

Les *signes* de l'appendicite herniaire sont assez peu nets pour que le diagnostic précis ait été rarement posé; les symptômes locaux sont ceux d'une hernie étranglée. La douleur au point de Mac Burney s'observe quelquefois. Les symptômes fonctionnels seuls permettent de reconnaître la lésion; dans la moitié des cas (Rivet) on a le tableau classique et complet de l'occlusion intestinale; d'autres fois le tableau est incomplet, la constipation est à peu près constante, mais l'arrêt des gaz est un signe qui manque souvent, les vomissements fécaloïdes peuvent faire défaut, ils ne surviennent que très tard.

On doit insister sur la lenteur relative de l'évolution d'une appendicite herniaire. Certains malades ont pour ainsi dire une sorte d'étranglement chronique, l'intervention n'étant nécessaire que 5, 6 et même 9 jours après le début des accidents.

Le *diagnostic* de l'appendicite herniaire est généralement difficile. Dans le cas où il existe une anse intestinale avec l'appendice, le diagnostic d'étranglement est celui que l'on doit porter, mais quand l'appendice seul est dans le sac, on peut avoir tous les signes cliniques de cet étranglement, l'erreur est constante.

On pense toujours à une épiplocèle étranglée quand les signes d'occlusion sont au complet (Quénu, Potherat); habituellement cependant la masse est plus empâtée, lobulée.

L'adénite du ganglion de Cloquet est précédée d'une lymphangite du membre inférieur et n'a pas le début brusque d'une appendicite herniaire. — La funiculite aiguë est difficile à distinguer par des signes locaux quand il existe en même temps une hernie irréductible, mais la funiculite est rarement primitive.

L'intervention s'impose dès que l'infection est soupçonnée, l'extirpation de l'appendice est généralement très facile.

XII. L'appendicite à gauche. — L'appendicite à gauche a été étudiée par divers auteurs. En 1897, Termet et Vanverts ont rapporté 18 observations. Barbet (th. 1898), A. Roud (th. Lyon 1900), Blois (1901), Laplan (1902) ont précisé les caractères de cette forme anormale.

L'explication de ces faits est variable: — a) L'appendice est en place. Après des accidents diffus dans l'abdomen, l'infection semble se localiser à gauche; c'est là que s'ouvre l'abcès; — b) Le cæcum est en place, mais l'appendice très long croise la ligne médiane, sa pointe arrive dans la fosse iliaque gauche. J'ai souvent constaté ce fait à l'amphithéâtre. Dans ces conditions, les symptômes de l'appendicite seront prédominants à gauche, ils peuvent même y être localisés si la pointe de l'appendice seul est malade; — c) Le cæcum et l'appendice sont à gauche. Cette ectopie s'explique aisément par des considérations embryologiques. De Quervain a exposé longuement sa pathogénie. Nothnagel, Blois, Laplan ont observé des appendicites dans ces conditions.

Symptômes. — Dans la première variété, le début de l'appendicite est normal et l'inflammation semble se localiser du côté gauche, la tuméfaction est dirigée transversalement de la fosse iliaque gauche vers le bord externe du muscle grand droit; elle descend souvent jusqu'au pubis, la constipation est la règle.

Dans la seconde variété les symptômes sont prédominants à gauche, mais en général le point de Mac Burney existe net.

Dans la troisième variété les symptômes de l'appendicite sont tous inversés, la pointe de Mac Burney est à gauche. Cependant dans un cas de Domicinus (1902), le maximum des douleurs semblait être au point de Mac Burney. Le chirurgien ne trouva l'appendice qu'à l'amphithéâtre, avec le cæcum dans la fosse iliaque gauche. Alors les erreurs de *diagnostic* sont fatales.

Diagnostic. — Il est en général facile de reconnaître une appendicite qui se présente avec ses caractères habituels et classiques; mais la fréquence de l'appendicite est telle que bien souvent on dit appendicite alors qu'on a affaire à toute autre lésion.

Nous avons vu que l'appendicite se présente sous un aspect clinique très variable. Nous avons décrit: le début, quand la douleur constitue le phénomène capital; la tuméfaction, quand le pus se collecte dans la fosse iliaque; la péritonite, quand le foyer s'est rompu dans la grande cavité séreuse.

Nous devons étudier le diagnostic dans chacun de ces cas.

DÉBUT. — La douleur est le symptôme capital; c'est la colique appendiculaire. — Dès les premières heures de la maladie, le diagnostic peut souvent être posé avec certitude, mais il est des cas où l'hésitation est permise; le clinicien le plus habile doit savoir se réserver et attendre l'évolution pour être affirmatif.

L'*indigestion* doit faire redouter l'appendicite. Mais la douleur n'est pas localisée au point de Mac Burney. Si elle persistait plus de quelques heures, cette indigestion serait anormale et devrait être considérée comme suspecte (Jalaguier).

La *simple congestion hépatique* peut être confondue avec l'appendicite, car elle est généralement la conséquence d'une intoxication intestinale; il existe des douleurs abdominales prédominantes à droite, de la contracture du muscle droit du côté droit, un état fébrile comparable à celui de l'appendicite. Le praticien est très embarrassé, car le traitement est tout différent. Cependant on peut reconnaître le mal par l'augmentation de volume du foie, la douleur plus vive sous les fausses côtes, la contracture est localisée ou prédominante à la partie supérieure des muscles droits.

L'*entéro-colite* présente souvent des poussées aiguës qui simulent l'appendicite. Ce sont les mêmes vomissements, la même douleur au point de Mac Burney. Mais en général tout le ventre est douloureux avec exagération du côté du colon transverse, du colon descendant. De plus la contracture musculaire et l'hyperesthésie de la peau ne sont jamais aussi marquées que dans l'appendicite. Les antécédents (débâcles de glaires, de fausses membranes) feront le diagnostic. Il ne faut pas oublier que l'entéro-colite est une cause fréquente d'appendicite et le médecin fera bien de se comporter comme pour une vraie appendicite.

Les *crises d'entéralgie* s'observent souvent chez les jeunes enfants (au-dessous de 4 ans) dont le tube digestif fonctionne mal. Elles rappellent l'appendicite par leur début, l'altération du faciès. Mais l'abdomen est plus rapidement ballonné, et il n'est pas douloureux: le point de Mac Burney fait défaut, il n'y a pas de contracture. Les vomissements font défaut. L'émission d'une selle ou de gaz met fin à la crise qui dure quelques heures.

L'hypothèse d'une *colique hépatique* ou *néphrétique* se pose rarement chez l'enfant. Mais chez l'adulte l'erreur est fréquente pour les malades déjà en traitement contre la lithiase. L'examen attentif du maximum de la douleur permettra de lever les doutes, la fièvre manque. Dans les cas douteux la recherche de la leucocytose (p. 458) rendra de grands services. Quand l'ictère est apparu, le diagnostic est évident¹.

¹ La colique néphrétique peut s'observer pendant l'évolution d'une crise aiguë d'appendicite, car la diète à laquelle on soumet le malade provoque souvent l'élimination de sable par le rein. Il faut connaître ces faits pour ne pas diagnostiquer une rechute qui n'existe pas.

La colique de plomb prête à l'erreur. Quand elle est le premier accident du saturnisme, on pense à une appendicite, c'est ce qui arriva à Florand, Mathieu, Triboulet (*Soc. méd. des hôp.* 1905). Galliot (th. 1899) rapporte 12 erreurs de diagnostic. — Par contre, chez un saturnin invétéré l'appendicite est méconnue et le malade meurt parce qu'on lui donne des drastiques. Ce qui complique les difficultés, c'est que l'appendicite s'observerait assez souvent à la suite de la diarrhée profuse produite par les drastiques (Legendre).

L'examen attentif de l'abdomen retractoré, le siège des douleurs permettront généralement de préciser le diagnostic. Dans les cas difficiles, la leucocytose serait pathognomonique.

La fièvre typhoïde, nous l'avons vu, joue un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite. En clinique le praticien se trouve souvent embarrassé au début de la maladie. Les erreurs de diagnostic sont fréquentes et même fatales puisque des cliniciens comme Jalaguier et Merklen s'y sont trompés. Les cas embarrassants sont ceux dans lesquels la fièvre typhoïde a évolué d'une façon anormale; on fait le diagnostic d'appendicite que réforme l'évolution de la maladie.

Bayet (th. 1901) a bien décrit les éléments du diagnostic.

La douleur dans la fosse iliaque droite est un des symptômes les plus difficiles à interpréter. En cas d'appendicite, elle a un début brusque; la douleur de la typhoïde, au contraire, est plutôt insidieuse dans son évolution, lancinante et non pongitive, comme dans l'appendicite. La douleur spontanée est moins fréquente et moins vive dans la typhoïde; la palpation de l'abdomen dénote, au contraire, dans l'appendicite, une douleur subite et exquise. Enfin, la localisation de cette douleur est différente dans l'un et l'autre cas. Diffuse dans toute la fosse iliaque en cas de typhoïde, elle est exclusivement limitée, ou particulièrement intense au point de Mac Burney dans l'appendicite. — La défense musculaire, l'hyperesthésie cutanée sont des signes importants en faveur d'une appendicite suppurée. — La valeur sémiologique de la courbe thermique est peu considérable. Dans les cas difficiles, le séro-diagnostic de Widal seul peut permettre d'éviter l'erreur. Malheureusement son apparition est quelquefois tardive. (12^e jour.)

La péritonite tuberculeuse peut simuler toutes les formes d'appendicite. Elle rappelle souvent la péritonite aiguë appendiculaire. Elle ressemble aussi à la crise d'appendicite aiguë franche. Nous avons souvent vu le diagnostic en suspens. L'erreur la plus fréquente consiste à croire à une appendicite alors qu'on est en présence d'une péritonite tuberculeuse. Quand on hésite, c'est la tuberculose.

D'ailleurs on s'explique les difficultés cliniques. Une péritonite tuberculeuse peut retentir sur l'appendice qui réagit, produisant une vraie appendicite. On pourrait presque dire que ce n'est pas une erreur de diagnostic.

Les symptômes abdominaux peuvent être identiques dans les deux affections. En faveur de la tuberculose, on a les antécédents, les lésions pulmonaires presque constantes. Bientôt apparaissent l'ascite et les signes à distance qui affirment le diagnostic.

Toutes les infections aiguës et en particulier la pneumonie peuvent débiter avec des douleurs abdominales qui rappellent l'appendicite, et ceci se comprend puisque l'appendice est souvent touché au cours des infections et tout particulièrement au cours de l'infection pneumococcique.

Hutinel, Guinon, Siredey, Comby (1902), ont insisté sur la douleur abdominale droite au début de la pneumonie. Il suffit d'être prévenu de ces faits pour accorder l'importance qui leur convient aux symptômes thoraciques. L'auscultation du poumon ne tarde pas à lever les doutes.

L'occlusion intestinale est souvent confondue avec la crise aiguë d'appendicite. L'erreur se comprend puisque la réaction péritonéale de l'appendicite provoque presque toujours de la parésie intestinale. Mais elle peut avoir de graves conséquences si le médecin donne un purgatif. Cependant, l'erreur serait facilement évitable puisqu'il n'y a jamais de fièvre dans l'occlusion. « Lorsque le symptôme occlusion vient après une douleur brusque du côté droit de l'abdomen avec phénomènes de réaction péritonéale et maximum de sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite avec hyperesthésie et contracture pariétale à ce niveau, il est presque sûrement dû à une appendicite. D'ailleurs, en cas de doute, il faut se comporter comme s'il s'agissait d'une appendicite et s'abstenir de toute thérapeutique nuisible » (Jalaguier).

Le toucher rectal peut rendre de grands services. La recherche de la lymphocytose lèvera tous les doutes¹.

L'hystérie peut simuler l'appendicite aussi bien chez les adultes que chez les enfants qui entendent beaucoup parler d'appendicite. Potain, Talamon, Rendu, Moizard ont insisté sur ces faits (th. Dubois, 1900). La pseudo-appendicite hystérique survient brusquement à l'occasion de tourments ou de chagrin; il existe d'autres symptômes de la névrose.

Mais, d'un autre côté, les hystériques peuvent être atteintes de vraies appendicites. Mlle Mayer a décrit les fausses rechutes d'appendicite chez les nerveuses. — D'autres fois, la réaction est exagérée, on a pu croire à une perforation avec péritonite généralisée alors qu'il n'y avait qu'une inflammation catarrhale. Les plus grosses difficultés attendent le praticien chez une hystérique qui accuse le syndrome appendiculaire. Un malade de Glantenay est très instructif. Un jeune homme de 21 ans est pris d'appendicite localement bénigne avec crise épileptiforme, une première intervention montre l'appendice macroscopiquement normal, il est laissé en place. Les crises persistent, Glantenay enlève l'appendice, il était scléreux, le malade guérit.

En pratique, il faut beaucoup se méfier chez un hystérique qui a des signes d'appendicite.

L'hypothèse d'une pelvi-péritonite au début se pose souvent chez la femme adulte, mais les phénomènes de réaction péritonéale sont d'emblée moins bruyants même dans les pelvi-péritonites graves; la sensibilité abdominale est moins grande et moins étendue, le ballonnement moins prononcé,

(¹) Les difficultés de diagnostic se compliquent encore par l'existence d'occlusion intestinale vraie d'origine appendiculaire. Albarran, Bouglé, Marion, ont rapporté des observations d'occlusion tardive par bride cicatricielle, reliquat d'une ancienne appendicite.

la parésie intestinale moins intense, la température généralement moins élevée et presque toujours, d'après Bouilly, l'orage cède plus rapidement. Le toucher vaginal permettra le plus souvent de reconnaître un maximum de douleur et on trouvera quelquefois la tumeur causale.

Les crises d'*ovarite* ressemblent aux crises appendiculaires, et, pour Dalché, 1903, le diagnostic serait tout à fait difficile au moment de l'établissement des règles. Renon s'y est trompé dans un cas d'*ovarite* ourlienne droite.

Une *hernie* inguinale ou crurale peut masquer une appendicite et inversement il est des hernies douloureuses qui ont pu faire croire à tort à une appendicite (Berger). L'examen attentif du siège de la douleur permettra de reconnaître l'erreur.

Les *crises de tabes* peuvent simuler l'appendicite chez l'adulte.

Bien des chirurgiens ont confondu l'appendicite avec un *kyste de l'ovaire tordu* et en particulier avec un kyste dermoïde (Niot, th. 1901).

TUMÉFACTION ILIAQUE. — L'appendicite enkystée avec tuméfaction est facile à reconnaître si l'on tient compte, comme il convient, de l'évolution des accidents. La situation de la tuméfaction en un point assez éloigné de la fosse iliaque droite peut cependant quelquefois prêter à confusion.

La *typhlite* n'existe plus comme on l'entendait autrefois capable de provoquer des péritonites localisées (pérityphlite) avec ou sans perforations. Cette affection qu'on croyait si commune a disparu pour faire place à l'appendicite. Mais on observe chez l'adulte constipé une accumulation de matières stercorales dans le cæcum avec crises d'obstruction rappelant l'appendicite avec abcès iliaque. — Le début de cette typhlite est généralement moins brusque, le malade a ressenti d'abord quelques coliques sourdes, puis des douleurs vagues qui occupent toute l'étendue du gros intestin et se localisent secondairement au cæcum. Le ballonnement est quelquefois considérable, la constipation complète, la fièvre est peu élevée ou nulle, et la palpation indique une dilatation cæcale avec sonorité hydro-aérique ou un empatement profond avec submatité. Ce n'est pas le vrai plastron pariétal. Quelquefois on sent des masses multilobées et jamais le point de Mac Burney n'a la netteté que l'on trouve dans l'appendicite.

Le *cancer du cæcum* est souvent diagnostiqué appendicite; cependant les deux affections présentent bien des différences: si le cancer a donné des poussées aiguës, des crises de coliques violentes, ces crises étaient accompagnées de longues périodes de constipation, d'occlusion incomplète, de selles souvent glaireuses, sanguinolentes; la fièvre n'est notée que dans le cas relativement rare où il existait un abcès.

L'*invagination iléo-cæcale* ressemble beaucoup à l'appendicite, et bien des cliniciens s'y sont trompés. C'est la même douleur brusque, le même vomissement, le même point de Mac Burney, et la tumeur rappelle beaucoup le plastron appendiculaire. Mais il existe presque toujours des selles sanglantes qu'on ne trouve jamais dans l'appendicite. La recherche de la leucocytose lèvera les doutes.

Un *hématome de la fosse iliaque* peut donner le syndrome appendiculaire. Coste (th., 1900) rapporte trois observations où l'erreur fut commise (Virchow, rupture du psoas; Duplaix, cause inconnue; Walther, grossesse tubaire rétro-cæcale avec hématocele lombo-iliaque). Braquehay (1902) rapporte l'observation d'une nouvelle erreur: l'hématome était la conséquence d'un coup reçu dans la région lombaire.

Les *abcès musculaires de la paroi abdominale* peuvent simuler l'appendicite, car ils s'accompagnent de réactions péritonéales localisées qui ont tous les caractères de cette affection. Sonnenburg, chez un adolescent, dans un cas diagnostiqué appendicite, trouva simplement une poche purulente entre les muscles transverses et obliques.

La *cholécystite* peut être confondue avec un abcès appendiculaire. Quand la vésicule biliaire est appendue à un foie prolabé et languettiforme, elle peut descendre jusque dans la fosse iliaque; les adhérences péri-vésiculaires simulent l'empatement d'une collection appendiculaire. Nous avons vu M. Reclus par l'incision de Roux retirer plus de 50 calculs de la vésicule. Ordenot (1901) a décrit cette cholécystite à forme d'appendicite.

D'autre part, un appendice remontant verticalement peut donner lieu à une appendicite sous-hépatique qui a tous les caractères de la cholécystite. Beeker (1905) rapporte plusieurs cas d'erreurs de diagnostic.

Enfin les deux affections peuvent se compliquer (voir Complications hépatiques), l'erreur peut avoir des conséquences funestes si on méconnaît l'appendicite, car là est le danger (Dieulafoy).

Les *kystes à pédicules tordus* simulent l'appendicite enkystée et tout particulièrement les kystes dermoïdes de l'ovaire droit.

La tuméfaction du *phlegmon du ligament large* s'étend toujours autour de l'utérus.

La *pyélite* ne diffère de l'appendicite que par le siège plus interne de la douleur abdominale (point ombilical, Bazy).

La tuméfaction de l'*abcès périnéphrétique* est plus profonde, avec contracture moindre de la paroi, mais elle peut simuler une appendicite rétro-cæcale.

Le *psôitis* crée une tuméfaction plus verticale étendue de la région rénale à l'arcade de Fallope toujours profonde; généralement les phénomènes péritonéaux sont à peu près nuls.

Un abcès consécutif à l'*ostéomyélite* de la crête iliaque peut en imposer pour l'appendicite, mais un examen attentif permet généralement de reconnaître le point de départ osseux.

L'*ostéosarcome* peut simuler l'appendicite puisque Tuffier, dans trois cas hésitants, a fait le diagnostic par l'examen du sang.

Les *perforations spontanées* de l'iléon et du cæcum donnent tous les caractères de l'appendicite. Monod, Jalaguier, Letulle, Barbe (th. 1895), Bazy (th. Gibon, 1901), Duval (1905) en donnent plusieurs exemples. Nous sommes mal fixés sur la nature de ces perforations, dont le diagnostic avec l'appendicite est à peu près impossible.

La PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE d'origine appendiculaire est plus souvent méconnue, et lorsque les symptômes qui la caractérisent apparaissent brusquement, c'est souvent à l'étranglement interne que l'on pense tout d'abord. Ransohoff, Hartley, Peyrot ont publié des observations où cette confusion avait été commise et Nélaton, en 1897, a insisté sur ce point. Peut-on, comme on l'a dit, se baser sur les arguments fournis par le thermomètre pour faire le diagnostic et faut-il ne diagnostiquer l'étranglement que dans les cas où la température reste normale ou s'abaisse? On se trouvera mieux de tenir compte des renseignements fournis par la palpation et de rechercher avec soin comme indice d'appendicite la douleur de la fosse iliaque droite, qui, même en cas de péritonite généralisée, est en ce point plus marquée que partout ailleurs.

Généralement dans l'occlusion le ballonnement est irrégulier. Le toucher vaginal ou rectal provoque toujours des douleurs dans l'appendicite qu'on ne trouve pas dans l'occlusion intestinale. L'hyperesthésie cutanée localisée à la fosse iliaque droite est encore un bon signe d'appendicite.

C'est encore cette localisation de la douleur qui, en présence d'une péritonite généralisée manifeste, pourra permettre de la rapporter à sa véritable cause, et de distinguer la péritonite appendiculaire de la péritonite par perforation de l'estomac ou du duodénum (Hartmann, Walther), par rupture des voies biliaires (Faure), par rupture de salpingite purulente (Nusham, 1899). L'un de nous est intervenu deux fois dans ce cas. La seconde fois l'intégrité relative de l'appendice l'engagea à chercher du côté de la trompe; la cause du mal fut reconnue, la malade guérit. Le toucher vaginal n'avait pas indiqué la lésion. La distinction est dans ces cas toujours difficile, quelquefois même impossible, mais, toutes les fois que chez l'enfant on se trouvera en présence d'une péritonite par perforation, il faudra songer de préférence à l'appendicite, car ainsi que Leudet l'avait déjà indiqué en 1859, les perforations de l'appendice sont à elles seules beaucoup plus communes que toutes les autres perforations du tube digestif.

Nous avons vu que la PÉRITONITE SEPTIQUE APPENDICULAIRE était assez souvent méconnue à son début : c'est à une simple indigestion, à un embarras gastrique, à un début de fièvre typhoïde que l'on pense tout d'abord, et seule la palpation du ventre pourra là encore faire le diagnostic en réveillant au point précis la douleur caractéristique qui dans ces cas devra être recherchée avec d'autant plus d'attention qu'elle est souvent à peine marquée. Dans ces cas on pense à un empoisonnement.

APPENDICITE CHRONIQUE. — Le diagnostic de l'appendicite chronique est facile si on trouve dans les antécédents des crises nettes d'appendicite, mais dans les formes chroniques d'emblée l'hésitation est longue. Une discussion à la Société médicale des hôpitaux (déc. 1905) nous a apporté des éléments de diagnostic. A la Société de Chirurgie, à la suite d'une communication de Guinard (1904), de nombreuses causes d'erreurs ont été rapportées.

Dans les dyspepsies qui sont en rapport avec les altérations primitives

de l'estomac, celles qu'on voit chez les alcooliques par exemple, les troubles digestifs se reproduisent assez régulièrement d'une manière à peu près continue, tandis que la dyspepsie appendiculaire est irrégulière, intermittente (Siredey).

L'entéro-colite pourrait être prise pour l'appendicite, mais les douleurs siègent au niveau de l'ombilic, leurs irradiations sont plutôt transversales; le plus souvent elles se montrent avant les garde-robes et elles sont suivies de membranes plus ou moins abondantes. Mais il ne faut pas oublier que l'entéro-colite coexiste souvent avec l'appendicite. Dès qu'il y a des douleurs au point de Mac Burney, on doit dire appendicite.

Une erreur fréquente est de considérer ces malades comme de simples névropathes. On ne tient pas compte de leurs plaintes; au bout de quelque temps on cesse de les examiner. Or, si l'hydrothérapie, qu'on leur conseille habituellement, n'est pas dangereuse, il n'en est pas de même du massage et de l'électrisation, dont l'effet sur l'intestin peut être nuisible (Siredey). Des observations de Walther, Piequé sont particulièrement intéressantes, car elles montrent que l'ablation de l'appendice peut faire disparaître un véritable état vésanique.

On pense souvent à la néphroptose, car la tuméfaction rappelle grossièrement celle du rein mobile. Pour Edebohls, dans 60 pour 100 des cas il y a association des deux maladies et le rein mobile n'attirerait l'attention que lorsqu'il s'accompagnerait d'appendicite chronique. Mais dans la néphroptose les douleurs sont continues et n'ont pas un maximum au point de Mac Burney.

L'appendicite chronique est quelquefois prise pour une péritonite tuberculeuse, et souvent quand les lésions sont localisées à la région ilio-cæcale les symptômes sont identiques. Si l'examen attentif du siège précis de la douleur, des caractères de la tuméfaction ne lève pas les doutes, il faut faire une laparotomie exploratrice.

Le cancer primitif de l'appendice rappelle en tous points l'appendicite chronique, et l'erreur de diagnostic est fatale. — Kelly (1900) sur 610 appendices trouva 4 fois un épithélioma tubulé. Moris (1899), Gooffe (1901) observèrent cette lésion. Letulle (th. Giscard, 1900) dans un cas pensa que le cancer était venu compliquer l'appendicite chronique. Lejars (1905) reconnut la lésion au cours de l'opération par la dureté de l'appendice. Ce cancer s'observerait à un âge peu avancé (un cas à 12 ans), la généralisation serait rapide.

Pronostic. — Nous ne saurions trop protester contre l'affirmation de Dieulafoy : « On ne meurt pas d'appendicite... On ne doit pas mourir d'appendicite. » Sans doute l'intervention chirurgicale peut souvent atténuer la gravité du mal. L'appendicite n'en reste pas moins une maladie redoutable dont le pronostic doit toujours être réservé. Malgré tout ce qui a été écrit on ne saurait rien affirmer de précis au sujet de la gravité générale de l'appendicite, les documents qui pourraient servir à l'établir étant absolument contradictoires. A consulter certaines statistiques médicales, on serait