

Considérations Cliniques sur le diagnostic différentiel et le traitement de l'appendicite

Par le Dr. Eugène Saint-Jacques

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. (1)

Pour avoir été maintes fois exposé, ce sujet peut paraître banal. Laissez-moi vous dire, que plus on voit de cas d'appendicite, moins on trouve la question simple et plus on se convainc qu'il est des occasions où les indications thérapeutiques ne sont rien moins que claires.

Rappelons tout d'abord que l'appendicite n'a pas toujours l'allure tapageuse que nous lui connaissons tous. Nombreux sont les malades — nous les avons tous rencontrés — qui viennent consulter pour un simple malaise abdominal, pour une digestion pénible, pour des dérangements d'estomac accompagnés de vomissements plus fréquents qu'ils ne devraient, pour de l'amaigrissement et un état acnéiforme de vieille date, — dont la guérison n'est obtenue QU'APRES que le chirurgien a enlevé un appendice adhérent et tordu, agglutiné à quelque anse intestinale de voisinage, sans qu'à aucun temps ce malade n'ait fait la crise aigue que plusieurs requièrent pour mettre le doigt sur la cause première de tous les troubles du malade.

A la vérité, dans les antécédents de quelques uns de ces dyspeptiques relevons-nous une crise appendiculaire, tantôt véritable, tantôt simplement passagère; mais elle est de si vieille date que le malade l'a oubliée et que ce n'est que le questionnaire précis du médecin qui la rappelle à son souvenir.

C'est donc dire qu'il y a une "appendicite chronique et une appendicite aigue."

Comme la condition *sine qua non* d'une saine thérapeutique est un diagnostic précis — car ce n'est qu'à cette condition que votre traitement pourra être curatif, parce qu'il sera raisonné, — voyons donc "à quels signes dépister une appendicite aigue" et avec quelles affections elle peut être confondue.

N'allez pas sourire et croire que si j'entre dans quelques détails, c'est que je doute le moindrement de votre expérience professionnelle. Bien au contraire et vous verrez à l'étude des observations cliniques que nous allons revoir ensemble que c'est au contraire parce que je sais m'adresser à un groupe de médecins de progrès, qui ne dédaignent pas les difficultés cliniques des cas embrouillés et embrouillants. Je me hâte d'ajouter que souvent vous pourriez voir les chefs de service hospitaliers se rencontrer en consultation pour préciser un diagnostic différentiel difficile à établir et poser les indications thérapeutiques.

Allons donc, Messieurs, si vous le voulez, voir cette ma-

lade auprès de qui nous étions appelé par notre collègue le Dr. P. Cette fois c'est moi qui vous invite en consultation. Mde P. (observ. person. No 225), est au lit depuis trois jours ayant été subitement prise de douleurs abdominales que son médecin de famille avait diagnostiquées d'origine appendiculaire. Les antécédents? oh! très simples: mère de plusieurs enfants, elle n'a cependant jamais été autrement malade. Seul son estomac est parfois capricieux et la digestion irrégulière. Le pouls est à 110, la temp. à 103 degrés et l'état général n'a rien de rassurant. La palpation abdominale nous révèle une défense musculaire surtout marquée dans toute la moitié droite de l'abdomen, avec maximum de douleurs à la hauteur de l'ombilic. Je suis certain que vous voudriez examiner les conjonctives: mais c'est le soir et la lampe éclaira peu. Pas d'infection génitale retracable: pas de gonococcie, pas de couche ni fausse couche dernièrement.

Que diagnostiquez-vous, Messieurs? Etes-vous d'accord que nous puissions poser le diagnostic d'appendicite aigue, l'appendice occupant la position intra-colique, ou vers l'ombilic, comme nous les verrons dans d'instant à l'écran? Comme le pouls est vite et dépressible et la température haute, que les douleurs augmentent et qu'évidemment la malade baisse par intoxication, vous convenez aussi qu'il ne faut pas tarder d'intervenir: ce que nous faisons dès que la malade est transportée à l'hôpital.

À l'ouverture du ventre, nous trouvons, non pas un appendice malade, mais une vésicule biliaire énormément distendue, descendant en bas de l'ombilic, et dont le canal cystique, est occupé par un énorme et unique calcul, que nous extrayons à grande peine. Il s'agissait d'une cholécystite calculueuse suraigue. L'appendice était normal. Le coeur donne déjà des inquiétudes sur la table d'opération: Les suites? La température et les douleurs tombent, l'état général devient meilleur, les suites sont simples en un mot, jusque vers la 36ième heure, alors que le coeur devient irrégulier et intermittent et la malade meurt très rapidement d'asystolie aigue et de congestion pulmonaire.

Résumons: énorme calcul biliaire, grosseur d'un oeuf de pigeon, jamais de crises antérieures, début subit des douleurs, à maximum para ombilical.

Ces cas ne sont pas rares où la cholécystite aigue a été prise pour une attaque d'appendicite aigue et vice versa.

Vous savez comme moi avec quelle maîtrise Dieulafoy a mis en lumière les relations de cause à effet entre l'appendice et la vésicule biliaire, allant même à dire que très souvent la cholécystite reconnaît comme cause une attaque antérieure d'appendicite.

Reynès rapportait au Congrès de Chirurgie de Paris un cas de cholécystite calculueuse purulente, prise également pour une appendicite aigue. Nous-même voyions il y a quelques mois avec notre collègue le Dr Hington une malade prise subitement de douleurs aigues dans le ventre à maximum para ombilical, et où le seul signe qui nous permit de pencher pour une cholécystite aigue fut la douleur reportée davantage vers le foie par une palpation profonde. Et il s'agissait ici encore d'une cholécystite aigue prise par le médecin de famille pour une appendicite aigue.

(1) Communication faite devant l'Association Médicale du Comté de Jacques-Cartier, à Lachine, décembre 1909.