

appendiculaire; il en est de même de l'état nauséux avec crispation des traits provoqué par cette palpation; de la flexion de la cuisse sur le bassin.

En somme, en dehors des crises, la douleur n'appelle pas spécialement l'attention sur l'appendice. Il faut aller la chercher au point de Mac Burney. Si l'on ne tient compte que de la douleur subjective, celle-ci éloigne plutôt de l'idée d'appendicite.

Ajoutons que le facies est souvent pâle, que les traits sont tirés, l'amaigrissement marqué. Quelle est l'évolution de cette appendicite? Les malades ont des rémissions souvent fort longues, de plusieurs mois, au cours desquelles l'estomac est tolérant et la constipation moins opiniâtre, les douleurs abdominales nulles ou légères. Puis, le plus souvent sans cause appréciable, ou à l'occasion de la menstruation, d'un écart de régime, d'une fatigue survient une nouvelle crise appendiculaire avec fièvre légère (38°-38°,5) et souvent méconnue. D'habitude la crise dure peu et les malades, habitués à ces crises, négligent parfois de se soumettre à l'examen du médecin, au moment où ils en sont atteints. C'est cependant lors des crises qu'il est intéressant de les observer, car c'est à ce moment que les douleurs spontanées se localisent nettement dans la région appendiculaire; c'est à ce moment que l'on sent sous le doigt un appendice gros et sensible, alors que dans leur intervalle il est difficilement perceptible.

En général les crises se rapprochent au bout d'un temps variable, s'imposent à l'attention du médecin et l'intervention chirurgicale y met un terme définitif.

Nous avons insisté sur ce point que les crises appendiculaires étaient légères et par cela même fréquemment méconnues. Une crise aiguë d'appendicite avec péritonite peut-elle survenir? Personnellement nous n'en avons pas observé, ayant toujours fait opérer rapidement nos malades, dès que le diagnostic était posé.

Ce diagnostic est difficile :

1° Parce que les médecins sont encore peu familiarisés avec l'appendicite chronique et ne songent pas à l'origine appendiculaire des accidents quand il n'existe pas de crises à grands fracas avec retentissement péritonéal.

2° Parce que l'on assiste exceptionnellement au début de la maladie et qu'il est difficile d'en reconstituer les phases d'après les renseignements fournis par les malades. Les crises subaiguës d'appendicite sont mises sur le compte de la « colite » ou bien signalées comme des indigestions, des coliques hépatiques, des crises salpingées, etc....

Résumons-nous en déclarant que l'on doit toujours songer à l'appendicite chez un malade atteint de colite muco-membraneuse, lorsque à la constipation et aux douleurs diffuses et légères, habituelles, se surajoutent des troubles gastriques (nausées, vomissements faciles, intolérance pour le lait), lorsque surviennent à l'occasion de la marche des élancements fugitifs dans la fosse iliaque droite, lorsque les malades éprouvent des sensations de tiraillement (adhérences), lorsque les crises paroxystiques s'accompagnent de fièvre, lorsque au moment de ces crises il existe au point de Mac Burney une douleur localisée à la pression, s'accompagnant d'un état nauséux et d'altération des traits, lorsqu'il existe une hyperesthésie cutanée à ce niveau.

La plupart des médecins admettent maintenant (sans préjuger la question de relation de cause à effet) la coïncidence fréquente de l'appendicite et de l'entéro-

névrose. Seul M. Dieulafoy nie cette coïncidence. « Du moment, dit-il, que vous constatez, au cours d'une crise intestinale, des symptômes et des preuves d'une entérite glaireuse, membraneuse, sableuse, vous n'avez rien à redouter de l'appendicite » (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899).

Il reste à déterminer pourquoi l'appendicite liée à la colite est habituellement une appendicite légère, pourquoi les malades sont rarement menacés de crises aiguës graves. La formation d'adhérences protectrices, à la suite d'une première crise, peut suffire à expliquer cette particularité; toutefois l'explication ne peut s'appliquer aux cas où l'on constate, à l'intervention, que l'appendice est libre de toute adhérence. Constatons simplement le fait ou bien tirons la conclusion que l'appendicite est bien plus souvent bénigne qu'on ne l'admet communément.

Dans quelle proportion l'appendicite accompagne-t-elle la colite? Il est très difficile de donner des chiffres, car la question n'est à l'ordre du jour que depuis peu de temps. En tout cas l'existence des deux affections nous apparaît comme de plus en plus fréquente, depuis que notre attention est attirée sur ce point, et nous considérons l'appendicite comme l'une des causes provocatrices les plus fréquentes de l'entéro-névrose.

Une association morbide non moins fréquente est celle des *affections utéro-annexielles* et de l'entéro-névrose. Cette association est d'ailleurs connue depuis longtemps. Nonat le premier, puis Bernutz, Goupil, Siredey, Monod, Pichevin, Ozanne, Litten, etc., ont signalé la coïncidence avec l'entéro-névrose d'affections utéro-annexielles d'ailleurs très diverses : les unes d'ordre statique (rétroversion), les autres d'ordre mécanique (fibromes, kystes ovariens, etc.); d'autres de nature inflammatoire (métrite, salpingite, etc...).

Du côté de l'appareil urinaire, on a noté soit la cystalgie, soit même la cystite (?) (Hutinel) chez les fillettes.

Nous avons déjà relevé la coexistence de la ptose intestinale et de la *néphroptose*.

Il nous reste à mentionner les *troubles nerveux* que l'on pourrait comprendre parmi les symptômes essentiels, car ils ne font pour ainsi dire jamais défaut, bien que d'intensité très variable. Ces troubles, peu marqués dans les cas légers ou de date récente, dominent la scène dans les cas graves et de durée déjà longue.

Nous pourrions retracer, à propos de l'entéro-névrose, le tableau au grand complet de la neurasthénie, car ce sont des symptômes d'ordre neurasthénique que l'on observe : modification du caractère, inaptitude au travail, mélancolie, phobies diverses, insomnie ou sommeil lourd, avec rêves tristes; troubles sensitifs variés, consistant en céphalée, douleurs dans les membres, la colonne vertébrale, les articulations, palpitations, accès de dyspnée spasmodique, etc.; phénomènes convulsifs, tremblement et surtout dépression profonde des forces; troubles sensoriels (amblyopie, tintements d'oreilles); troubles vaso-moteurs (sueurs froides), refroidissement des extrémités, alternatives de rougeur et de pâleur de la face, etc....

Les troubles nerveux précèdent souvent, mais atténués, l'apparition du syndrome; celui-ci réagit à son tour sur l'état nerveux dont il tend à accentuer les manifestations. Comme le dit avec raison le Dr de Langenhagen, l'entéro-colite muco-membraneuse fait le plus souvent d'un état nerveux vague une neurasthénie franche et confirmée. Il est de fait que, dans les formes chroniques et