

Néanmoins, un symptôme abdominal de premier ordre persistait; je veux parler d'un tympanisme généralisé à tout le ventre.

Que s'était-il passé depuis la veille au soir et que signifiait une détente en apparence aussi complète? Cette femme était atteinte d'appendicite intense, cela ne faisait de doute pour aucun de nous. Les accidents devenant menaçants, une consultation avait été décidée, et voilà que tout à coup, du soir au matin, la scène change, le calme succède à l'orage, la défervescence se produit.

En face de cette détente inattendue, quelle devait être notre attitude et notre résolution? Nous fûmes d'avis qu'il ne s'agissait pas là d'une détente au vrai sens du mot, mais d'une de ces *accalmies passagères et traîtresses* qu'il faut bien connaître. Cette apparence de guérison ne nous disait rien qui vaille. Non seulement nous ne crûmes pas à l'amélioration réelle, mais notre conviction fut que la malade *était en pleine péritonite appendiculaire*. Nous basions ce diagnostic sur le tympanisme généralisé de l'abdomen, sur le facies légèrement grippé et sur l'accélération du pouls qui était à 104, malgré la chute de température. Étant donné ce diagnostic, il n'y avait pas un instant à perdre et rendez-vous fut pris pour midi avec Segond.

Quand nous arrivâmes à midi, l'amélioration apparente ne s'était pas démentie. La température avait encore baissé et n'était qu'à 36°,9. Segond renouvela l'examen que nous avions pratiqué le matin et, comme nous, il constata l'absence de douleurs, le météorisme uniformément réparti à tout l'abdomen et l'accélération du pouls; les yeux étaient légèrement excavés. Segond formula nettement son opinion et demanda l'intervention chirurgicale immédiate. Nous étions tous d'accord. Restait à convaincre la famille, ce qui ne fut pas chose facile, car on trouvait l'opération « illogique et inacceptable ». On céda néanmoins.

A peine le péritoine est-il ouvert, qu'un flot de sérosité trouble s'écoule avec une odeur des plus fétides; la péritonite était diffuse, l'appendice était gangrené. Malgré la dif-

fusion de la péritonite, et la gangrène de l'appendice, les suites de l'opération furent des plus heureuses pour la mère. La fausse couche se fit le douzième jour après l'opération, le fœtus ayant succombé aux toxines appendiculaires.

Ce que je tiens à mettre en relief dans cette observation, c'est l'*accalmie traîtresse* de l'appendicite. C'est en pleine péritonite que l'*accalmie* s'est produite; la fièvre tombe et les douleurs disparaissent alors que les accidents mortels se préparent. Non opérée, cette jeune femme serait morte en quarante-huit heures.

Voici une seconde observation aussi démonstrative. Le 5 mai 1898, je me trouvais dans une famille dont je suis depuis longtemps le médecin, quand on me pria de donner quelques conseils à une jeune femme qui venait d'être prise de douleurs abdominales. Cette femme, grosse de cinq mois, souffrait cruellement, ses douleurs étaient accompagnées de vomissements, son état était angoissant et la garde qui l'assistait parlait de contractions utérines et de fausse couche probable. J'examine le ventre, je recherche avec soin le *siège et l'origine des douleurs*, et j'acquies la conviction que les douleurs partent, non de l'utérus, mais de la fosse iliaque droite, au niveau de la région cæco-appendiculaire. Je poursuis l'examen et j'en arrive à conclure que cette jeune femme est atteinte d'appendicite. Pinard voit la malade dans la soirée et porte le même diagnostic. Voici ce qui s'était passé. Dans le cours d'une excellente santé, au cinquième mois de sa grossesse, cette jeune femme avait été prise, vers une heure et demie de l'après-midi, de douleurs abdominales qui, peu vives au début, avaient acquis, en deux heures, une très forte intensité. Les douleurs avaient été bientôt suivies de vomissements répétés. C'est à ce moment que j'avais vu la malade; il était six heures du soir.

Le lendemain matin, vendredi, nous jugeons, Pinard et moi, que nous sommes en face d'une appendicite à forme grave, et, malgré la grossesse, nous décidons l'intervention

chirurgicale immédiate. A midi, Bouilly se joint à nous; il diagnostique, comme nous, une appendicite violente; la péritonite est imminente ou déclarée, aussi l'opération est-elle décidée pour quatre heures.

Quand nous revenons, à quatre heures, la famille, que nous avons laissée quelques heures avant dans la tristesse, nous reçoit maintenant avec des accents de joie non déguisée. Les visages sont souriants : « La malade va beaucoup mieux, nous dit-on, elle a eu une garde-robe naturelle, les douleurs ont en partie disparu, les vomissements ont cessé, la fièvre est presque tombée; la température est descendue de 39 à 37°,4. » Ce qui, dans l'esprit de la famille, voulait dire : « Nous espérons bien qu'en face de ce nouvel état, vous n'allez pas donner suite à l'opération. » Et cependant, tout était préparé, l'interne de Bouilly tenait le chloroforme et l'opérateur n'attendait plus que sa malade.

Au premier abord, il faut le dire, le joyeux accueil de la famille nous avait un peu déconcerté; bien des pensées nous avaient traversé l'esprit; notre diagnostic serait-il erroné; la malade ne serait-elle pas atteinte d'appendicite; l'opération aurait-elle été indûment conseillée? Nous nous rendons auprès de la jeune femme, et, après l'avoir examinée de nouveau, nous maintenons dans son intégrité notre verdict, que la famille accepte sans mot dire.

L'opération est immédiatement pratiquée. A l'ouverture du péritoine, apparaît une *péritonite diffuse*. On va à la recherche de l'appendice, qui est enveloppé de fausses membranes infiltrées de pus. J'ai vu bien des appendicites, j'ai assisté à bon nombre d'opérations, mais je ne me rappelle avoir jamais rien vu de pareil. L'appendice avait pris des proportions démesurées; il avait doublé de longueur et triplé de volume; il était énorme, en érection, avec deux plaques de gangrène, dont l'une voisine de la base. L'opération se termina dans les meilleures conditions et la jeune femme guérit après voir expulsé le fœtus mort.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur la rapidité des lésions et sur l'*accalmie traitresse* qui, chez cette malade,

se produisit vingt-quatre heures après la première poussée des accidents. Supposons que pour une cause ou pour une autre, moins de décision de la part des médecins, ou manque de confiance de la part de la famille, supposons qu'on eût sursis à l'opération; la péritonite, déjà diffuse, se généralisait, et cette jeune femme était certainement perdue, elle mourait infectée et intoxiquée, comme meurent tant de gens atteints d'appendicite, qui ne sont pas opérés ou qui sont opérés trop tard.

Les cas d'*accalmie traitresse* ne sont pas rares, il s'en faut; on en trouvera bon nombre d'observations dans une leçon clinique que j'ai consacrée à ce sujet¹. Cette détente *apparente*, cette période d'*accalmie*, est fréquente au cours de l'appendicite; on ne la connaît pas assez, on ne l'avait pas décrite. Que cette détente soit, ou non, provoquée par la médication (sachets de glace sur le ventre, pilules d'opium, piqûres de morphine), il n'en est pas moins vrai que les symptômes douloureux et bruyants qui signalent la première période de l'appendicite sont parfois suivis, les jours suivants, d'un bien-être qui fait croire à l'amélioration réelle du malade. C'est en pareil cas que l'opération, qui était imminente, est renvoyée à une date ultérieure : on espère gagner du temps et on en perd; les accidents se précipitent, et quand on veut intervenir, il n'est plus temps.

Pour si étrange, pour si paradoxal que paraisse ce fait, on est bien obligé de l'admettre; dans bon nombre de cas, les lésions péritonéales les plus graves coïncident avec une détente apparente des symptômes appendiculaires; toute l'histoire de l'*accalmie traitresse* est résumée dans ces quelques mots. Peut-être serait-il possible de trouver l'explication de faits aussi discordants. Si je me reporte au très remarquable travail expérimental de Klecki sur la pathogénie des péritonites d'origine intestinale, travail qui a été mon guide dans la recherche expérimentale de la pathogénie de l'appendicite par cavité close, je vois dans les expé-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899. Les *accalmies traitresses* de l'appendicite. 12^e leçon.

riences de Klecki que l'exaltation de virulence du colibacille acquiert son maximum d'intensité dans le segment de l'anse intestinale qu'une double ligature a transformé en cavité close; les microbes traversent alors les parois de l'anse intestinale ligaturée, arrivent dans le péritoine et provoquent la péritonite (processus identique au processus que j'ai constaté pour la cavité close appendiculaire). Mais le fait inattendu qui résulte des expériences de Klecki, c'est que la virulence des bacilles retirés du liquide péritonéal est, dans la plupart des cas, inférieure à la virulence des bacilles exaltés en cavité close intestinale. Autrement dit, « le passage des microbes virulents dans la cavité péritonéale en *atténue* la virulence ».

Sans vouloir assimiler complètement le fait clinique au fait expérimental, il est impossible néanmoins de ne pas être frappé des analogies. Dans le fait expérimental (transformation d'une anse intestinale en cavité close), comme dans le fait clinique (transformation du canal appendiculaire en cavité close), une violente exaltation de virulence se produit, un terrible foyer toxi-infectieux se développe. Dans le fait expérimental, comme dans le fait clinique, les microbes pathogènes exaltés en cavité close traversent les parois de l'appendice et vont déterminer des infections péritonéales de forme diverse, péritonite diffuse, septique, péritonite localisée. Pourquoi, dès lors, ne pas admettre que dans le fait clinique, comme dans le fait expérimental, l'entrée en scène des lésions péritonéales puisse coïncider parfois avec une atténuation passagère de la virulence des microbes venus du foyer appendiculaire; atténuation passagère, ayant pour résultat l'accalmie traîtresse et transitoire que nous venons d'étudier?

Du reste, peu importe la théorie; le fait clinique dominant et essentiel, c'est qu'il n'est pas possible, dans la très grande majorité des cas, d'établir deux périodes distinctes dans l'évolution des accidents appendiculo-péritonéaux. *Symptômes appendiculaires et symptômes péritonéaux sont similaires, fusionnés, subintrants*; voilà, au risque de me

répéter, une phrase que je voudrais graver profondément dans l'esprit; il est souvent difficile de savoir à quel moment la péritonite se déclare; bien mieux; c'est parfois pendant que les accidents péritonéaux entrent en scène qu'une accalmie trompeuse se produit.

On voit d'ici comment les choses se passent. Un malade est atteint d'appendicite, un médecin est appelé, il institue le traitement dit médical, il applique des sachets de glace sur le ventre, il prescrit quelques centigrammes d'opium, ou un verre d'eau purgative, suivant qu'il est dans le camp de ceux qui veulent qu'on purge ou qu'on ne purge pas. Le lendemain, la maladie suit son cours, les douleurs sont vives au point de Mac Burney, des vomissements apparaissent, le pouls est accéléré; la température monte à 38°,5. On continue le traitement dit médical, on pratique des piqûres de morphine, le malade est mis au repos le plus absolu, dans le décubitus dorsal, suivant une pratique en vogue à Berlin; mais, en dépit de ce fameux traitement dit médical, que je considère comme nul et fatal, la situation devient menaçante, les douleurs sont violentes, le ventre se ballonne, l'idée d'une intervention chirurgicale gagne l'entourage.

Alors, voilà qu'au milieu des angoisses et des indécisions, une amélioration se produit, les douleurs diminuent d'intensité, la température baisse, les vomissements cessent; en un mot, une détente se fait; on se félicite et l'on vante bien haut les résultats du traitement dit médical. Hélas! cette *accalmie trompeuse* est de courte durée, les accidents se précipitent, le danger devient imminent, la griffe péritonéale s'imprime au visage, l'intervention chirurgicale est acceptée comme un pis aller; mais, non opéré ou opéré, il est trop tard, le malade succombera. Ainsi se déroule la dramatique histoire de tant d'appendicites, trompeuses dans leur marche, traîtresses dans leur évolution, non opérées à temps et aboutissant en fin de compte à la mort.

Il ne faut pas confondre l'amélioration de bon aloi avec l'accalmie traîtresse de l'appendicite; il faut savoir les distin-

guer. L'amélioration de bon aloi porte sur tous les symptômes en même temps ; il n'y a pas entre eux de discordance flagrante, le pouls diminue de fréquence pendant que la température s'abaisse, le tympanisme décroît pendant que les douleurs disparaissent, douleurs et tension abdominale s'amendent parallèlement, le bien-être est réel et non factice.

Tout autre est l'accalmie traitresse : la température s'abaisse, mais le pouls reste petit, accéléré, à 100, 120 pulsations ; les douleurs abdominales s'amendent, soit spontanément, soit sous l'influence de la glace et de la morphine, mais le ventre reste tendu et tympanisé ; les traits sont tirés, qu'on regarde attentivement le malade et l'on voit que le facies porte l'empreinte péritonéale.

La grossesse et l'appendicite. — Les exemples suivants donnent une idée des relations de la puerpéralité avec l'appendicite. Le 6 janvier 1896, je fus appelé d'urgence, en consultation, auprès d'une jeune femme, récemment accouchée, qui venait d'être prise depuis quarante-huit heures de douleurs abdominales et de vomissements. J'y trouvai Budin, qui avait pratiqué l'accouchement. On me donna les renseignements les plus circonstanciés : la grossesse avait été excellente, l'accouchement s'était fait à terme dans les meilleures conditions, les suites de couches n'avaient rien laissé à désirer. Dix-huit jours après l'accouchement, alors que tout marchait à souhait, la jeune femme s'était plainte de douleurs abdominales d'abord légères et bientôt très vives. Ces douleurs avaient été suivies de nausées et de vomissements ; la constipation était absolue. La nuit qui avait précédé notre consultation avait été fort mauvaise, la situation avait empiré. Quand nous arrivâmes auprès de la malade, je fus mal impressionné, je lui trouvai les traits altérés, angoissés, les yeux cernés, et auprès de son lit était une cuvette contenant le dernier vomissement, verdâtre et porracé. La fièvre était vive, le pouls était petit et accéléré. La péritonite n'était pas douteuse ; le ventre, tendu, uniformément ballonné, était tellement sensible que la malade me supplia de n'y pas toucher ; je voulais cepen-

dant me rendre compte *du siège et de l'origine de la douleur*, car, en pareille circonstance, une séméiologie méthodique peut seule nous permettre de formuler le diagnostic : je palpai l'abdomen avec les plus grandes précautions et quand j'arrivai à la fosse iliaque droite, dans les parages de la région cæco-appendiculaire, je constatai une telle localisation des symptômes douloureux (hyperesthésie, douleur à la pression, défense musculaire), que j'acquis la conviction qu'il s'agissait d'une appendicite : l'appendicite de l'état puerpéral. Budin partagea mon opinion.

Bien que nous ne fussions qu'au commencement du troisième jour de l'appendicite, les accidents s'étaient précipités avec rapidité, puisque la malade était déjà en pleine péritonite. Mais nous n'en sommes plus à compter les cas où dès le deuxième, dès le troisième jour, l'appendicite a déjà provoqué les plus graves désordres. Il n'y avait pas à hésiter, il fallait opérer le plus vite possible, car les accidents étaient menaçants et d'heure en heure le pronostic allait s'aggraver. Je priai Routier de pratiquer l'opération sans tarder. La jeune femme fut opérée à 10 heures du soir. On trouva une péritonite diffuse. L'appendice était volumineux, tendu, violacé, entouré de membranes molles et purulentes. Il fut enlevé et quand je pus l'examiner à loisir je trouvai le canal appendiculaire rempli de pus dans la partie qui avait été transformée en cavité close par un calcul oblitérant. La détente complète fut assez longue à se produire ; la malade, non seulement infectée, mais empoisonnée par les toxines de l'appendicite, eut encore pendant deux jours de la fièvre, de l'accélération du pouls, des nausées, de l'intolérance stomacale, une légère teinte *subictérique* des conjonctives, symptômes qui n'étaient pas sans m'inquiéter. Peu à peu la situation s'améliora, et vingt jours plus tard la malade était guérie. Cette appendicite puerpérale fut, je crois, le premier cas publié chez nous¹.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés², Pinard

1. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, 1897, t. III.

2. Legendre. *Soc. méd. des hôp.*, 1^{er} avril 1897.

en a rapporté plusieurs cas personnels et a fait, à l'Académie de médecine, une très importante communication¹. Le tableau dressé par Pinard, contenant 31 cas d'appendicite puerpérale opérés, indique à quelle époque de la puerpéralité l'appendicite a éclaté; il indique également l'étendue de la lésion péritonéale, la nature de l'opération et les résultats concernant la mère et le fœtus.

Nous avons à discuter la pathogénie de cette appendicite puerpérale. D'une façon générale, la pathogénie de l'appendicite est invariable. Il faut en revenir toujours au *primum movens* de l'appendicite, c'est-à-dire à la transformation d'une partie du canal appendiculaire en cavité close, qui devient le laboratoire où s'effectuent l'infection et la toxicité, cause de tous les accidents. Or, il s'agit justement de savoir si la grossesse n'a pas une influence directe sur ce processus appendiculaire. Je croirais volontiers que la lithiase, qui est un des agents de l'appendicite, peut être mise sur le compte de la grossesse au même titre que d'autres lithiases, notamment la lithiase biliaire. Je ne dis pas que toute appendicite puerpérale soit d'origine calculeuse, il s'en faut; du reste, nous possédons peu de documents sur ce sujet, car l'examen de la lésion appendiculaire est généralement écourté ou passé sous silence dans la plupart des observations; toutefois, les deux appendicites puerpérales que j'ai observées étaient l'une et l'autre calculeuses.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le dit Pinard, « le fait bien établi aujourd'hui, qui doit éveiller dès maintenant l'attention, est le suivant : *L'appendicite peut compliquer la puerpéralité à toutes ses périodes, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches* : 31 cas opérés prouvent cette assertion. Des observations démontrent que la grossesse peut être troublée par l'appendicite dès les premières semaines, pendant toute sa durée, de même que l'appendicite peut venir compliquer la fin de la

1. Pinard. L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. *Académie de médecine*, séance du 22 mars 1898.

dernière période puerpérale. L'appendicite survenant pendant la grossesse interrompt le plus souvent celle-ci, et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère. Presque tous les auteurs ont remarqué combien souvent les fœtus viables étaient expulsés morts, ou mouraient fréquemment de cause indéterminée, ou présentaient, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie. Notre observation peut donner une explication du fait. L'ensemencement pratiqué par Wallich, et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sang ensemené ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical. »

Quant à la description de l'appendicite puerpérale, je n'ai pas à la recommencer ici, car elle ne diffère en rien de l'appendicite non puerpérale. C'est une question sur laquelle j'ai si longuement insisté, qu'il me suffira de la rappeler en quelques mots. Que l'appendicite survienne pendant la grossesse ou après l'accouchement, qu'elle soit puerpérale ou non puerpérale, c'est toujours l'appendicite avec ses allures multiples et avec les symptômes que j'ai longuement retracés. Elle débute sans prodromes, en pleine santé, par une douleur localisée à la fosse iliaque du côté droit. Cette douleur, j'y insiste, n'atteint pas d'emblée toute sa vivacité; pour si aigu que soit le début de l'appendicite, les douleurs appendiculaires sont *graduellement croissantes*: interrogez avec soin vos malades, tâchez d'obtenir d'eux non pas des réponses 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.

De plus, la *localisation* de la douleur fournit au diagnostic un appoint considérable, et à supposer que la douleur s'étende en divers sens, le lieu d'élection (douleur, défense musculaire, hyperesthésie) occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (région appendiculo-cæcale). Le pronostic de l'appendicite est certainement aggravé par l'état puerpéral. Il faut se

méfier non seulement de l'infection, mais de la toxicité, et ne pas oublier que, chez la femme enceinte, le foie est en imminence morbide.

Ici, comme dans toute appendicite, le *seul traitement* rationnel et efficace est l'intervention chirurgicale. « Je ne saurais, pour ma part, dit Pinard, qu'applaudir à ce jugement. Peut-être irai-je plus loin et dirai-je : L'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. Et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Je ne veux pas rechercher, pour le moment, si l'infection se fait par continuité ou par la voie sanguine. Quelle que soit la voie, l'infection se fait, et les deux existences sont menacées. Tout est là. Ces considérations ne seront peut-être pas à dédaigner, quand on se trouvera en présence d'une appendicite survenue chez une jeune femme ou chez une jeune fille. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon d'enlever le foyer infectieux là où jusqu'ici on aurait pu hésiter. Cela sera, je pense, de la bonne prophylaxie. »

Quant à moi, je n'ai rien à ajouter, rien à retrancher aux idées que j'ai souvent exprimées. Non puerpérale ou puerpérale, l'appendicite doit être opérée sans retard. Je sais bien qu'on éprouve quelque hésitation à faire ouvrir le ventre d'une femme en pleine grossesse; la résistance qu'on trouve dans les familles n'est pas toujours facile à vaincre, mais si par un diagnostic précis et méthodique nous affirmons que la femme confiée à nos soins est atteinte d'appendicite, elle doit être opérée sans retard; le fœtus succombera peut-être, mais la mère sera sauvée. On me citera des cas, il est vrai, où l'appendicite puerpérale non opérée n'a provoqué ni la mort du fœtus ni la mort de la mère : d'accord; mais c'est là un faible argument à opposer à tout ce que nous savons aujourd'hui concernant la gravité de l'appendicite et encore plus de l'appendicite puerpérale.

Diagnostic de l'appendicite. — *L'appendicite, c'est la grande maladie abdominale! nulle autre ne peut lui être*

comparée; par sa fréquence, par ses allures, par ses surprises, par sa gravité, elle doit toujours nous tenir en éveil. Aussi faut-il apprendre à la bien dépister afin d'agir sans retard : il y a là un foyer toxi-infectieux qu'on doit supprimer dès qu'il se démasque; agir autrement, attendre, tergiverser, temporiser, c'est aller au-devant des pires catastrophes. Tâchons donc de faire un bon *diagnostic*.

S'il est des cas où le diagnostic de l'appendicite est 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 par 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*.

Dans cette étude, je puiserai mes arguments dans les deux cents cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer depuis huit ans et *qui ont tous été vérifiés par l'opération*; c'est dire que symptômes et diagnostic ne peuvent être entachés d'erreur, puisque le critérium opératoire ne leur a jamais fait défaut.

Avant d'aborder le diagnostic de l'appendicite, il est utile d'établir solidement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit se reposer; rappelons donc les signes et les symptômes qui trahissent l'entrée en scène et l'évolution de la maladie. Pour la facilité 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 n'est pas très douloureuse, les symptômes sont classiques, mais peu intenses; la fièvre n'est pas élevée, les vomissements sont rares ou nuls, la constipation est la règle. L'examen méthodique du ventre permet de localiser le maximum de la douleur au point de Marc 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 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 toxo-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