

Ce cas n'est du reste pas isolé, il s'en faut; j'en ai réuni un certain nombre dans l'une de mes leçons cliniques¹.

Quelques exemples concernant les symptômes pseudo-néphrétiques de l'appendicite ont été publiés par Tuffier². 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 et l'opération démontra qu'il s'agissait d'appendicite. 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 Pinard, un homme d'une cinquantaine d'années qui, dans une attaque d'appendicite antérieure avec anurie, s'était fait sonder, convaincu qu'il avait un calcul dans la vessie.

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'hypochondre; le malade se plaint de douleurs abdominales et montre en même temps la région sous-hépatique, ce qui peut faire supposer, au premier abord, que l'appareil biliaire est en cause.

De plus, certains malades atteints d'appendicite ont une teinte ictérique, ainsi que nous l'avons vu plus haut en étudiant la toxicité de l'appendicite. Eh bien, qu'un individu ayant une teinte subictérique et des vomissements se plaigne en même

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Diagnostic de l'appendicite. 15^e leçon.

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

temps de douleurs sous l'hypochondre, on conviendra 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 séméiologie, et vous verrez qu'au cas où l'appendicite prolonge les douleurs jusqu'aux parages du foie, on trouve également au point de Mac Burney un foyer douloureux *qui n'existe jamais* au cas de colique hépatique; de plus, les douleurs de la colique hépatique ont des irradiations fréquentes dans l'épaule, ce qui n'arrive pas au cas d'appendicite. L'ictère de la colique hépatique, qui est un ictère par rétention, est habituellement suivi de décoloration des matières fécales et il se traduit à l'examen des urines par la présence de pigment biliaire vrai, tandis que l'ictère toxique de l'appendicite ne détermine pas la décoloration des matières fécales et se traduit habituellement à l'examen des urines par l'absence de pigment biliaire et par la présence d'urobiline et de pigment brun. De plus, au cas d'appendicite toxique avec teinte ictérique, les urines sont presque toujours albumineuses. Ces différents caractères, *recherchés avec soin*, permettront de ne pas prendre une appendicite pour une colique hépatique.

Après avoir étudié le diagnostic des appendicites *larvées*, appendicites qui revêtent le masque d'une autre maladie (indigestion, entérite, coliques néphrétiques et hépatiques), discutons le diagnostic des maladies qui simulent l'appendicite. Je dois insister tout particulièrement sur l'entéro-typhlo-colite, *trop souvent confondue avec l'appendicite*. Que l'entéro-typhlo-colite soit glaireuse, 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 colons ascendant, transverse et descendant; dans les cas assez nombreux où le cæcum participe particulièrement à la poussée douloureuse (typhlite ou typhlo-colite), la douleur est bien voisine, il faut en convenir, de la région où siège la douleur appendiculaire. Mais, alors même que la douleur

domine à la fosse iliaque droite, nous avons en faveur du diagnostic de l'entéro-typhlo-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 trace la diffusion de la douleur dans les trois côlons.

Examinez cet individu atteint d'entéro-colite ou de typhlo-colite. La fosse iliaque droite est souvent douloureuse, d'accord; mais on n'y retrouve pas aussi nettement que dans l'appendicite la triade douloureuse, appendiculaire : de plus, d'autres points douloureux, eux aussi, existent au côlon ascendant, à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse (en avant et en arrière), 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 frappé à l'improviste dans le cours d'une excellente santé; les prodromes sont rares, c'est du moins ce que j'ai constaté dans les deux cents et quelques cas d'appendicites qui composent jusqu'à ce jour ma statistique, tous vérifiés par l'opération. Par contre, le sujet atteint d'entéro-colite vous raconte 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 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 membraneuse); l'analyse des déjections faite après une crise douloureuse a décelé la présence de sable (entéro-colite sableuse); en un mot, le ma-

lade en question a un passé intestinal. Rien de pareil dans l'appendicite, où il n'y a de passé intestinal que si le sujet a eu déjà plusieurs crises d'appendicite.

Mais, dira-t-on, ce qui a été entéro-colite ou typhlo-colite pendant des mois peut devenir appendicite à un moment donné. Erreur. *L'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant des entéro-colites.* Cette question sera longuement discutée au chapitre suivant à propos des entéro-colites. Pour le moment, je pose en principe que lorsqu'on constate au cours d'une crise intestinale des symptômes et les preuves d'une entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, on n'a, pour ainsi dire, jamais rien à redouter de l'appendicite, ou du moins c'est la très grande exception.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur ce diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'entéro-typhlo-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 bien des personnes à qui j'ai déconseillé l'opération, alors que l'opération allait être pratiquée. Ces personnes-là avaient des entéro-colites, des typhlo-colites muqueuses, membraneuses, sableuses, elles n'avaient pas d'appendicite. J'ai eu dans mon service un malade qu'on avait opéré d'une soi-disant appendicite alors qu'il n'avait qu'une entéro-colite fébrile. Le médecin et le chirurgien, avec une bonne foi dont je ne saurais trop les remercier, m'ont envoyé le malade et son appendice. L'appendice était absolument sain : quant au malade, son entéro-colite glaireuse a continué malgré l'opération. 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 avait été grossir l'actif des soi-disant appendicites guéries par le traitement médical.

La cholécystite calculeuse ou non calculeuse pourrait simuler l'appendicite, n'était-ce que les foyers douloureux