

ment trouvé à sa place ou bien remonter le long des parois du cæcum; il est alors externe, interne ou postérieur. Dans d'autres cas, il est descendant et s'engage soit dans le canal inguinal, soit dans le petit bassin où il devient pérvésical, périrectal, périan-nexiel (Rastouil).

Il est très souvent d'une longueur anormale (10 cent. et davantage); cette longueur anormale a été constatée fréquemment par nous.

L'aspect extérieur de l'appendice peut être normal, bien que l'appendice puisse être très altéré. Il est parfois coudé en U ou en V.

Il peut paraître hypertrophié ou atrophié, présenter des inégalités de calibre dues à l'alternance de parties rétrécies et dilatées.

A la coupe on trouve le calibre libre ou rétréci ou même oblitéré par places. Il est habituellement dilaté dans sa partie terminale et c'est dans cette partie que se trouvent les calculs, associés ou non à du mucus, à quelques gouttes de liquide louche ou séro-purulent.

La muqueuse est par places remplacée par un tissu blanchâtre fibreux qui se rencontre de préférence à l'endroit des rétrécissements.

Les lésions histologiques sont celles de la folliculite hypertrophique et atrophique qui ont été bien décrites par Brun, Letulle et Weinberg (*Presse Médicale*, 1897), etc.

Si les lésions appendiculaires suffisent à expliquer une partie des troubles morbides, il est clair que d'autres troubles sont dus aux lésions péri-appendiculaires : fausses membranes adhérentes pouvant se relier à la paroi, aux diverses parties de l'intestin grêle ou du gros intestin, aux annexes, à la vessie; brides épiploïques (Thèse de Levrey, Paris 1899), qui adhèrent aux organes voisins. Les tiraillements exercés par ces brides permettent d'expliquer les troubles gastriques si tenaces et si inquiétants (gastralgie, vomissements), observés chez nombre de malades; la constipation opiniâtre et la colite muco-membraneuse. Il faut encore tenir compte des petits foyers inflammatoires que l'on trouve dans les adhérences épiploïques ou autres, de l'état des ganglions lymphatiques enflammés qui constituent autant de foyers secondaires susceptibles d'expliquer les irradiations douloureuses, parfois plus marquées que la douleur appendiculaire.

L'appendicite chronique se manifeste par un ensemble de **symptômes** à évolution lente, sourde, et dont le groupement capricieux est susceptible de faire errer le diagnostic. Suivant les cas, on songe à une affection de l'estomac, de l'intestin, des reins, des organes génitaux, à un état névropathique, etc., jusqu'au jour où une crise appendiculaire bien nette se déroule sous les yeux du médecin et vient mettre un terme à ses hésitations.

Il est impossible, en raison de la diversité des symptômes et de leur association, de tracer une description d'ensemble de la maladie; le tableau que nous allons en faire est donc forcément schématique.

On peut classer les symptômes en troubles gastriques, intestinaux, en phénomènes douloureux, nerveux, généraux.

Les troubles gastriques ne font jamais défaut. L'appétit est capricieux, subit des oscillations difficilement explicables. On constate de la répulsion pour certains aliments, chaque malade ayant à cet égard une répulsion particulière pour un aliment déterminé. Beaucoup de malades restreignent leur alimentation, parce que les repas un tant soit peu copieux exagèrent les malaises gastriques. Ceux-ci consistent essentiellement en une sensation de pesanteur qui survient immédiatement après l'ingestion des aliments, de distension de l'estomac avec météorisme; Mélier, en 1827, avait déjà signalé la barre épigastrique. Certains malades ont une sensation de vive brûlure à l'épigastre et éprouvent des douleurs qui peuvent revêtir le type de la douleur de l'ulcère. Une de nos malades a eu à plusieurs reprises de petites hématoméses.

En ce qui concerne la digestibilité des aliments, on observe des bizarreries inexplic-

ables. Des aliments indigestes sont bien tolérés; des aliments choisis, de telle sorte qu'ils constituent un régime irréprochable, déterminent des douleurs. L'intolérance pour le lait s'observe très fréquemment, sans que l'on puisse donner de cette intolérance une explication très satisfaisante; dans un cas observé par nous, la malade, atteinte depuis plusieurs années d'appendicite chronique avec colite muco-membraneuse, ne pouvait absorber une seule cuillerée à bouche de lait sans être prise de douleurs gastriques très vives, de vomissements et de diarrhée fétide.

Plus significatifs sont les nausées et les vomissements. Ceux-ci ont pour caractère d'être intermittents, de survenir sans cause appréciable, parfois la nuit, ou dans le jour à la suite de mouvements brusques, de courses en voitures, et sans que la nature de l'alimentation puisse être incriminée.

Il faut se méfier, chez l'enfant en particulier, de ces vomissements faciles que l'on met habituellement sur le compte d'une indigestion. Les vomissements sont alimentaires ou aqueux.

Ajoutons que l'haleine est parfois fétide, voire même fécaloïde.

L'ictère catarrhal a été noté (Comby). Les fonctions intestinales sont troublées comme les fonctions gastriques. Tantôt c'est la constipation qui domine, constipation opiniâtre, rebelle aux laxatifs, accompagnée du rejet de muco-membranes; tantôt c'est la diarrhée, diarrhée extrêmement fétide, traduisant l'existence de fermentations intenses. Diarrhée et constipation peuvent alterner.

Nous avons montré que fréquemment le syndrome « colite muco-membraneuse » est provoqué par l'appendicite chronique et disparaît avec la cause qui l'a fait naître. Les douleurs ne font jamais défaut; mais ce serait une erreur de croire qu'elles sont localisées ou tout au moins plus marquées à l'appendice.

Les douleurs peuvent siéger non seulement dans le ventre, mais encore s'irradier dans la région lombaire, au niveau du thorax, dans les membres inférieurs, dans le testicule. Par leur siège anormal, par leur prédominance en des points éloignés de l'appendicite, elles ne contribuent pas peu à faire errer le diagnostic. Certes, la plupart des malades éprouvent des sensations douloureuses plus ou moins marquées, dans la fosse iliaque droite, mais, outre que ces douleurs ne siègent pas toujours au point précis de Mac Burney, mais soit plus haut, soit plus bas, elles ne sont pas permanentes, ne se manifestent qu'à intervalles plus ou moins éloignés, habituellement au moment des règles. Certains malades éprouvent le maximum de la douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, d'autres au niveau de l'ombilic ou bien dans la région épigastrique. Deux de nos malades souffraient « exclusivement » à ce niveau. M. Siredey (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 20 novembre 1905) a relaté l'observation fort intéressante d'une malade qui, pendant plusieurs années, éprouva des douleurs en ceinture à la partie inférieure du thorax. Quelques malades ressentent des douleurs dans les cuisses et traînent la jambe; on les soigne pour une sciatique.

Toutes ces douleurs spontanées (il sera question plus loin de la douleur provoquée) surviennent brusquement, soit au repos, soit à l'occasion de mouvements violents, de secousses; chez les enfants, au cours des jeux. Subitement l'enfant cesse de jouer, s'assoit ou se couche à terre. Il se plaint d'éprouver une douleur qu'il localise mal d'ailleurs. Cette douleur dure quelques minutes ou plus longtemps, une heure ou deux, puis disparaît. Pendant l'accès douloureux, le visage pâlit, les traits se contractent. Les douleurs surviennent aussi bien à distance des repas que pendant le cours de la digestion; elles réveillent parfois le malade au milieu de la nuit.

En somme, ces douleurs brusques et fugitives ne sont autres que les accès de colique appendiculaire décrits par Talamon. Les brides épiploïques joueraient un grand rôle dans leur production (Walther), toutefois elles existent dans des cas où on ne trouve pas d'adhérences et ne peuvent alors qu'être mises sur le compte des irradiations nerveuses.