

quand on les recherche avec attention, sont différemment placés. Mais il est des cas sur lesquels je ne saurais trop appeler l'attention : c'est quand l'appendicite s'associe à la cholécystite. J'en ai fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine<sup>1</sup> et quand je m'occuperai des maladies de la vésicule biliaire, j'étudierai cette association étrange et assez fréquente de la cholécystite et de l'appendicite.

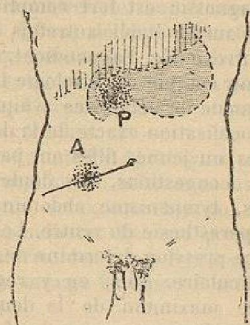
Le diagnostic entre l'appendicite et la colique saturnine n'est pas toujours exempt de difficultés. Je viens d'en avoir deux cas à l'Hôtel-Dieu, qui m'ont permis d'étudier la question. Les névralgies intestinales dans la colique saturnine sont parfois dominantes à la fosse iliaque droite, région du cæcum, c'est une typhalgie saturnine. N'oublions pas qu'il peut y avoir typhalgie comme il y a entéralgie ou colalgie. Au cas de typhalgie, douleurs spontanées et douleurs à la pression existent dans la même région (ou peu s'en faut) que la douleur de l'appendicite. Mais la profession du malade, le liséré saturnin, l'existence antérieure ou plusieurs fois répétée de coliques saturnines, l'absence de fièvre, plaident contre l'hypothèse de l'appendicite; de plus, les coliques saturnines se diffusent en différentes régions du ventre; l'abdomen est tendu et douloureux ailleurs qu'à la fosse iliaque droite et la pression soulage souvent les douleurs.

Il est encore un diagnostic sur lequel je vais revenir, bien que j'en aie parlé aux chapitres concernant la perforation de l'ulcus stomacal ou duodénal. J'ai cité plusieurs observations de perforations stomacales ou duodénales prises pour une appendicite. Voici comment on peut arriver à les distinguer : 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 l'ai nommée : « coup de poignard péritonéal », tandis que la douleur de l'appendicite n'a ni

1. Dienlaffoy. Association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. *Ac. de méd.*, séance du 16 juin 1903.

la même brusquerie ni la même violence; 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.



A, point de Mac Burney et région appendiculaire, centre de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie au cas d'appendicite; P, région pylorique et duodénale, centre de la douleur au cas de perforation du pylore et du duodénum.

Encore un diagnostic qui n'est pas exempt de difficultés, c'est celui de l'appendicite et de la péritonite primitive à pneumocoques. Sans empiéter sur la description détaillée que nous ferons de cette maladie, voici les principaux éléments du diagnostic. La péritonite pneumococcique primitive atteint les jeunes enfants justement 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 j'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 abdominales, le diagnostic est fort compliqué au cas où une annexite droite aurait établi autrefois des adhérences permanentes au niveau de l'appendice<sup>1</sup>. En faveur de l'annexite il faut tenir compte de l'étiologie blennorrhagique ou puerpérale, du mode de début des symptômes, de leur évolution et de la localisation exacte de la douleur<sup>2</sup>.

Certaines femmes ou jeunes filles ont parfois, à l'approche des règles, des congestions, des douleurs de l'ovaire, avec vomissements, tympanisme abdominal, irradiations douloureuses et hyperesthésie du ventre. Le moindre attouchement, la moindre pression détermine des douleurs vives à la région appendiculaire. Mais, en y regardant de plus près on voit que le maximum de la douleur siège, non pas au point de Mac Burnay, mais *plus bas*, à la région ovarienne. J'ai vu un cas de ce genre, tout récemment, chez une jeune fille qu'on avait déclarée atteinte d'appendicite; le lendemain, avec les règles, tous les symptômes disparaissaient.

La *grossesse tubaire* (et la rupture qui en est la conséquence) n'est pas sans quelque analogie avec l'appendicite, quand l'accident abdominal survient du côté droit. Je fais allusion à un cas que j'ai vu récemment avec Moizard et Nélaton. La jeune femme avait été prise brusquement d'une douleur à la fosse iliaque droite; aussitôt étaient survenus des vomissements et un état de défaillance voisin de la syncope. Quelques heures plus tard, le facies était grippé, le pouls était petit et très accéléré, le visage était d'une *extrême pâleur*. Ce ne sont pas là des symptômes d'appen-

1. Doléris. *Société obstétricale et gynécologique*, avril 1897.

2. Richelot. *Le Bulletin médical*, 1897, p. 441.

dicite. Pâleur excessive, accélération du pouls, tendance à la syncope, sont plutôt le fait d'une hémorrhagie. De plus, chez cette jeune malade, la partie sous-ombilicale du ventre était absolument mate, ce qui indiquait déjà un fort épanchement. Aussi le diagnostic d'inondation sanguine péritonéale par rupture tubaire fut-il porté chez cette malade enceinte de deux mois. L'opération vérifia le diagnostic, donna issu à deux litres de sang et amena la guérison.

Le *rein droit flottant* détermine parfois dans les parages de la fosse iliaque droite des accès fort douloureux, avec ou sans vomissements, qu'il ne faut pas prendre pour des accès appendiculaires. L'exploration attentive de la région permet d'arriver au diagnostic.

Je rappelle enfin que les *hystériques* peuvent présenter un ensemble de symptômes : ballonnement du ventre, douleurs à la fosse iliaque, vomissements, qui simulent un peu le tableau de l'appendicite. Mais en pareil cas on trouve des stigmates d'hystérie, des zones hystérogènes, et la localisation douloureuse occupe la région ovarienne et non la zone appendiculaire<sup>1</sup>.

**Appendicite chronique.** — Jusqu'ici je n'ai eu en vue dans ce chapitre que l'appendicite aiguë. L'appendicite chronique, dont je vais m'occuper maintenant, est rarement chronique d'emblée, elle fait suite à une ou plusieurs attaques d'appendicite aiguë ou subaiguë. En disant qu'elle est rarement chronique d'emblée, je ne fais pas allusion à la tuberculose, au cancer, à l'actynomycose, etc., qui peuvent se cantonner aux parois de l'appendice et évoluer sans réaliser le type toxi-infectieux, qui cliniquement mérite seul le nom d'appendicite.

Les lésions de l'appendicite chronique ne concernent pas seulement l'appendice; il y a toujours des lésions de voisinage, adhérences, fausses membranes, adénites, clapiers purulents, magma caséux, qui se traduisent par une série de symptômes et qui finissent par provoquer à la fosse iliaque

2. Rendu, Talamon. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1897.