

d'autre signe qu'une légère claudication droite. Même sous le chloroforme, on avait conclu à une arthrite tuberculeuse. En fait, le diagnostic ne fut élucidé que lorsqu'un abcès à contenu fécal vint se faire jour au-dessus de l'arcade crurale. — Un autre cas avait été pris au début pour une méningite cérébro-spinale à cause de la prédominance des signes nerveux, mais l'apparition d'une masse dans la fosse iliaque droite fit cesser l'erreur. — Le 3^e cas (celui qui précisément a été le point de départ du travail de Churchmann) est celui d'un enfant de 27 mois entré à l'hôpital avec le diagnostic de calcul vésical. Il n'existait à ce moment que des signes urinaires. Le petite malade était apyrétique et ne présentait aucun phénomène du côté de l'abdomen. L'exploration de la vessie fut négative. Après une période d'accalmie, les phénomènes aigus réapparurent. Cette fois, il se forma un abcès appendiculaire et on trouva à l'opération les traces d'une pelvi-péritonite qui avait donné lieu à l'erreur de diagnostic.

Il résulte de ces quelques exemples que, chez l'enfant, des signes urinaires ou des signes d'arthrite coxo-fémorale feront penser à la possibilité d'une appendicite; toute douleur abdominale sera, jusqu'à plus ample informé, prise pour une douleur appendiculaire. Dans les cas difficiles, le toucher rectal sous chloroforme permettra de sentir un empâtement à droite s'il s'agit d'appendicite.

Les lésions trouvées à l'opération dans les 9 cas se répartissent ainsi :

Péritonite généralisée sans perforation de l'appendicite	1 cas.
Péritonite généralisée avec perforation de l'appendicite	4 cas.
Péritonite généralisée en voie de développement....	1 cas.
Abcès circonscrit	4 cas.
Adhérences de neo-formation	1 cas.
Appendicite perforé avec péritonite séreuse	1 cas.

Dans 4 cas, il se produisit consécutivement une occlusion intestinale qui, dans 2 cas, nécessita une entérotomie.