

TREIZIÈME LEÇON

DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE

MESSIEURS,

Nous avons eu ces temps derniers plusieurs malades atteints d'appendicite et vous avez pu voir que, s'il est des cas où le diagnostic est vraiment fort simple, il en est d'autres où l'on ne saurait serrer de trop près la discussion. Le traitement de l'appendicite comporte un diagnostic précis. C'est, en effet, grâce à un diagnostic bien fait qu'il nous est permis de décider, et même d'imposer l'intervention chirurgicale en temps voulu; c'est également grâce à un diagnostic bien fait que nous pouvons écarter toute idée d'opération chez un malade dont les symptômes simulent l'appendicite, alors que l'appendicite n'existe pas.

Bien que cette question du diagnostic soit revenue plusieurs fois au cours de mes leçons sur l'appendicite, je désire lui consacrer de nouveaux développements et l'enrichir de quelques faits nouveaux. Je puiserai mes arguments dans les soixante-quatorze cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer depuis quatre ans et *qui ont tous été vérifiés par l'opération*; c'est vous dire, que symptômes et diagnostic, concernant ces soixante-quatorze cas, ne peuvent être enta-

chés d'erreur, puisque le criterium opératoire ne leur a jamais fait défaut. Ceci est essentiel pour la discussion que nous allons entreprendre; en effet, si les descriptions cliniques qui vont me servir à édifier le diagnostic de l'appendicite n'étaient pas étayées sur la constatation anatomique de la maladie, descriptions et diagnostic pourraient ne pas offrir toute la rigueur désirable, mais, je vous le répète, rien, dans cette étude, ne sera livré aux apparences, il s'agit de faits que l'opération a contrôlés.

Avant d'aborder le diagnostic de l'appendicite, il est utile d'établir solidement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit reposer; voyons donc par quels signes, par quels symptômes se trahissent l'entrée en scène et l'évolution de la maladie. Pour la facilité et la vérité de la description, on peut grouper en trois catégories les différentes modalités de l'appendicite.

Dans une première catégorie, je place les appendicites d'apparence bénigne: l'entrée en scène est peu douloureuse, peu bruyante, les symptômes sont classiques, mais peu intenses; la fièvre est peu élevée, les vomissements sont souvent défaut, la constipation est la règle. L'examen méthodique du ventre permet, dès le début de la maladie, de localiser le maximum de la douleur au point de Mac Burney (région appendiculaire); à cette même région, la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée sont facilement appréciables. Ce sont ces appendicites-là qui grossissaient autrefois le bilan de la typhlite dite stercorale. Aujourd'hui, on sait qu'il s'agit d'appendicite et non de typhlite, le diagnostic en est devenu facile; le pronostic seul est impossible, car, malgré ses apparences de bénignité, malgré l'absence de symptômes bruyants et fébriles, pareille appendicite, ne l'oublions jamais, peut aboutir dès le troisième ou quatrième jour, d'une façon insidieuse, à la gangrène appendiculaire, aux accidents péritonéaux, à la toxi-infection du malade, qui mourra s'il n'est opéré à temps.

Le cas suivant peut servir de type à ces appendicites d'apparence bénigne. Le 8 avril 1898, c'était un vendredi,

je fus appelé dans une famille dont je suis depuis de longues années le médecin. Un jeune homme de vingt-cinq ans, dans le courant d'une excellente santé, avait été pris, la nuit précédente, de douleurs abdominales qu'il croyait être de simples coliques. Il s'administra un purgatif, et, n'ayant point de fièvre, il sortit dans la journée du vendredi; mais se sentant mal à l'aise et les douleurs abdominales persistant, il rentra se coucher. Quand je vis ce jeune homme, le vendredi soir, à neuf heures, je le trouvai sans fièvre, la température était à 37°2, et le pouls à 78. Le ventre était partout souple et indolore, excepté à la région appendiculaire, où je constatai une douleur assez vive avec légère défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Sans être mauvais, le facies laissait à désirer. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une appendicite d'apparence bénigne, sans réaction fébrile. Le lendemain, samedi, la situation était sensiblement la même, pas de fièvre, pas de vomissements; mais la triade symptomatique, douleur, défense musculaire, hyperesthésie cutanée, était toujours localisée à la région appendiculaire. Je vis cinq fois ce jeune homme dans la journée du samedi, et malgré mon ardente conviction à faire opérer tout individu atteint d'appendicite, même d'apparence légère, je sentais que je serais obligé de me violenter quelque peu pour en arriver à prendre une décision.

Le lendemain matin dimanche, 18 avril, troisième jour de la maladie, aucun symptôme nouveau ne s'était déclaré; il n'y avait ni fièvre ni vomissements; le pouls n'était même pas à 80, cependant la nuit avait été pénible et les douleurs appendiculaires avaient été plus aiguës. Ma décision fut aussitôt prise et j'eus la mission difficile d'annoncer à la famille qu'il fallait le jour même recourir à l'opération, mission d'autant plus pénible, que l'état de ce jeune garçon, aux yeux de son entourage, ne présentait pas l'ombre de danger. La famille accepta le verdict et se soumit sans mot dire. Je priai M. [Hartmann de venir voir le malade et de se charger de l'opération.

Le jour même, à quatre heures, l'opération fut pratiquée et nous eûmes la preuve, une fois de plus, qu'en fait d'appen-

dicite, il faut opérer, car, *malgré l'apparente bénignité* de la maladie, malgré l'absence de fièvre et de vomissements, l'appendice était déjà gangrené et la péritonite était déclarée. Ce jeune homme guérit. Que fût-il arrivé, je vous le demande, si, perdant mon temps à appliquer le traitement dit médical, je me fusse contenté de sachets de glace, de quelques grains d'opium ou de quelques centigrammes de belladone, alors que le foyer toxi-infectieux appendiculaire préparait ses coups mortels? Ces appendicites d'apparence bénigne ne sont pas rares, il s'en faut; je vous en ai cité, au cours de mes leçons, une douzaine de cas vérifiés par l'opération. On pressent ce que donnerait la temporisation en pareille occurrence.

En somme, les symptômes qui caractérisent les appendicites de cette première variété sont des symptômes classiques quoique peu bruyants, il est parfois nécessaire de les rechercher avec soin, mais ils sont très suffisants pour conduire au diagnostic.

Dans une deuxième catégorie, je place les appendicites dont l'entrée en scène se fait avec éclat et qui trahissent d'emblée leur gravité par des allures bruyantes. En une ou deux heures, quelquefois plus vite, les douleurs de la fosse iliaque droite acquièrent une très vive intensité. La température monte rapidement, le pouls est accéléré, les vomissements alimentaires et bilieux sont précoces et fréquents. A l'examen du malade, on peut trouver le ventre tendu et endolori en différentes régions; mais, si l'examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire, au point de Mac Burney, qu'on localise la triade douloureuse: douleur très vive et exaspérée par la pression, défense musculaire et hyperesthésie cutanée. De toutes les variétés d'appendicite, c'est certainement celle-ci dont le diagnostic présente le moins de difficultés, car la violence et la netteté des symptômes ne laissent place à aucune hésitation.

Les deux exemples suivants résument bien le type des appendicites bruyantes de cette catégorie: Dans la nuit du

23 au 24 juin 1896, un enfant de sept ans, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal et s'étant couché en fort bonne santé, fut pris de douleurs de ventre bientôt suivies de vomissements. M. Landowski, qui vit le petit malade le lendemain matin, constata la localisation des douleurs à la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney. Les douleurs étaient devenues très intenses, la fièvre était très vive, la température à 40 degrés, le pouls à 135. Appelé, vingt-quatre heures après, par notre confrère qui, dès la veille, avait porté le diagnostic d'appendicite, je considérai la situation comme des plus graves : la douleur et la défense musculaire existaient dans toute la fosse iliaque droite, le facies était grippé, le ventre ballonné, le pouls petit et très accéléré, la température était toujours fort élevée, les vomissements persistaient; en un mot, tout indiquait une péritonite diffuse, sans qu'il fût possible de dire à quel moment les accidents péritonéaux avaient succédé aux accidents appendiculaires. Nous fûmes d'avis que l'opération devait être immédiatement pratiquée, et M. Routier en fut chargé.

L'enfant fut opéré à midi, c'est-à-dire trente-six heures après le début des accidents. A l'ouverture du ventre, on constata une péritonite séro-purulente diffuse sans tendance à l'enkystement; l'appendice était déjà gangrené et perforé; c'est dire que la situation était des plus alarmantes. L'examen de cet appendice me démontra que la gangrène et la perforation étaient sous-jacentes à un calcul appendiculaire qui avait transformé le canal en cavité close. L'enfant fut sauvé, mais vous pressentez ce qui serait arrivé sans l'intervention chirurgicale hâtive.

L'exemple suivant est encore un type de ces appendicites à début bruyant, douloureux et fébrile. Le 8 avril de cette année, j'étais appelé auprès d'un jeune officier qui venait d'arriver à Paris, dans les conditions suivantes : parti en voyage la veille au matin en bon état de santé, ce jeune homme fut pris, vers trois heures, en wagon, de douleurs abdominales qui augmentèrent rapidement d'intensité et qui furent accompagnées de vomissements bilieux. Deux fois, le malade dut vomir par la portière de son compartiment. Il

arriva à sept heures à Paris, en proie à des douleurs abdominales si vives qu'il n'eut pas la force de monter en voiture pour arriver jusque chez lui. Il s'arrêta chez un médecin, voisin de la gare, qui le garda jusqu'au soir et qui le calma au moyen de piqûres de morphine. Le malade put regagner son domicile, il passa la nuit assoupi par la morphine, mais le lendemain, douleurs abdominales et vomissements reparurent. Je vis ce jeune homme à trois heures dans la journée; il avait les traits altérés, le teint légèrement ictérique, le pouls accéléré, la température élevée. A l'examen du ventre, je constatai au complet la triade symptomatique de l'appendicite : douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire, hyperesthésie et empâtement de la région cæco-appendiculaire.

Non seulement je portai le diagnostic d'appendicite suraiguë, mais je pensai que la brusque intensité des symptômes, douleurs et vomissements, ainsi que l'état de la région cæco-appendiculaire, étaient l'indice d'un processus gangreneux de l'appendice ayant déjà abouti à la péritonite. Tel fut le diagnostic dont je fis part à la famille, en demandant que l'opération fût pratiquée le plus vite possible. Il était à ce moment trois heures et demie. J'envoyai un mot à M. Routier en le priant de faire diligence et il fut convenu qu'on me tiendrait au courant. Quand je passai chez moi, trois heures plus tard, pour avoir des renseignements, on me remit un flacon et une lettre. Le flacon contenait l'appendice gangrené de notre malade; la lettre était de M. Routier; l'opération venait d'être faite et on avait trouvé une péritonite déjà intense.

Vous voyez avec quelle rapidité avaient marché les accidents, puisque les premiers symptômes appendiculaires ne dataient que de vingt-sept heures. Le malade guérit; il eût certainement succombé si l'opération avait été renvoyée au lendemain.

Je vous ai cité, au cours de mes leçons, bon nombre de cas de ce genre; il en est que j'ai fait opérer dès le commencement du second jour, dès la fin du premier jour; tous ces malades à appendicite violente ont guéri quand ils ont été

opérés d'une façon précoce. J'ai la conviction qu'ils seraient morts si on avait temporisé et si on avait laissé le mal aboutir à ces formes où la toxi-infection ne pardonne plus, quoi qu'on fasse.

En résumé, ces appendicites à début bruyant, fébrile, très douloureux, sont, je le répète, les plus faciles à diagnostiquer car la localisation douloureuse s'impose pour ainsi dire à l'observateur. D'autre part, c'est en pareil cas qu'il faut se méfier des améliorations factices qui surviennent assez fréquemment après la première éclosion des accidents, accalmies traîtresses dont je vous parlais à notre dernière séance et qui feraient croire, si l'on n'était prévenu, à une amélioration réelle alors que le danger est là, imminent et terrible. Avis aux temporisateurs qui attendent pour opérer que l'appendicite « soit refroidie ».

Dans une troisième catégorie, je place les appendicites qu'on pourrait appeler *larvées*. Certes, la triade douloureuse appendiculaire ne fait pas défaut, mais elle est en partie masquée par d'autres symptômes qui dominent la scène. Chez tel malade, par exemple, les vomissements alimentaires ou bilieux ont une telle importance qu'ils simulent une vulgaire *indigestion*. Que de fois cette erreur est commise dans les familles! que de fois le médecin n'est appelé auprès d'un enfant que douze ou vingt-quatre heures après la soi-disant indigestion, alors que les vomissements, associés à la triade douloureuse, qu'on retrouve quand on sait la chercher, n'étaient que le prélude de l'infection appendiculaire! Quand ils connaissent la vérité et leur erreur, les parents affolés ne manquent pas de vous dire: « Mais comment ça se fait-il, nous avons cru que c'était une simple indigestion ».

J'ai été le témoin de six ou sept cas de ce genre, notamment chez deux enfants que je voyais, l'un avec M. Rénon, le 22 avril 1897, l'autre avec M. Leval, le 23 mai 1897: les parents ne voyant, eux, que les vomissements, crurent à une simple indigestion, qu'ils se contentèrent de traiter par la diète, le thé et les boissons chaudes; et en réalité, ces enfants étaient atteints d'appendicite gangreneuse suivie de

péritonite diffuse; ils ne durent la vie qu'à l'opération très hâtive que je fis pratiquer par M. Routier.

Le 10 février de cette année, j'ai vu en consultation avec MM. Segond, Hutinel et Balmont une fillette de dix ans et demi, dont je vous ai parlé dans notre dernière leçon à propos des « accalmies traîtresses » et dont l'observation a été rapportée par Segond à la Société de chirurgie¹. Cette enfant avait été prise de vomissements pendant la nuit et les parents, convaincus que leur enfant était simplement atteinte d'indigestion, ne voulurent pas déranger pour si peu leur médecin. Mais cette soi-disant indigestion n'était que le prélude d'une appendicite dont les autres symptômes se déroulèrent les jours suivants, appendicite terrible dont l'heureuse guérison fut due à l'opération pratiquée par M. Segond.

Nous avons été appelés, il y a quelques années, avec M. Pinard, en consultation auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années arrivé à la phase ultime d'une appendicite. Pendant les deux premiers jours de sa maladie, cet homme, convaincu qu'il n'avait qu'une indigestion, se garda bien de faire mander son médecin. Sa femme se contentait de lui donner du thé et des tisanes; en réalité, les vomissements de cette prétendue indigestion étaient motivés par une appendicite dont on s'occupa un peu trop tard.

N'oubliez donc pas que, dans quelques cas, l'appendicite, dès sa formation, réveille le réflexe stomacal. Certes, les vomissements, alimentaires ou bilieux, font souvent partie du cortège de l'appendicite, ils suivent de près la douleur appendiculaire; mais, ce qu'il faut savoir, c'est que les vomissements peuvent éclater à titre de symptôme dominant, masquant la douleur appendiculaire, qu'un observateur attentif retrouve néanmoins s'il veut bien la rechercher avec soin. C'est une appendicite larvée qui revêt le masque de l'indigestion.

Il suffit d'être prévenu pour ne pas se laisser prendre à ces apparences. Appelés auprès d'un enfant, auprès d'un

1. Séance du 15 février 1899.

malade atteint d'une soi-disant indigestion, pensez toujours à la possibilité de vomissements appendiculaires, pensez à l'appendicite, explorez avec soin la région de Mac Burney, provoquez la douleur, recherchez la défense musculaire et l'hyperesthésie, prenez la température, et grâce à un examen précis, examen que vous pourrez répéter une deuxième, une troisième fois en quelques heures, vous arriverez au vrai diagnostic, vous ferez acte de bon clinicien, et vous découvrirez que sous les vomissements de cette *soi-disant indigestion* se dissimule une appendicite.

Dans quelques circonstances, l'appendicite est défigurée, masquée dès son début par une diarrhée profuse et abondante, que j'ai appelée diarrhée de défense; on dirait que sous l'influence d'un acte réflexe, l'intestin, par une abondante crise sécrétoire, cherche à se débarrasser de l'ennemi. Ce sont ces crises diarrhéiques *prises à tort pour une entérite* ou pour une entéro-colite, qui avaient contribué à fausser le diagnostic et la pathogénie de l'appendicite. Voici en pareil cas ce qui se passe : Un individu est pris de douleurs intestinales et de diarrhée; sa première idée, c'est qu'il a un « dérangement d'intestin »; il commence par se soigner lui-même au moyen de cataplasmes et de quelques gouttes de ladanum; puis, il fait appeler son médecin qui, sur les indications qu'on lui donne, épouse le diagnostic d'entérite. On recherche alors ce qui peut avoir provoqué cette entérite; on finit par lui trouver une cause, un aliment indigeste, une boisson glacée, un refroidissement! Bref, on traite cette prétendue entérite par l'opium, le bismuth, les cataplasmes laudanisés; mais, en dépit du traitement, la situation ne s'améliore pas, les douleurs abdominales deviennent plus vives, la diarrhée fait place à la constipation; le ventre se ballonne, des vomissements apparaissent et le malade, arrivé au troisième ou quatrième jour de sa prétendue entérite, est en réalité en pleine appendicite.

On reconnaît alors que le diagnostic d'entérite était erroné, mais on ne se tient pas pour battu et on cherche à tout concilier, en disant que chez le malade en question, l'appendicite a commencé par une entérite, ce qui est une erreur,

l'appendicite n'étant jamais la conséquence de l'entérite.

J'ai vu quatre ou cinq fois l'appendicite débiter par une crise intestinale diarrhéique, mais je ne connais pas de plus bel exemple de cette forme larvée de l'appendicite que le cas dont je vous ai parlé à la dernière séance à propos des accalmies traîtresses : la jeune femme que nous avons vue en consultation avec MM. Pinard et Segond et qui fut prise de diarrhée dès ses premières douleurs appendiculaires, eut six garde-robes dans la nuit et deux garde-robes dans la journée suivante. A ne s'en tenir qu'à ce symptôme dominant, on eût dit une entérite.

On est tellement habitué à voir la constipation accompagner l'appendicite, qu'on n'est pas assez familiarisé avec l'idée d'une appendicite avec diarrhée. Faute d'attention, on commet une erreur de diagnostic. Qu'un malade atteint de douleurs abdominales ait ou non la diarrhée, on doit arriver par une bonne étiologie à dépister la cause et le siège des douleurs; l'exploration méthodique de la région appendiculaire permet d'arriver au diagnostic.

Il est une autre forme d'appendicite larvée que vous devez bien connaître, c'est celle qui prend les apparences de la *colique néphrétique*. Ce fait n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer; vous en avez eu dans notre service un remarquable exemple que voici. Un garçon de vingt-huit ans entre, le 26 mai dernier, salle Saint-Christophe, pour me demander conseil relativement à une série de crises douloureuses qu'il a eues depuis deux ans. La première crise date du 30 mars 1896. En bonne santé jusqu'à cette époque, n'ayant jamais eu ni troubles digestifs, ni constipation, il fut pris de douleurs vives, « de crampes », suivant son expression, au côté droit du ventre. Ces douleurs furent accompagnées de vomissements, de fièvre, et il dut garder le lit plusieurs jours. Son médecin porta le diagnostic de coliques hépatiques, et prescrivit une purgation et le régime lacté. En décembre 1896, deuxième crise avec douleurs au ventre, fièvre et vomissements; cette fois, les douleurs irradièrent à la partie supérieure de la cuisse droite et au testicule. Troisième crise en

juillet 1897, caractérisée par des douleurs très vives au côté droit du ventre, avec fièvre, vomissements, et irradiations des douleurs à la cuisse et au *testicule droit*; on porte le diagnostic de colique néphrétique, et le malade garde le lit huit jours.

Enfin, quatrième et dernière crise le 20 avril, en tout semblable aux précédentes, avec douleurs abdominales, fièvre et vomissement et considérée, elle aussi, comme une colique néphrétique. Les douleurs irradiaient au nombril, à la cuisse droite, au testicule droit; et par moments, la douleur provoquait la *rétraction du testicule*, comme dans une colique néphrétique. Le malade dut garder le lit dix-huit jours, évitant les mouvements, souffrant à la moindre pression, recherchant l'immobilité complète. Sa convalescence se fit mal, les douleurs abdominales n'ayant pas entièrement disparu, il souffrait en marchant, il éprouvait des tiraillements en montant un escalier, bref, il fut recommandé au D^r H. de Rothschild qui me pria de le prendre dans mon service.

Dès son arrivée à l'hôpital, je l'examine et je constate une douleur localisée à la fosse iliaque droite; la région cæco-appendiculaire est particulièrement sensible à la pression; on y constate de l'hyperesthésie, de la contracture musculaire; peut-être même un empâtement profond. La triade en question, douleur, défense musculaire et hyperesthésie à la région appendiculaire, était en faveur de l'appendicite, mais alors comment expliquer les symptômes de coliques néphrétiques, irradiations douloureuses à la cuisse, douleurs et rétraction testiculaire qui, dans les deux dernières crises, avaient motivé le diagnostic de colique néphrétique?

Malgré ces symptômes, j'écartai le diagnostic de colique néphrétique, je lui substituai le diagnostic d'appendicite et je vais vous dire pourquoi: au cas de colique néphrétique, la région lombaire correspondante au rein lithiasique est toujours douloureuse; elle ne l'était pas chez notre malade. De plus, les douleurs de la colique néphrétique ont pour caractères d'apparaître brusquement et de cesser de même; ces douleurs, atroces pendant quelques heures, ou une

journée, disparaissent comme par enchantement aussitôt que le petit gravier migrateur est tombé dans la vessie; or, chez notre malade, les douleurs abdominales avaient duré dix-huit jours, elles avaient été lentes à décroître et elles persistaient encore dans la fosse iliaque droite à l'examen du malade. De plus, la maladie avait laissé au point de Mac Burney, dans la zone cæco-appendiculaire, des signes qui caractérisent, non pas la colique néphrétique, mais l'appendicite. Je portai donc le diagnostic d'appendicite et, bien que ce diagnostic laissât quelques-uns d'entre vous un peu incrédules, je décidai l'opération, qui fut pratiquée par M. Marion, chef de clinique de M. Duplay.

Le diagnostic se trouva vérifié; il s'agissait en effet d'appendicite et du même coup l'opération nous donna la raison des symptômes pseudo-néphrétiques éprouvés par le malade pendant ses crises appendiculaires. L'appendice remontait derrière le cæcum et était englobé dans un paquet de fausses membranes qui unissaient la face postérieure du cæcum au muscle psoas iliaque. Ces adhérences étaient le reliquat des poussées appendiculaires prises pour des coliques néphrétiques. L'appendice, volumineux et très adhérent, fut difficile à enlever, on me l'envoya après l'opération; il était oblitéré à sa base (toujours la cavité close); et au-dessous du segment oblitéré, on voyait une petite ulcération profonde qui n'aurait pas tardé à se perforer.

Par sa situation, l'appendice enveloppé d'un paquet de membranes était cause des irradiations douloureuses à la cuisse et au testicule. En effet, la tumeur appendiculaire accolée à la face antérieure du muscle psoas était en connexion intime avec le nerf génito-crural qui chemine sur le muscle. L'excitation du rameau génital de ce nerf, qui se distribue à la peau du scrotum et au crémaster, explique la douleur et la rétraction testiculaire; l'excitation de son rameau crural qui donne des filets cutanés à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, explique les douleurs de cette région. Ainsi se trouvait expliquée la pathogénie des symptômes qui chez notre malade avaient donné à l'appendicite quelques apparences de colique néphrétique. L'opéra-