

coup d'une crise suraiguë et que l'ancienneté de la maladie n'autorise pas à escompter la formation d'adhérences (elles manquaient dans le cas de M. Siredey, après vingt-cinq ans de maladie); la longue durée de la maladie n'est donc pas un élément de bénignité.

Chez les enfants, le pronostic est plus particulièrement sévère, en raison de la facilité avec laquelle s'infecte chez eux le système lymphoïde.

Le diagnostic est relativement aisé, à la condition que l'on songe toujours à l'appendicite dans tous les cas où l'on constate des troubles gastriques et intestinaux, des douleurs abdominales, rebelles au traitement, au régime et de cause obscure; à la condition qu'on explore méthodiquement, dans tous les cas, la région appendiculaire. Il sera facilité, si le médecin a la chance d'assister à une exacerbation; s'il constate de la fièvre en même temps que des symptômes diffus, difficilement explicables; il sera rendu malaisé s'il existe, ce qui est très fréquent, l'une des associations morbides que nous avons mentionnées.

L'appendicite chronique se traduisant par des troubles gastriques, intestinaux, nerveux, par des douleurs abdominales, par une cachexie chronique, peut être confondue avec un très grand nombre d'affections.

La prédominance des troubles gastriques dans certains cas a conduit fatalement à méconnaître leur cause et à les rattacher aux diverses gastropathies, voire même au cancer ou à l'ulcère de l'estomac. Ainsi dans un cas de M. Potherat, l'âge du malade, la ténacité des vomissements, l'état cachectique avaient conduit à l'inévitable méprise avec un cancer. Chez les enfants, les vomissements subits sont fréquemment mis sur le compte d'une indigestion.

D'une façon générale, chez les enfants comme chez les adultes, on devra se méfier de ces vomissements faciles qui surviennent sans cause bien appréciable, sans écarts bien nets de régime. On se méfiera de toutes les dyspepsies rebelles à un traitement rationnel et suffisamment prolongé.

Très fréquemment, l'appendicite chronique est confondue avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

On a répété maintes et maintes fois que les malades atteints de cette affection ont des points sensibles à la pression sur le trajet du cæcum, au voisinage de l'appendice, ce qui peut faire croire indûment à l'existence de l'appendicite; mais que, d'autre part, les douleurs dans la colite, sans appendicite, ont un siège différent de celles de l'appendicite chronique; qu'elles siègent de préférence au niveau de l'ombilic, que leurs irradiations sont généralement transversales; qu'elles précèdent les garde-robes et sont suivies de l'expulsion de muco-membranes, etc.... En réalité, ces signes distinctifs n'ont qu'une valeur relative. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons établi dans notre travail cité plus haut, nous estimons que la colite muco-membraneuse est fréquemment la conséquence d'une appendicite chronique méconnue; par conséquent, son existence, bien loin de faire écarter le diagnostic d'appendicite doit, au contraire, attirer particulièrement l'attention sur l'appendice.

La constipation simple, sans muco-membranes, doit également faire songer à l'appendicite, pour peu qu'elle s'accompagne de douleurs abdominales fugitives, qu'elle revête le type spasmodique, qu'elle soit rebelle aux moyens habituels.

Sera suspecte également une entérite chronique, se traduisant par des selles fétides et se montrant rebelle à une médication méthodique. Chez l'une de nos malades, la diarrhée avait duré pendant sept ans, sans un seul jour de rémission, et se traduisait par des selles d'une fétidité exceptionnelle malgré une alimentation exclusivement féculente; elle avait succédé à une constipation non moins opiniâtre, ayant duré six ans, et son apparition avait été provoquée par le régime lacté institué passagèrement. Il suffisait d'ailleurs à la malade d'ingérer quelques gorgées de lait pour amener une recrudescence immédiate des troubles intestinaux. (Cas cité plus haut.)

L'appendicite nous paraît avoir le privilège de ces troubles intestinaux si capricieux et si difficilement explicables.

Dans quelques cas, les vomissements, les douleurs abdominales, etc., ont été mis sur le compte de vers intestinaux (lombrics), parce qu'on avait constaté leur présence dans les selles. Rappelons encore une fois que la constatation d'une affection abdominale quelconque ne permet pas d'éliminer *ipso facto* le diagnostic d'appendicite.

L'appendicite chronique a été confondue avec toutes les affections douloureuses ayant leur siège dans l'abdomen: lithiase biliaire, rénale, rein mobile, etc.... M. Bazy signale qu'il ne faut pas confondre la douleur para ombilicale symptomatique d'une néphrite avec la douleur appendiculaire. Dans la lithiase biliaire, les irradiations douloureuses ont lieu vers l'épaule droite; le subictère fait rarement défaut.

Les plus grandes difficultés résident dans la confusion toujours possible de l'appendicite avec une affection utéro-annexielle qui n'existe pas, ou dans la méconnaissance d'une appendicite accompagnant une de ces affections.

A l'époque de la puberté, il arrive fréquemment qu'une fillette se plaigne avec persistance d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite. Parents et médecins sont naturellement conduits à mettre la douleur sur le compte des règles; il est certain que la venue des règles normales ou troublées (dysménorrhée) peut provoquer dans la région iliaque, et au niveau de l'intestin, des symptômes qui simulent l'appendicite fruste; en effet, chez les jeunes filles nerveuses ou même sans antécédents névropathiques, la douleur menstruelle suffit à provoquer un véritable spasme de l'intestin, avec constipation et points douloureux siégeant en différents points (S iliaque, cæcum, au niveau du gros intestin situé derrière l'utérus, etc.). Le cæcum, en particulier, devient douloureux à la pression; il peut même y avoir une certaine résistance de la paroi abdominale (Dalché), et il est réellement difficile de dire s'il y a ou non appendicite. Il n'en faudra pas moins se méfier de l'appendicite si ce cortège de symptômes se reproduit fréquemment à l'occasion des règles, surtout chez une jeune fille, en l'absence des causes de salpingite, à moins que l'on ne soit en droit d'incriminer l'atrésie du col. D'autre part, la salpingite chez une vierge doit toujours être suspecte d'avoir une origine appendiculaire (Fränkel).

Les observations de Roux, Quénu, Brun, Jalaguier, Legendre, Soupault, etc., ont nettement établi que l'appendicite chronique peut se révéler seulement au moyen des règles, alors que dans leur intervalle on note seulement quelques troubles digestifs, sans caractères spéciaux: le retour périodique de douleurs dans la fosse iliaque droite, au moment des règles, chez une femme n'ayant pas de lésions utéro-annexielles, doit donc faire songer à l'appendicite, surtout si les douleurs sont accompagnées de troubles digestifs, nausées, selles diarrhéiques, d'une légère élévation de température.

D'une façon générale, pour différencier l'appendicite d'une affection génitale, on s'appuiera sur les signes distinctifs suivants: dans les affections génitales les douleurs prédominent du côté du bassin et des membres inférieurs; elles siègent surtout au niveau des lombes, tandis que les douleurs appendiculaires irradient vers l'ombilic ou l'épigastre; le toucher vaginal, le toucher rectal donnent des résultats négatifs quand l'utérus et les annexes sont indemnes. Les annexes sont essentiellement des affections abdominales.

Le diagnostic est plus malaisé encore lorsqu'en même temps que l'appendicite existent des affections utéro-annexielles. Delagenière et Barnsby ont montré que la salpingite droite pouvait déterminer une appendicite chronique. En ce qui concerne le diagnostic de la complication appendiculaire, M. Guinard a insisté sur ce point que la douleur dans la fosse iliaque droite chez un sujet porteur d'une affection abdominale quelconque: fibrome; salpingite, ovaire scléro-kystique, kyste ovarique, prolapsus utérin, métrite, etc., qui frappe d'abord l'attention du médecin, doit également faire suspecter l'appendicite.