

aussi très délicat. Sauvage, dans sa thèse (1894), en a signalé 29 cas, tous méconnus. La symptomatologie est celle de l'étranglement herniaire, sauf l'absence de gaz.

L'appendicite pelvienne étudiée dans la thèse de Dormoy (Lyon) est difficile à distinguer, chez la femme, des lésions annexielles. Cette forme s'observe quand la situation de l'appendice est intra-pelvienne.

L'appendicite peut s'accompagner de signes d'occlusion. MM. Albarran et Caussade ont récemment insisté sur ce point (*Presse médicale*, 25 juillet 1898).

Ils ont observé un malade qui après plusieurs années de crises appendiculaires présenta subitement des signes d'occlusion intestinale aiguë. L'occlusion devait être survenue par suite de la paralysie intestinale. Ces formes avec occlusion sont des formes très graves s'accompagnant d'ordinaire de perforation du cæcum et quelquefois d'abcès aréolaires du foie (1).

Une autre forme intéressante d'appendicite est celle qui survient au cours de la grossesse.

En effet, comme la lithiase biliaire, l'appendicite n'est pas très rare dans la grossesse et y est souvent d'un diagnostic difficile. Ces rapports ont été bien étudiés par MM. Dieulafoy et Pinard (2). L'appendicite peut survenir à toutes les périodes, depuis les premières semaines jusqu'au moment du travail, ou même après. Généralement, la grossesse est interrompue et la vie du fœtus et celle de la mère se trouvent en danger. Pinard conseille de traiter l'appendicite sans s'occuper de la grossesse. L'opération prompte permet le plus souvent à la grossesse de continuer son évolution normale. Si l'appendicite est plus grave, la femme avortera, mais guérira. Le diagnostic se fait ici par les signes ordinaires, et entre autres le fameux point de Mac Burney. Cependant, la douleur peut être hépatique ou inguinale. La défense musculaire est caractéristique.

Parmi les formes anormales de l'appendicite, il faut mentionner l'appendicite à forme néoplasique, qui survient chez des sujets âgés, est caractérisée par des phénomènes généraux graves (cachexie, fièvre), par une tuméfaction dure. Cette forme, fatale si elle est méconnue, guérirait vite par simple incision. (Fabre, *Th. Paris*, 1898.)

Chez les tuberculeux, on peut voir des appendicites aiguës, comme Cathelin en a signalé récemment (*Presse méd.*, 21 juin 1899). Il y avait sclérose ancienne et lésions aiguës récentes.

Diagnostic de l'appendicite. — Actuellement, ce diagnostic de l'appendicite ne présente généralement aucune difficulté. Le type clinique ordinaire, avec la brusquerie de son début, le point de côté iliaque, la tuméfaction localisée de la région cæcale, est aussi facile à reconnaître que « celui de la pneumonie », avec son frisson violent et son point de côté thoracique (3). Les difficultés n'existent que plus tard, lorsque les phénomènes de début sont oubliés ou ont été méconnus.

Dans les formes aiguës à marche rapide, les difficultés n'existent que pour ceux qui s'obstinent à rechercher le typhlite classique avec sa tumeur, à forme de « boudin allongé », et veulent voir, dans la sensation qu'ils perçoivent au

(1) *Soc. Anat.*, nov. 1898.

(2) *Ann. de gynéc.*, mai 1898.

(3) TALAMON, *Médecine moderne*, 14 janvier 1892; Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite.

niveau de la région cæcale, seulement une accumulation de matières, alors qu'il s'agit d'une péritonite limitée consécutive à une perforation appendiculaire.

La forme suraiguë est d'un diagnostic aussi simple que « celui du pneumothorax » (Talamon); le tout est d'y songer, comme pour la perforation pleurale.

Pendant les premiers jours, l'appendicite, grâce aux phénomènes douloureux qui accompagnent son début, peut être confondue, soit avec une colique hépatique, soit avec une colique néphrétique; soit avec une simple indigestion, soit avec une crise douloureuse d'entérocolite membraneuse.

La *colique hépatique* se manifeste surtout par l'apparition de douleurs au niveau de l'estomac, sous forme de crampes ou de constriction épigastrique, accompagnées de vomissements fréquents et répétés. Cette douleur irradie en haut vers l'épaule; la sensibilité est extrême sous le rebord costal, et le point fixe douloureux siège au niveau de la vésicule biliaire. Il faut cependant faire remarquer que la cholécystite calculeuse, tout en ayant son point douloureux maximum sous le rebord costal, peut provoquer des irradiations tout le long du côlon ascendant, et, d'après M. Potain, avoir son retentissement jusque dans la fosse iliaque droite.

D'ailleurs, si à la colique appendiculaire fait suite l'appendicite vraie, les phénomènes en deviennent assez saisissants pour que les causes d'erreur n'existent plus.

La *colique néphrétique*, avec ses irradiations en bas, vers l'aîne et le testicule, ses épreintes, peut simuler la colique appendiculaire et être confondue avec elle. Cette confusion ne peut durer longtemps, et cesse dès que les signes de l'appendicite existent à leur siège habituel.

Si la douleur de la colique appendiculaire est moins violente, elle se rapproche d'une simple colique intestinale, et la confusion avec l'indigestion est fréquente, l'appendicite survenant elle-même le plus souvent à la suite d'un repas copieux ou de quelque alimentation indigeste. Mais les phénomènes de l'indigestion passent vite, ceux de l'appendicite persistent, et deviennent rapidement sérieux.

La *colique glaireuse* ou *muco-membraneuse* donne souvent lieu à des crises de coliques qui simulent la colique appendiculaire. L'erreur peut être faite en deux sens: tantôt on croit à une appendicite qui n'existe pas, tantôt on diagnostique une colite muqueuse alors qu'il s'agit d'une appendicite avec phénomènes d'atonie intestinale consécutive. De plus, la colite glaireuse n'exclut pas l'appendicite, et peut même en favoriser la production.

Il faut donc arriver à la connaissance exacte de la maladie par l'exploration attentive de l'abdomen, par la recherche exacte et la localisation de la douleur; car les douleurs, dans la colite, restent communément plus diffuses, ou, si elles tendent à se localiser, c'est plutôt à gauche au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque.

Le diagnostic est souvent difficile avec la *colique de plomb*, et récemment Prentiss Lord (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*) relatait un cas de colique de plomb prise pour une appendicite et laparotomisée comme telle. D'autres fois, l'appendicite peut venir compliquer la colique de plomb (Legendre, Sergent), peut-être le plomb provoque-t-il des lésions intestinales qui favoriseraient l'appendicite.

L'appendicite peut simuler encore un *étranglement interne*, mais seulement lorsqu'elle est suraiguë et accompagnée d'une péritonite généralisée. Très rapi-

dement, en effet, on constate le collapsus avec refroidissement général, cyanose, arrêt des matières intestinales. Mais toute péritonite par perforation peut donner lieu aux symptômes de l'étranglement interne; cette erreur n'est donc pas spéciale à l'appendicite. C'est l'examen du ventre qui doit fournir les données les plus exactes. Dans l'étranglement, il y a toujours météorisme et ballonnement très prononcé. Dans le cas de péritonite suraiguë par perforation où les symptômes d'étranglement sont le plus marqués, le ventre peut être dur, tendu, rigide, par suite de la contracture des muscles abdominaux. Une des variétés de l'étranglement interne, l'invagination iléo-cæcale pourrait surtout être confondue avec l'appendicite. Jeanne (*Normandie médicale*, 1^{er} février 1899) a montré que chez la femme le toucher du cul-de-sac de Douglas, chez l'homme du cul-de-sac vésico-rectal, est douloureux dans le cas de péritonite, et ne l'est pas dans l'occlusion. En outre, dans celle-ci les anses non paralysées se dessinent sous la peau, tandis que dans la péritonite le ventre est uniformément distendu. « Les symptômes fébriles dans les formes aiguës, l'aspect cachectique dans les formes subaiguës et chroniques, peuvent induire en erreur, dans certains cas, et faire croire tantôt à une fièvre typhoïde, tantôt à une péritonite tuberculeuse. » (Talamon.)

La température ne pourrait faire croire à une *fièvre typhoïde* que tout à fait au début, car elle tombe vite dans l'appendicite ou devient tout à fait irrégulière; la douleur iliaque dans la fièvre typhoïde n'offre jamais l'intensité de la douleur appendiculaire.

Le diagnostic peut être à faire avec la *péritonite à pneumocoques*. Souvent le diagnostic n'est possible que quand celle-ci a donné lieu à un abcès ombilical.

Chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite, on devra songer à la *péritonite à gonocoque*.

L'appendicite chronique à rechutes peut seule faire croire à l'existence d'une *péritonite tuberculeuse*, surtout lorsque au voisinage de l'appendice un clapier purulent s'est formé. Alors, en effet, même amaigrissement, mêmes accès fébriles à intermittences vespérales, mêmes alternatives de diarrhée et de constipation avec ballonnement du ventre, mêmes poussées aiguës avec nausées et vomissements. Il faut donc une minutieuse observation du sujet pour se prononcer; encore que souvent on ne puisse le faire avec certitude, car dans certains cas l'appendicite elle-même est due à la propagation d'une entérocolite tuberculeuse à la muqueuse appendiculaire. Dans les cas d'appendicite subaiguë, la marche lente, insidieuse et irrégulière de l'affection, et la localisation anormale de la collection purulente due à des déviations de l'appendice, peuvent produire des confusions. Hermann (*Prager Med. Woch.*, 1899) a rapporté un cas où une appendicite gangrenée avec thrombose mésentérique, pyléphlébite, ascite, pleurésie séro-purulente, fit croire à une tuberculose des séreuses.

Le *cancer de la valvule de Bauhin*, lorsqu'il se complique — ce qui est fréquent — d'une perforation des parois intestinales, peut produire des accidents qui en imposent pour une appendicite subaiguë. Le diagnostic sera plus facile à une période avancée du cancer, par la réunion de ses symptômes généraux classiques.

Lorsque l'appendice est dévié en haut et en arrière, il se produit une collection purulente dans la région lombaire; et la confusion est possible avec un *abcès périnéphrétique*.

Quand l'appendice remonte très haut en arrière du gros intestin, ou bien quand l'inflammation se propage très rapidement vers la région sous-hépatique, on peut croire à une affection du foie ou de la vésicule biliaire. Chute (1) a récemment signalé un cas de cholécystite simulant l'appendicite. Le seul signe différentiel aurait été qu'avec une température élevée le pouls était seulement à 110. Enfin, si l'appendice est dirigé en bas et en dedans, les difficultés du diagnostic chez la femme deviennent très grandes, l'appendice peut se mettre directement en rapport soit avec les trompes et surtout avec la droite, soit avec l'utérus et le vagin: c'est alors le plus souvent avec la *salpingite suppurée* que la confusion s'établit.

Braquehayé a vu un *étranglement de l'appendice par brides* simuler une appendicite à répétition. L'inflammation du diverticule de Meckel peut donner lieu à des phénomènes analogues (Macaigüe et Blanc).

Wœlch a rapporté la curieuse histoire d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué une *grossesse extra-utérine tubaire*. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, le sac se rompit dans le péritoine et il y eut une hémorragie profuse. Or, le liquide sanglant retiré du péritoine avec une aiguille stérilisée donna une culture pure de *bacterium coli commune*. On en conclut qu'il devait y avoir une perforation intestinale. A l'autopsie, on trouva une appendicite avec péritonite généralisée. Il y avait eu grossesse tubaire du côté droit avec rupture du sac auquel adhérait l'appendice perforé (cas rapporté par Talamon (*loc cit.*)).

Le diagnostic devrait être encore fait avec la *pseudo-appendicite nerveuse*, l'appendicite fantôme, signalée d'abord par MM. Brissaud et Rendu, objet d'une discussion à la Société des hôpitaux où M. Talamon (*Soc. méd. des Hôp.*, 26 mars 1897) rapporta trois faits, l'un où l'hystérie avait donné à une simple colique appendiculaire les apparences d'une appendicite perforante suraiguë avec péritonite, un deuxième observé chez un homme où l'on crut à une appendicite chronique à rechutes, qu'on traita par l'intervention opératoire, un troisième enfin chez un jeune garçon où la même évolution tendait à s'établir quand une énergique suggestion vint interrompre la série des crises. M. Talamon distinguait à ce propos deux ordres de faits: 1^o les cas où l'hystérie est seule en cause sans lésions appendiculaires; à ceux-là il donnait le nom de *pseudo-appendicite hystérique*; 2^o les cas où l'hystérie exagère une appendicite légère et qui constituent l'*appendicite avec péritonisme hystérique*. Berthier et Milian rapportaient récemment une observation (*Presse méd.*, juin 1898) où il s'agissait d'un jeune homme ayant subi la résection de l'appendice et qui fut repris d'accidents d'appendicite aiguë. Il y avait des stigmates hystériques, et la suggestion amena la guérison. Dans un cas de Follet (*Soc. méd. hôp.*, 4 novembre 1898), chez un jeune homme sans stigmates hystériques on observa des crises appendiciformes que ne guérit pas l'opération. Récemment encore, Nothnagel (*Wiener Klin. Woch.*, 15 avril 1899) rapportait un cas de ce genre chez un sujet névropathe. On voit que ces cas ne sont pas encore très rares et qu'on doit désormais en tenir compte dans le diagnostic.

Le diagnostic de l'*appendicite suppurée ou non* pourrait se faire par la numération des leucocytes (2). De plus, ce serait là un moyen de diagnostic entre l'appendicite et la fièvre typhoïde; il y a en effet de la leucocytose dans le

(1) *Boston Med. and Surg. Journ.*, 9 mars 1899.

(2) DOUGLAS HEAD, *Medical Dial* (Minneapolis), sept. 1899.

premier cas. Les cas d'appendicite avec 14000 leucocytes sont suppurés. La leucocytose peut donc servir à apprécier la marche de l'appendicite.

Pronostic. — Cette question est difficile à résoudre actuellement. L'incertitude tient (Ricard) à ce que la maladie est observée, tantôt par les médecins, tantôt par les chirurgiens. Ces derniers, qui n'observent que les cas graves et compliqués de phlegmon iliaque ou de péritonite, sont portés à voir les choses en noir et, par suite, à juger nécessaire une intervention rapide, tandis que les médecins qui voient la maladie au début, qui la voient souvent guérir, sont portés à s'abstenir des moyens chirurgicaux. On peut admettre, d'après les statistiques de Guttman, Leyden, Trastour, que le plus grand nombre des appendicites peuvent guérir sans intervention chirurgicale.

Traitement. — En tout cas, la maladie commence par une phase médicale; elle peut même ne pas aller plus loin. Or, dans ce cas, les indications thérapeutiques sont nettes. « Rien n'est plus dangereux que les purgatifs répétés, les lavements qui, en activant le péristaltisme intestinal, peuvent précipiter la perforation ou transformer en péritonite généralisée une péritonite primitivement localisée. Les émissions sanguines, même, affaiblissent inutilement le malade, sans enrayer le processus ulcératif. Seule, la médication opiacée, associée aux réfrigérants, est indiquée et compte de nombreux succès dans l'appendicite simple. » (Dreyfus-Brissac.) A cette phase, le médecin seul doit intervenir. Plus tard, si l'empatement douloureux et limité de la fosse iliaque persiste, l'intervention chirurgicale est discutable. Elle ne l'est plus, elle s'impose, dès que la suppuration est faite, à la période de l'abcès. L'incision doit être pratiquée; l'appendicite est passée complètement dans le domaine chirurgical. Pour M. Dieulafoy, et pour la plupart des chirurgiens, l'intervention précoce serait à conseiller dans tous les cas, car s'il est des appendicites qui, malgré leur allure bruyante, ne provoquent pas de péritonite, il en est malheureusement plus souvent qui aboutissent à la septicémie péritonéale ou au moins à l'abcès péritonéal circonscrit, sans que les symptômes de l'appendicite puissent faire présager la gravité. « Quand une appendicite commence, dit M. Dieulafoy, nul ne peut savoir quelles terribles complications peuvent surgir; le mode de début, la courbe des températures, l'entrée en scène de tel ou tel symptôme ne donnent sur l'évolution ultérieure que des renseignements insuffisants ou trompeurs. » On devra donc si l'on est appelé au début essayer dans les premières heures le traitement médical opiacé et la diète, mais se tenir toujours prêt à une intervention précoce. Il faut cependant reconnaître qu'il est des appendicites qui guérissent par le traitement médical.

Si l'on assiste à des récidives, à ce qu'on a appelé l'appendicite à rechutes, s'il persiste un appendice dur avec de la péri-appendicite, on pourra pratiquer la résection à froid de l'appendice.

La question du traitement a été très discutée récemment à l'Académie de médecine ou à la Société de chirurgie.

M. Chauvel a apporté à l'Académie une intéressante statistique relative à l'appendicite dans l'armée. Sur 171 cas, 83 ont été soumis à un traitement exclusivement médical, 88 ont entraîné une intervention; or, la mortalité a été un peu plus élevée pour les cas opérés, ce qui tient d'une part à ce qu'on n'intervient que dans les cas graves, et d'autre part aux dangers résultant de recherches

trop longues de l'appendice. L'appendicite est donc curable par un traitement médical, et l'intervention devrait être limitée aux cas avec suppuration. L'opération à froid devrait être limitée à un petit nombre de cas.

Ce traitement médical est conduit avec succès de la manière suivante à l'hôpital Béthanien de Berlin. Au moindre soupçon d'appendicite le malade est condamné au repos absolu au sens rigoureux du mot; il reste couché tant que la fosse iliaque est douloureuse. On donne de l'opium à dose variant suivant l'âge de 20 à 50 centigrammes par petits paquets. Contre la constipation on administre des lavements d'eau simple ou d'eau additionnée d'une à deux cuillerées d'huile de ricin. Pendant la crise, on met sur la fosse iliaque une vessie de glace ou des compresses chaudes. Dans les cas graves on met le malade plusieurs jours à la diète absolue.

C'est un traitement analogue que conseillent Tripier et Paviot (*Arch. gén. méd.*, juillet 1899) dans la crise appendiculaire. Cette crise, qui répond toujours à une péritonite périappendiculaire, doit être traitée comme telle par la diète absolue, le repos complet, l'immobilisation, la glace, les opiacés par le rectum ou en injection hypodermique.

M. Tillaux, peu partisan de l'intervention à la période aiguë pendant la première attaque, l'est au contraire de l'intervention à froid si la guérison n'est pas complète. M. Dieulafoy est partisan décidé de l'intervention hâtive. La mortalité ne serait que de 11,1 pour 100, et pourrait être réduite par des interventions plus précoces. Au contraire le soi-disant traitement médical qui ne serait qu'un leurre donnerait une mortalité de 50 pour 100. M. Poirier a résumé à la Société de chirurgie (26 avril 1899) les opinions assez divergentes de ses collègues. Les uns, représentés par MM. Poirier, Routier, Potherat, Lejars, Quénu, Nimier, Pozzi, Berger, Segond, Michaux, Gérard Marchant, Hartmann, Picqué, Peyrot, sont partisans d'une intervention hâtive. M. Tuffier, se ralliant à cette opinion, n'est interventionniste cependant qu'au début. D'autres sont plus partisans de la temporisation et de l'opération à froid, et parmi eux on compte MM. Brun, Ricard, Broca, Jalaguier, Walther, Schwartz, Guinard. M. Reclus est d'avis d'opérer toujours et d'opérer à chaud. L'abstention n'est possible que si le malade peut être surveillé de très près.

A la Société médicale des hôpitaux, M. Florand (17 mars 1899) a combattu l'assertion de M. Dieulafoy qui avait soutenu qu'on ne devait plus mourir d'appendicite. Il a rapporté des cas où le diagnostic fut fait de bonne heure, où on en vint à une intervention hâtive, et où pourtant le malade est mort. M. Florand, tout en se déclarant partisan de l'intervention, ne la croit pas indiquée dans tous les cas. Il la rejette lorsqu'il s'agit d'un enfant ayant eu une maladie infectieuse, et surtout l'influenza et ayant eu ou non de l'entérocolite. Il admet l'intervention si, même dans une crise légère, il persiste des signes douloureux.

Le traitement de l'appendicite a suscité encore une autre question. Peut-on opérer alors qu'il existe déjà des signes manifestes de péritonite diffuse? Roux (de Lausanne) avait dit que ces cas « ressortissaient moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ». Siron dans un travail récent (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1898) s'est déclaré partisan de l'intervention précoce dans ces cas. Malheureusement il est difficile de fixer le moment où le péritoine commence à s'infecter. On devra surtout veiller attentivement au météorisme, et à l'état du pouls, qui sont les deux plus grands symptômes et ont plus d'importance que la température, les vomissements et les douleurs.