, on n'observe pas, le plus souvent, d'élévation de température. Quelle que soit la cause de l'occlusion intestinale, bride, coudure, torsion, invagination, le signe qui me paraît le meilleur est l'absence totale d'évacuation gazeuse ou fécale par l'anus; on peut, dans l'appendicite, avoir de l'hypothermie, des vomissements fécaloïdes, même précoces, du ballonnement, en un mot tous les signes de l'étranglement interne, mais il est bien rare que l'occlusion soit absolue et l'émission de quelques gaz ou, à plus forte raison, de quelques matières, suffit pour dépister l'appendicite.

Il est plus difficile encore, il est souvent même impossible de déterminer l'origine appendiculaire d'une infection péritonéale plus ou moins généralisée, à gonocoques, à pneumocoques, etc.

Comment, aussi, caractériser les infections par perforation de l'estomac, du duodénum ou de tout autre segment du tube digestif? Ce qui domine tout, en pareil cas, ainsi d'ailleurs que dans la forme aiguë de l'appendicite perforante, c'est l'infection du péritoine. A peine aura-t-on, parfois, l'attention attirée du côté du cæcum par le siège initial de la douleur, par l'existence du point de Mac Burney, par une légère voussure iliaque droite; le plus souvent, c'est la laparotomie seule qui éclairera.

Parmi les affections s'accompagnant de douleurs abdominales et de vomissements, il faut encore citer l'indigestion simple, l'embarras gastrique et même la fièvre typhoïde pour la forme subaiguë de l'appendicite; il suffit de signaler ces faits; mais j'appelle l'attention sur un diagnostic qui, au premier abord, paraît d'une facilité enfan-

line et qui, cependant, m'a deux fois induit en erreur; c'est celui de la hernie simple.

Il semble bien qu'il n'y ait pas de méprise possible entre une hernie sans étranglement et une appendicite; mais je m'explique :

Le 1^{er} mars 1897, une femme de vingt-trois ans, entre dans le service de Peyrot, se plaignant de souffrir depuis « quelques jours » d'une hernie inguinale droite qui présente le volume d'un petit œuf. Cette hernie, habituellement contenue par un bandage, n'avait jamais causé de douleurs.

En pratiquant la cure radicale de cette hernie, je trouve l'épiploon adhérent au fond du sac; j'attire au dehors un paquet épiploïque du volume du poing et je le résèque sous une double soie; au moment où je réduis le moignon, je m'aperçois qu'il s'écoule de l'abdomen une quantité considérable de liquide rouge que je prends pour du sang; pensant qu'il s'agit d'une hémorragie due à ce que ma ligature épiploïque n'est pas assez serrée, j'agrandis aussitôt l'incision pour aller à la recherche du pédicule épiploïque; j'arrive ainsi sur l'appendice, qui est turgescant, rigide et contient deux calculs allongés; le mésopappendice est épaissi, rouge, infiltré et rétracté. Je fais la résection de cet appendice calculeux et la malade guérit sans aucune complication. Ce que j'avais pris pour une hémorragie du pédicule n'était que de la sérosité péritonéale teintée de sang.

Un mois après, pareille aventure m'arrivait à la salle des hommes, mais, cette fois, j'étais en éveil et dès que je vis s'écouler de la sérosité par l'orifice abdominal du sac, je songeai à l'appendicite. Comme la première fois, je réséquai un appendice turgide, couvert d'arborisations vasculaires et contenant un liquide puriforme.

Je n'ai vu des faits de ce genre signalés nulle part; il est pourtant bon d'être prévenu; voici en somme comment les choses se passent. Un malade a, depuis un certain temps, une hernie droite qui ne l'incommode nullement; il est pris d'accidents douloureux du côté de la fosse iliaque droite et, les attribuant à sa hernie, il vient demander la cure radicale. Il est bien entendu qu'il n'est question que de poussées légères d'appendicite subaiguë, ou d'appendicite chronique.

J'ajoute que les crises intestinales préataxiques ont pu faire croire à des poussées d'appendicite. Il est bon de songer au *tabes* quand on a affaire à des adultes se plaignant de crises douloureuses revenant souvent sans jamais s'accompagner d'hyperthermie, de vomissements, etc.

B. Maladies accompagnées de tumeur dans la fosse iliaque droite. — Au premier rang se placent les abcès de la fosse iliaque droite, qui peuvent être à marche aiguë ou à marche lente. Parmi les abcès aigus nous trouvons les abcès périnéphrétiques et les abcès de la *psöitis* qui sont des causes fréquentes d'erreur.

Pour les premiers, les antécédents rénaux seront recherchés avec

soin ; mais pour la psoïtis, la confusion est d'autant plus aisée que parfois dans l'appendicite avec suppuration péritonéale localisée, on observe une flexion invincible de la cuisse sur le bassin avec rotation du membre en dehors. Chez la petite malade de Landrieux dont j'ai parlé plus haut, on ne pouvait toucher au membre inférieur droit sans provoquer les plus exquis douleurs. Un de mes opérés d'Asnières avait avant mon incision une telle immobilisation de la hanche, qu'on avait pensé d'abord à une *coxalgie*. L'hyperflexion de la cuisse rendait très malaisée la palpation de la fosse iliaque interne, et ce n'est que pendant l'anesthésie que j'ai pu, en redressant le membre, trouver le gâteau iliaque. L'opération me mena sur une appendicite tuberculeuse ; et ce qui en pareil cas rend l'erreur plus facile, c'est qu'il s'agit de tuberculeux qui peuvent avoir des antécédents personnels et héréditaires et même des lésions pulmonaires actuelles.

Pour les abcès à marche chronique, il faut penser à toutes les tuberculoses de la région. D'abord les *adénopathies bacillaires* de la fosse iliaque ; puis les collections tuberculeuses plus ou moins ramollies dont l'origine remonte à une lésion osseuse de la crête iliaque, de l'articulation sacro-iliaque, ou des corps vertébraux. Mais toutes ces affections se distinguent de l'appendicite, surtout par leur marche et leur évolution : elles ne procèdent pas par poussées successives comme l'appendicite à rechutes ; elles ne donnent ni fièvre, ni phénomènes de réaction péritonéale.

Viennent ensuite les *tumeurs iliaques* dues à une augmentation de volume du cæcum. On pensera toujours à l'encombrement fécal du cæcum, à l'accumulation de scybales durcies dans cet organe. Je garde le souvenir instructif d'une petite malade du service de Peyrot pour laquelle je me disposais à intervenir au bistouri, lorsque l'anesthésie me permit de sentir que la tumeur iliaque était marronnée et mobile. Je réveillai la malade, et quelques purgatifs énergiques firent disparaître en peu de temps toute trace d'empatement. Peyrot, dans des circonstances analogues, a observé une dame qui guérit sans opération, après avoir évacué, au milieu de matières fécales durcies, un noyau facilement reconnaissable de nêfle du Japon et deux noyaux de cerise. Elle avait intentionnellement avalé ces noyaux en mangeant des bonbons pendant une soirée à l'Opéra, plutôt que de maculer ses gants ; elle put ainsi préciser la date de l'incident, qui remontait à trois mois, car elle était bien sûre de n'avoir pas mangé de nêfle du Japon depuis cette époque.

La mobilité de la tumeur est un signe important pour ce diagnostic parfois délicat.

Le *cancer du cæcum* ou de la fin de l'iléon peut aussi en imposer : mais là encore la marche de l'affection est différente. S'il y a eu des poussées, des crises, c'étaient des périodes de constipation

plus ou moins prolongées, des occlusions incomplètes, sans fièvre, avec des selles glaireuses, sanguinolentes, etc., à moins cependant qu'il ne s'agisse d'ulcération profonde de la paroi intestinale au niveau ou en amont du néoplasme et d'infection consécutive du péritoine.

Citons encore le *rein droit déplacé*, les *kystes de l'ovaire à pédicule tordu*, et enfin les *affections de la vésicule biliaire*.

Les grosses vésicules, avec péricystite ou non, peuvent conduire à une erreur de diagnostic. Une de mes malades souffrait de temps en temps de violentes douleurs dans le flanc droit. Elle portait sur la peau de la région iliaque de ce côté une cicatrice due à l'ouverture d'un abcès profond « traité il y a trente ans par Michon avec la pâte de Vienne ». Je pensai à des crises d'appendicite à rechutes survenant chez une femme soignée autrefois par les caustiques et qui gardait son appendice malade englobé dans des adhérences anciennes. Rendu vit la malade, fit le même diagnostic et conseilla comme moi une intervention à froid, dans l'intervalle de deux crises. La laparotomie me mena sur un appendice absolument sain, et en agrandissant mon incision par en haut, je tombai sur une vésicule biliaire énorme contenant un liquide muqueux louche et deux énormes calculs. Je fis une cholécystostomie et la malade guérit sans accident. Ici, il n'y avait jamais eu d'ictère, car les douleurs des crises étaient dues aux contractions du canal cystique et non du cholédoque, qui était absolument libre. La coexistence de l'ancien abcès de la fosse iliaque avec les crises cystiques douloureuses était bien faite pour tromper. Bien entendu, si les crises douloureuses s'accompagnent d'ictère, ce qui est plus ordinaire, l'erreur sera plus facilement évitée.

2° DIAGNOSTIC DE LA FORME. — Il serait précieux pour les indications opératoires, de pouvoir différencier la forme de la crise d'appendicite. Est-ce une appendicite suraiguë ? Est-ce une forme mixte qui, après un début bruyant et dramatique, va s'atténuer et se localiser dans la région iliaque en donnant naissance à un abcès enkysté autour de l'appendice ?

Il n'y a vraiment aucun signe certain qui permette de se prononcer hardiment. Jalaguier (1) a voulu esquisser le tableau clinique différent selon lui dans la « péritonite septique diffuse et dans la péritonite purulente ». Dans la première, il est bien vrai que les signes péritonéaux sont moins bruyants : on croirait à une intoxication générale, comme la grippe ou la fièvre typhoïde. L'autre est plus franchement une localisation péritonéale avec de la fièvre, de la douleur, etc. Mais que de formes intermédiaires dans lesquelles toute distinction est un leurre. Ce sont des diagnostics plus faciles

(1) JALAGUIER, *Mercure méd.*, 1895, p. 374.