

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 à faire, car, malgré ses apparences de bénignité, malgré l'absence de symptômes bruyants, 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 pourra mourir s'il n'est opéré à temps.

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. La veille encore, ou même quelques heures avant, le sujet était en bonne santé. Soudain il éprouve au ventre des douleurs qui peuvent n'être pas tout d'abord localisées à la fosse iliaque droite ; elles peuvent occuper la région épigastrique, la région ombilicale, mais elles ne tardent pas à se préciser à la fosse iliaque droite, où elles acquièrent rapidement une très vive intensité : « c'est à crier, c'est à se tordre dans le lit ». L'état nauséux est constant, les vomissements alimentaires et bilieux sont parfois précoces et fréquents. La fièvre apparaît et le pouls est accéléré. Dès la première journée, le facies peut être anxieux et comme grippé. A l'examen du malade, il se peut que le ventre soit endolori en différentes régions, notamment à la région épigastrique, mais, si l'examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire, au point de Mac Burney, que se précise la triade douloureuse : douleur très vive et exaspérée par la pression, défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Si l'on examine avec soin le visage du malade pendant qu'on pratique méthodiquement le palper abdominal, on voit les traits se contracter et une sorte d'angoisse est peinte sur la figure, au moment où l'on exerce une pression même peu forte sur la région appendiculaire. Dès le premier ou le second jour, la température peut monter à 39°. Les urines sont parfois albumineuses. 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.

Il faut convenir toutefois que l'ensemble de ces symptômes appendiculaires ressemble beaucoup à ceux d'une péritonite aiguë. Et cependant le péritoine peut être absolument intact ; le foyer appendiculaire à lui seul est capable d'engendrer tous ces symptômes ; symptômes appendiculaires et symptômes péritonéaux peuvent être similaires ; aussi est-il souvent presque impossible de savoir à quel moment la péritonite vient compliquer l'appendicite ; c'est un point sur lequel j'ai déjà insisté plus haut.

Dans une *troisième* catégorie, je place les appendicites qu'on pourrait appeler *larvées* ; elles revêtent le *masque* d'une autre maladie. Certes, la triade douloureuse appendiculaire ne fait pas défaut, surtout quand on la recherche avec soin, mais elle est en partie masquée par d'autres symptômes qui dénaturent la scène morbide. 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 ! »

Il suffit d'être prévenu pour ne pas se laisser prendre à ces apparences. Appelés auprès d'un enfant, auprès d'un malade atteint d'une soi-disant indigestion, qui date du jour ou de la veille, pensons toujours à la possibilité de vomissements d'origine appendiculaire, pensons à l'appendicite, explorons avec soin la région de Mac Burney,

provoquons la douleur, la défense musculaire et l'hyperesthésie, et, grâce à un examen précis, examen qu'on peut répéter *une deuxième, une troisième fois dans la journée*, on arrive au vrai diagnostic, et l'on découvre 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 ont faussé 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 laudanum; puis, il fait appeler son médecin qui (parfois), 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, à la diarrhée succède 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 été l'aboutissant d'une entéro-colite, ce qui est une erreur.

J'ai vu plusieurs fois l'appendicite susciter au début une crise intestinale diarrhéique, et je ne connais pas de

plus bel exemple de cette forme larvée de l'appendicite, que l'un des cas dont j'ai parlé à propos des accalmies traîtresses. On est tellement habitué à voir la constipation accompagner l'appendicite qu'on n'est pas assez familiarisé avec l'appendicite accompagnée de 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 séméiologie à dépister la cause et le siège des douleurs; l'exploration méthodique de la région appendiculaire permet de faire le diagnostic.

Il est une autre forme d'appendicite larvée qu'il faut bien connaître; c'est celle qui prend les apparences de la *colique néphrétique*. J'en ai eu dans mon service un remarquable exemple que voici. Un garçon de vingt-huit ans vient nous 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, il fut pris de douleurs vives, « de crampes », 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 1898, en tout semblable aux précédentes, avec douleurs abdominales, fièvre et vomissements, 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 vint nous demander conseil.

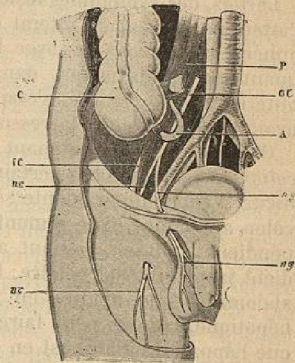
Je l'examine et je constate une douleur localisée à la région cæco-appendiculaire; on y constate de l'hyperesthésie, de la contracture musculaire; peut-être même un empatement profond. La triade en question, douleur, défense musculaire et hyperesthésie à la région appendiculaire, était en faveur de l'appendicite, mais alors comment expliquer les symptômes des 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. Voici 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, une journée, ou plus longtemps, disparaissent comme par enchantement aussitôt que le 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 je décidai l'opération, qui fut pratiquée par mon ancien interne Marion.

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; 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 vérifiée la pathogénie des symptômes qui, chez notre malade, avaient donné à l'appendicite quelque apparence de colique néphrétique. L'opération fut suivie de guérison.

La planche ci-contre reproduit 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. — cc, nerf génito-crural. — nc, nerf crural. — ng, nerf génital.