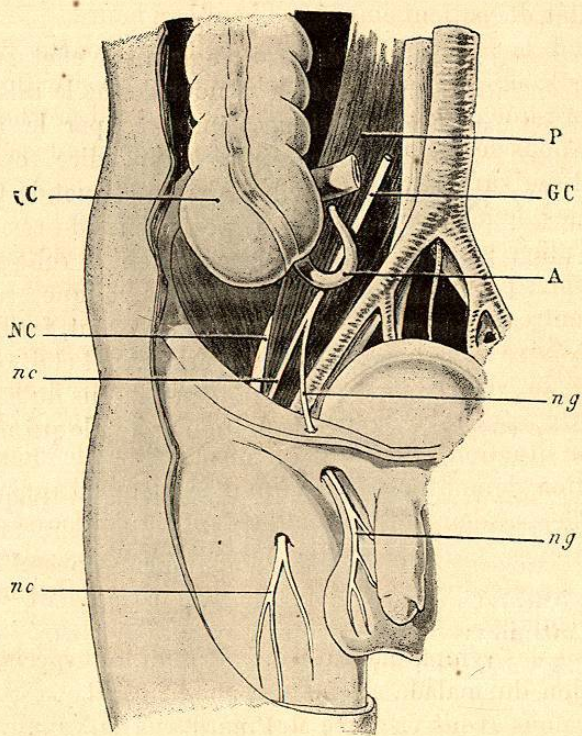


tion, suivie de guérison, fit disparaître toutes ces douleurs et depuis lors ces douleurs n'ont plus reparu.

Vous voyez sur la planche ci-jointe la topographie de la région envahie par l'appendicite de notre malade; les connexions de l'appendicite et du nerf génito-crural font facilement comprendre les irradiations douloureuses au scrotum, au testicule et à la cuisse.

A, appendice. — c, cæcum. — P, psoas iliaque. — Gc, nerf génito-crural. — nc, nerf crural. — ng, nerf génital.



Ce cas n'est du reste pas isolé, il s'en faut. Le 21 janvier 1897, j'étais appelé d'urgence en consultation avec M. Routier auprès d'un homme d'une cinquantaine d'années qu'on traitait depuis quelques jours pour des coliques

néphrétiques. Le malade avait eu, dès le début, des douleurs abdominales suivies de vomissements; ces douleurs, dont on n'avait pas cherché à préciser la localisation, avaient été accompagnées de quelques élancements dans la cuisse et dans le testicule droit. On s'était contenté du diagnostic de colique néphrétique, et des injections de morphine fréquemment répétées avaient fait les frais du traitement. Cependant, la situation était loin de s'améliorer, le ventre se ballonnait, les traits s'altéraient, l'entourage du malade éprouvait de vives inquiétudes, et la consultation dont je viens de parler fut demandée par la famille avec d'autant plus d'insistance que l'état du patient empirait d'heure en heure.

Quand nous arrivâmes avec M. Routier, nous fîmes le diagnostic de péritonite appendiculaire; la situation nous parut presque désespérée, car le collapsus était proche; néanmoins, nous décidâmes l'opération; le diagnostic de péritonite généralisée suite d'appendicite fut vérifié et, après maintes péripéties, le malade guérit.

M. Tuffier vient de publier quelques cas concernant les symptômes pseudo-néphrétiques de l'appendicite (1). Il rapporte, entre autres, l'observation d'un malade pris d'une douleur très vive dans le flanc droit avec vomissements, ballonnement du ventre et irradiations douloureuses au pli de l'aîne. On avait porté le diagnostic de coliques néphrétiques, mais la situation empirant, on dut modifier le diagnostic, l'opération démontra en effet qu'il s'agissait d'appendicite. M. Tuffier se demande si l'adjonction de douleurs pseudo-néphrétiques à l'appendicite ne pourrait pas être attribuée à l'uretère englobé dans les fausses membranes péri-appendiculaires.

Parfois des symptômes vésicaux attirent tout spécialement l'attention du malade atteint d'appendicite. Il y a quelques années, nous avons vu, avec M. Pinard, rue de Vaugirard, un homme d'une cinquantaine d'années qui, dans une attaque d'appendicite antérieure, s'était fait sonder, convaincu qu'il avait un calcul dans la vessie.

1. Tuffier. Calcul de l'uretère ou de l'appendice. *La Semaine médicale*, 9 août 1899.

Voilà donc un chapitre nouveau à ajouter au diagnostic de l'appendicite larvée. Des symptômes pseudo-néphrétiques, irradiations douloureuses à la cuisse, douleurs vésicales, envies d'uriner, douleur et rétraction du testicule droit, le tout accompagné de vomissements, peuvent vous faire passer à côté du diagnostic; on pense à une colique néphrétique alors qu'il s'agit d'une appendicite. Pour éviter l'erreur, faites une bonne sémiologie et mettez en regard les signes distinctifs: l'appendicite est presque toujours une maladie fébrile, la colique néphrétique ne l'est jamais. Les douleurs du testicule droit peuvent exister dans les deux cas, mais au cas de colique néphrétique, leur acuité est plus vive, elles apparaissent brusquement et cessent de même, en même temps que la crise douloureuse qui est associée à la migration calculeuse. Au cas de colique néphrétique le rein lithiasique est douloureux et la pression réveille ou exaspère une douleur lombaire *qui n'existe pas* dans l'attaque d'appendicite. Bien que la région iliaque soit de part et d'autre le siège de vives douleurs, l'examen attentif de la zone de Mac Burney prouve que là est le principal foyer chez le malade atteint d'appendicite, tandis que la douleur iliaque a d'autres caractères et une localisation un peu différente chez le malade en proie à la colique néphrétique. Les urines peuvent être brunâtres, rosées, teintées par le sang dans le cours de la colique néphrétique, l'hématurie n'est jamais un symptôme de l'appendicite.

Ce diagnostic entre la colique néphrétique et l'appendicite est d'autant plus important, que le même sujet peut avoir à différentes époques, des coliques néphrétiques constatées par l'émission du gravier migrateur et une appendicite, vérifiée à l'opération. Nous venons de voir avec MM. Reclus et Bensaude, un homme d'une cinquantaine d'années, qui est à sa troisième attaque d'appendicite, et qui a eu, il y a un an, une colique néphrétique du côté gauche. Lithiase rénale et lithiase appendiculaire peuvent exister, je vous l'ai dit dans nos leçons sur la pathogénie de l'appendicite, soit dans une même famille, par hérédité, soit chez le même individu.

Telle est l'appendicite larvée qui simule la colique néphrétique; occupons nous maintenant de l'appendicite qui simule la *colique hépatique*. Chez certains malades atteints d'appendicite, l'appendice remonte si haut derrière le cæcum et le colon ascendant (type remontant), que les douleurs de l'appendicite, tout en existant au point de Mac Burney, irradient jusqu'à l'hypocondre; le malade se plaint de douleurs de ventre et montre en même temps la région hépatique, ce qui peut faire supposer, au premier abord, que l'appareil biliaire est en cause.

D'autres malades atteints d'appendicite ont une teinte ictérique; le foyer appendiculaire, transformé en cavité close, fabrique des toxines qui adultèrent la cellule hépatique, d'où l'urobilinurie et la teinte jaunâtre des conjonctives et de la peau. L'an dernier, dans mes leçons sur la toxicité de l'appendicite¹, je vous ai retracé l'histoire de cet ictère toxique.

Eh bien, supposez qu'un individu atteint d'ictère et de vomissements se plaigne en même temps de douleurs vers le foie, ce qui est arrivé chez l'un de nos malades, vous conviendrez qu'au premier abord les apparences sont trompeuses, l'idée de coliques hépatiques se présente naturellement. Mais regardez-y de plus près, faites une bonne sémiologie et vous verrez qu'au cas où l'appendicite provoque des douleurs jusqu'aux parages du foie, elle a également un foyer douloureux appendiculaire, *qui n'existe jamais* au cas de colique hépatique, tandis que les douleurs de la colique hépatique ont des irradiations fréquentes dans l'épaule, ce qui n'arrive jamais au cas d'appendicite. L'ictère de la colique hépatique se traduit à l'examen des urines par la présence de pigment biliaire vrai, tandis que l'ictère toxique de l'appendicite se traduit à l'examen des urines par l'absence de pigment biliaire et par la présence d'urobiline et de pigment brun. Ces différents caractères, si vous les recherchez avec soin, avec méthode, vous permettront de ne pas prendre une appendicite pour une colique hépatique.

Telles sont les principales modalités de l'appendicite;

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898, p. 334.

mais qu'il s'agisse des formes légères, des formes intenses ou des formes larvées, c'est la *triade douloureuse* qui est notre fil conducteur, c'est elle qui nous permet de dépister et de préciser le diagnostic de l'appendicite.

Cette triade se compose de la douleur appendiculaire, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée. La douleur appendiculaire a des caractères qu'il faut bien connaître, on a dit bien à tort qu'elle éclate tout à coup comme un coup de pistolet : c'est une erreur ; elle n'atteint jamais d'emblée toute son intensité comme la douleur soudaine, en coup de poignard, consécutive à la perforation de l'ulcus de l'estomac ou du duodénum. Pour si aigu que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes* ; interrogez avec soin les malades, tâchez d'obtenir non pas des renseignements vagues, mais une réponse précise, et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure, après plusieurs heures, que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité, et encore même cette intensité n'est-elle pas toujours excessive.

La *localisation* de la douleur fournit au diagnostic l'appoint le plus considérable, et à supposer que la douleur appendiculaire ait des irradiations en divers sens, en haut vers le foie ou en bas vers la région inguinale, à supposer qu'au moment où vous examinez le malade son ventre tout entier soit endolori, vous arriverez néanmoins, par une exploration attentive et méthodique, à localiser la région où la douleur a éclaté et le lieu d'élection où elle a acquis sa plus vive intensité. Ce lieu d'élection (point de Mac Burney) occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est à ce niveau, que j'ai nommé région appendiculaire, que se localise la douleur de l'appendicite ; c'est là que, par la palpation, vous constatez son maximum d'intensité ; c'est là qu'une pression méthodique provoque, ravive, exalte la douleur de l'appendicite et vous permet de sentir la défense musculaire, c'est-à-dire la contracture et l'induration du muscle sous-jacent ; c'est là, enfin, que, par le chatouillement de la peau, vous provoquez une hyperesthésie plus vive qu'ailleurs, hyperesthésie qui se traduit par des

mouvements réflexes parfois douloureux et étendus à une partie de la paroi abdominale.

Grâce à la recherche méthodique de cette triade douloureuse, qui est plus ou moins vive suivant les cas, vous arrivez à formuler le diagnostic de l'appendicite.

Si dès votre premier examen ces signes ne vous paraissent pas suffisamment nets, si leur localisation ne vous semble pas suffisamment précise, réservez pour le moment votre diagnostic, revoyez votre malade une deuxième, une troisième fois, quelques heures plus tard, dans le courant de la journée, c'est là un excellent moyen que je vous recommande ; tel signe qui, deux ou trois heures avant, n'avait pas encore acquis toute sa netteté, va maintenant fixer votre jugement ; à votre deuxième, à votre troisième visite, votre conviction sera faite ; vous admettez l'appendicite ou vous la rejetez.

Après avoir étudié le diagnostic des appendicites *larvées*, appendicites qui revêtent le masque d'une autre maladie (entérite, indigestion, coliques néphrétiques et hépatiques), discutons le diagnostic des maladies qui peuvent simuler l'appendicite. Je dois insister tout particulièrement sur l'entéro-colite, trop souvent confondue avec l'appendicite. Que l'entéro-colite soit glaireuse, muco-membraneuse, sableuse, elle se présente avec un ensemble de symptômes dont la note dominante est la diffusion des douleurs. Ces douleurs, sous forme de coliques intestinales, accompagnées ou non de fièvre et de vomissements, occupent surtout les côlons ascendant, transverse et descendant ; dans les cas assez nombreux où le cæcum participe à la poussée douloureuse (typhlo-colite), la douleur est bien voisine, il faut en convenir, de la région ou siège la douleur appendiculaire. Mais, alors même que la douleur existe à la fosse iliaque droite, nous avons en faveur du diagnostic de l'entéro-colite la diffusion des douleurs, sur le trajet des côlons.

D'un geste, le malade fait pressentir le diagnostic ; pendant qu'il vous fait le récit de ses souffrances, qu'il compare parfois à « une barre douloureuse », il indique de la main

le côlon transverse; dans d'autres cas, il accuse dans le ventre « un cercle douloureux » et en même temps, d'un geste significatif, il vous indique la diffusion de la douleur dans les trois côlons.

Examinez cet individu atteint d'entéro-colite et supposons qu'il ait en même temps, à la fosse iliaque droite des douleurs qui vous laissent perplexes. La fosse iliaque droite est douloureuse, d'accord; mais vous n'y retrouvez pas la triade douloureuse appendiculaire avec sa localisation et avec sa netteté; de plus, d'autres points, fort douloureux, eux aussi, existent au côlon ascendant, à l'angle du côlon ascendant et du colon transverse, sur le trajet du côlon transverse et du côlon descendant. Ce n'est pas ainsi, il s'en faut, que procède l'appendicite.

Le sujet pris d'appendicite est presque toujours, pour ne pas dire toujours, frappé à l'improviste dans le cours d'une excellente santé; c'est du moins ce que j'ai constaté dans les soixante-quatorze cas d'appendicites qui composent jusqu'à ce jour ma statistique, tous vérifiés par l'opération. Par contre, le sujet atteint d'entéro-colite se rappelle que quelques semaines, quelques mois avant, il a eu des crises douloureuses à la fosse iliaque gauche (côlon descendant), à la région sus-ombilicale (côlon transverse); il vous raconte que depuis des mois ou des années il est enclin à des dérangements intestinaux; un refroidissement, un aliment indigeste, une fatigue provoquent chez lui des coliques, de la diarrhée; il traverse souvent des périodes de constipation, il surveille avec soin ses garde-robes, il a remarqué dans ses déjections des mucosités, des glaires, des « peaux » (entéro-colite muco-membraneuse); l'analyse des déjections faite après une crise douloureuse a décelé la présence de sable (entéro-colite sableuse); en un mot, le malade en question a un passé intestinal. Rien de pareil dans l'appendicite.

Au risque de répéter encore une fois, ce que je vous ai dit si souvent¹, et ce que j'ai soutenu, preuves en mains, dans nos discussions académiques, du moment que vous constatez,

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 365.

au cours d'une crise intestinale, des symptômes et les *preuves* d'une entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, vous n'avez rien à redouter de l'appendicite. *L'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant des entéro-colites*. J'ai suivi de près, je viens de vous le dire, soixante-quatorze cas d'appendicites vérifiés à l'opération, et dans un seul cas (il s'agit d'une malade vue avec MM. Tuffier et Cheurlot), on avait constaté antérieurement, des symptômes d'entéro-colite. D'autre part, j'ai vu plus de cent cinquante cas d'entéro-colite, j'en ai suivi un bon nombre pendant plusieurs années et pas un de ces cas, à ma connaissance, n'a abouti à l'appendicite.

Veillez écouter un dernier argument, qui me paraît sans réplique. La station de Plombières reçoit tous les ans des centaines, que dis-je, un millier de malades atteints d'entéro-colite; j'y en envoie pour ma part trente ou quarante par an. C'est là le rendez-vous principal des entéro-colites de toute nature: entéro-colites avec diarrhée et avec constipation; entéro-colites glaireuses, muco-membraneuses, sableuses. Si l'appendicite était la suite et la conséquence des entéro-colites, la station de Plombières *devrait avoir un chirurgien à demeure pendant la saison*, car c'est par douzaines qu'il aurait des appendicites à opérer. Or, combien de fois l'appendicite a-t-elle éclaté à Plombières sur des milliers de cas d'entéro-colite? A ma connaissance, pas une fois. La question est donc jugée, au point de vue qui nous occupe actuellement: si un individu est atteint d'une crise intestinale qui vous paraît suspecte et si vous constatez chez lui des preuves d'entéro-colite avec glaires, membranes, sable, soyez tranquilles, l'appendice n'est pas en cause.

Je ne saurais trop appeler votre attention sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite et l'entéro-colite. Aujourd'hui surtout que l'appendicite inspire aux familles et aux médecins une terreur salutaire, il faut se garder de voir partout l'appendicite, il faut éviter de conseiller l'opération pour une appendicite qui n'existe pas. Si j'insiste avec quelque complaisance sur ce point, c'est que j'ai vu ces temps derniers une dizaine de personnes chez lesquelles j'ai *déconseillé* l'opération, alors que l'opération allait être prati-

quée. Ces personnes-là avaient des entéro-colites, elles avaient des typhlo-colites muqueuse, membraneuse, saibleuse, elles n'avaient pas d'appendicite. Vous avez vu, il y a quelques mois, dans mon service salle Saint-Christophe, un malade qu'on avait opéré d'une soi-disant appendicite alors qu'il n'avait qu'une entéro-colite. Le médecin et le chirurgien, avec une bonne foi et un désintéressement dont je ne saurais trop les remercier, m'ont envoyé le malade et son appendice. L'appendice était absolument sain, je vous le montre dans ce bocal; quant au malade, son entéro-colite glaireuse et fébrile a continué malgré l'opération, et il est aujourd'hui en bonne santé. Il avait eu, du reste, six mois auparavant une crise semblable qui déjà, par erreur, avait été considérée et traitée comme une appendicite et qui aurait pu, par conséquent, être involontairement portée à l'actif des appendicites guéries par le traitement dit médical.

Il est un diagnostic qui n'est pas exempt de difficultés, c'est celui de l'appendicite et de la *péritonite à pneumocoques*. Sans revenir sur la description détaillée que j'en ai faite il y a deux ans¹, laissez-moi vous rappeler les principaux éléments du diagnostic. La péritonite pneumococcique primitive atteint justement les jeunes enfants aux âges où l'appendicite est fréquente; de part et d'autre, douleurs abdominales brusques et vives avec vomissements alimentaires ou bilieux; dans les deux cas, la fièvre peut être forte ou légère; mais la péritonite à pneumocoques provoque dès le début une diarrhée intense et fétide, tandis que la diarrhée est une rarissime exception au début de l'appendicite; enfin, bien que la douleur de la péritonite pneumococcique débute fréquemment par les fosses iliaques, la « triade douloureuse » que je vous ai décrite il y a un instant plaide en faveur de l'appendicite.

L'*annexite droite* est parfois difficile à diagnostiquer de l'appendicite. Bien que les annexites soient essentiellement des affections pelviennes et les appendicites des affections

(1) Péritonite à pneumocoques. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 396.

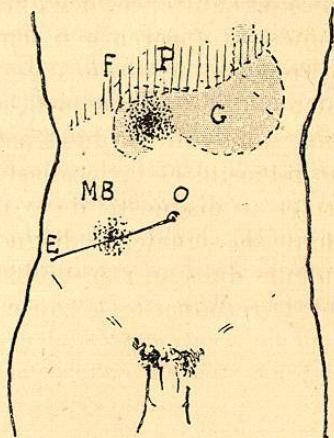
abdominales, le diagnostic est fort compliqué au cas où une annexite droite antérieure aurait établi des adhérences permanentes au niveau de l'appendicite¹. En faveur de l'annexite il faut tenir compte de l'étiologie blennorragique ou puerpérale, du mode de début des symptômes, de leur évolution et de la localisation exacte de la douleur².

Je vous rappelle que les *hystériques* peuvent présenter un ensemble de symptômes : ballonnement du ventre, douleurs à la fosse iliaque, vomissements, qui rappellent un peu le tableau de l'appendicite. Mais en pareil cas vous trouvez des stigmates d'hystérie des zones hystérogènes, et la localisation douloureuse occupe la région ovarienne et non la zone appendiculaire³.

Il est encore un diagnostic sur lequel je voudrais revenir, bien que je vous en aie parlé en d'autres circonstances. Dans mes leçons sur la perforation de l'ulcus simplex de l'estomac⁴ et du duodenum⁵, je vous ai cité plusieurs observations de perforations stomacales ou duodénales prises pour une appendicite. Je vous ai dit comment on pouvait arriver à les distinguer et je vous rappelle ce diagnostic différentiel. La brusquerie, l'intensité et la localisation de la douleur ne sont nullement comparables dans les deux cas. La douleur consécutive à la perforation de l'ulcus est soudaine, terrible, je lui ai réservé la dénomination de « coup de poignard péritonéal », tandis que la douleur de l'appendicite n'a ni la même brusquerie ni la même violence; elle augmente graduellement d'intensité, elle met parfois plusieurs heures à atteindre son apogée. La localisation de la triade douloureuse est également différente : elle a son maximum à la région appendiculaire, au cas d'appendicite; elle a son maximum à la région épigastrique, au cas de perforation stomacale.

Ces localisations sont indiquées sur la planche ci-après.

1. Doléris. *Société obstétricale et gynécologique*, avril 1897.
2. Richelot. *Le Bulletin médical*, 1897, p. 441.
3. Rendu, Talamon. *Société médicale des hôpitaux*, mars 1897.
4. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898, p. 81.
5. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897, p. 225.



O, ombilic; E, épine iliaque antérieure et supérieure; MB, point de Mac Burney et région appendiculaire, centre de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie au cas d'appendicite; F, foie; G, estomac, centre de la douleur au cas de perforation stomacale; P, région pylorique et duodénale, centre de la douleur au cas de perforation du pylore et du duodénum.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic de l'appendicite n'est pas toujours facile. Il y a des appendicites *larvées* qu'il faut savoir dépister. La prédominance de tel ou tel symptôme qui attire sur lui l'attention ne doit pas faire négliger la recherche attentive des signes classiques, grâce auxquels on arrive à reconstituer le diagnostic.

2° Les formes larvées de l'appendicite simulent au premier abord la simple indigestion, l'entérite, la colique néphrétique et la colique hépatique. C'est par l'étude méthodique de la *triade douloureuse* et par l'étude comparative des symptômes qu'on évitera l'erreur de diagnostic.

3° L'entéro-colite, la péritonite pneumococcique, l'annexite droite ont des symptômes communs avec l'appendicite; ici comme dans les autres cas, le diagnostic dépend d'une sémiologie précise et raisonnée.

4° Je ne saurais trop recommander le diagnostic de l'appendicite et de l'entéro-colite. Bien qu'elles n'aient rien de commun quant à leur pathogénie et bien que l'une ne soit

pas la conséquence de l'autre, ces deux maladies présentent quelques symptômes, en apparence si semblables, qu'on ne saurait serrer de trop près le diagnostic.

5° On doit également faire le diagnostic entre l'appendicite et les perforations stomacale et duodénale de l'ulcus simple. La brusque intensité et la localisation de la douleur permettent d'arriver au diagnostic de la perforation.

6° Je me contente de signaler le diagnostic de l'appendicite avec les douleurs dues au rein droit mobile. Le palper bimanuel permet de reconnaître la cause et la localisation des douleurs.