litique a été annoncée en général par des lésions cutanées et muqueuses. Parfois elle se borne à de l'anémie avec gonflement du foie, de la rate et troubles intestinaux qui ont comme caractères particuliers de résister au traitement classique. HEUBNER, KATZENSTEIN, attribuent à la syphilis un certain nombre de cas qualifiés d'athrepsie.

Le *paludisme congénital* sera rarement confondu avec l'athrepsie, en raison des conditions particulières dans lesquelles on l'observe, du gonflement précoce de la rate. Dans toutes les cachexies que nous venons de citer, le trouble digestif peut manquer ou ne se montre qu'au second plan, alors que dans l'athrepsie, il domine chronologiquement et symptomatiquement la scène pathologique.

5° Traitement. — De là des indications thérapeutiques, spécifiques, lorsqu'il y a des antécédents soit chez les parents, soit même chez les grands parents (KATZENSTEIN). En dehors de ce cas, on traitera l'athrepsique d'après les règles posées à propos des infections digestives du nourrisson : régime, antisepsie intestinale, réchauffement par les enveloppements, par la couveuse si l'enfant est débile à la naissance, injections salines, à petites doses (10 centimètres cubes *pro die*), répétées quotidiennement (HUTINEL) ; injections de lécithine (0,05 centigrammes en solution huileuse) (COMBE et MARBEL), asepsie de la peau, etc.

ARTICLE II

TROUBLES DIGESTIFS DE LA SECONDE ENFANCE

Parmi ces troubles, les uns ne sont que la continuation de ceux que nous avons signalés dans la première enfance, dilatation de l'estomac, colite chronique. A partir d'un certain âge, ils n'ont plus les mêmes conséquences immédiates sur l'économie, les fermentations perdent de leur virulence ou se heurtent à un organisme plus résistant. Néanmoins ils peuvent poursuivre leur œuvre sourde à travers l'enfance entière et préparer

pour la vie de l'adulte les futures dyspepsies, les entérites muco-membraneuses, les dilatations de l'estomac.

D'autres troubles digestifs naissent dans la seconde enfance et particulièrement pendant la vie scolaire. Il y a une pathologie spéciale du tube digestif dans la période des études.

Les troubles digestifs de la seconde enfance ont des localisations plus précises que chez le nourrisson. Nous admettrons des *troubles gastriques* et des *troubles intestinaux*.

§ 1. — TROUBLES GASTRIQUES

Les troubles gastriques dans la seconde enfance comprennent : l'indigestion, l'embarras gastrique, la dyspepsie chronique.

A. — INDIGESTION

1° Étiologie. — L'indigestion est fréquente, due à l'ingestion de crudités, de fruits verts en grande quantité, de pâtisseries, à l'usage accidentel de boissons alcooliques ou de tabac. Les autres causes d'indigestion sont celles que l'on retrouve chez l'adulte.

L'indigestion est d'autant plus facile, que l'estomac aura déjà souffert dans le premier âge.

2° Symptômes. — Les symptômes sont locaux ou généraux :

α) Les *symptômes locaux* n'ont rien de spécial, état nauséeux, douleur épigastrique, vomissements avec rejet d'alibiles non digérés, suivis de coliques avec diarrhée fétide, parfois diarrhée sans vomissements. L'indigestion disparaît rapidement ou est suivie d'un embarras gastrique avec ou sans fièvre.

β) Les *symptômes généraux* diffèrent chez l'enfant et l'adulte. Chez l'enfant, il y a parfois des *convulsions*, du *délire*, de la *somnolence*, qui signalent l'arrêt de la digestion. Dans ces cas, l'indigestion est larvée et peut donner lieu à des confusions avec des maladies cérébrales. L'exonération de l'estomac ou de l'intestin juge ordinairement ces phénomènes inquiétants.

3° Diagnostic. — L'indigestion doit être distinguée des *vomissements* qui surviennent si volontiers chez les enfants au début des affections fébriles, au point qu'ils semblent remplacer le frisson (pneumonie, scarlatine, érysipèle, fièvre intermittente). Il s'agit souvent d'un véritable arrêt de la digestion provoqué par l'affection générale et qui ne décèle son origine que par la suite, lorsque d'autres symptômes sont venus éclairer le médecin.

4° Pronostic. — L'indigestion simple est un accident sans gravité, qui ne devient intéressant que par sa répétition, auquel cas il implique une dyspepsie chronique ou des écarts de régime continuels.

5° Traitement. — Le traitement se réduit à l'emploi d'un éméto-cathartique, ipéca et scamonée, 25 à 50 centigrammes de chaque dans un peu d'eau sucrée. Si les vomissements ont déjà eu lieu, on se contentera de boissons glacées et le lendemain on administre un purgatif, huile de ricin, calomel. L'enfant sera à la diète un ou deux jours.

B. — Embarras gastrique

L'embarras gastrique n'a rien de spécial à l'enfant si ce n'est sa fréquence qui est en rapport avec celle des écarts alimentaires et des indigestions proprement dites.

Les *causes* sont celles qu'on rencontre chez l'adulte. Il y a aussi analogie des *symptômes*, sauf les réactions nerveuses plus intenses, plus fréquentes : somnolence, délire, agitation, parfois éclampsie.

De là certaines *difficultés diagnostiques* en particulier avec la *méningite tuberculeuse*. Il est surtout malaisé de distinguer l'embarras gastrique de la *fièvre typhoïde*. J'ai observé plusieurs cas de fièvre typhoïde bénigne apyrétique[1] chez des enfants. Depuis, j'ai rencontré des faits relativement fréquents de fièvre thyphoïde se traduisant par une fièvre oscillante de quelques

[1] Weill et Piéry, *Prov. méd.*, 97.

jours et des symptômes d'embarras gastrique. Ces deux ordres de faits se rapportent à des enfants âgés de trois à huit ans, venus d'un milieu dans lequel il y avait une véritable épidémie de dothiénentérie. Le diagnostic repose sur les conditions d'épidémicité et sur la séroréaction.

Le *traitement* est le même que chez l'adulte. En plus, il est indiqué d'agir contre les phénomènes nerveux par l'hydrothérapie, bains tièdes ou frais, draps mouillés.

C. — Dyspepsie chronique

La dyspepsie chronique de l'enfant se distingue de celle de l'adulte par son caractère parfois latent, par ses expressions symptomatiques très spéciales, par l'influence qu'elle exerce sur le développement.

1° Étiologie. — *Prédisposent* à la dyspepsie, les maladies du tube digestif, l'arthritisme, la goutte, la gravelle, les névropathies des parents.

Une autre prédisposition résulte de troubles antérieurs, de l'allaitement artificiel, de maladies telles que la fièvre typhoïde qui ont touché le tube gastro-intestinal.

Les causes déterminantes sont particulières à cette période de la vie. L'enfant mange goulûment, soit pour satisfaire un appétit impérieux, soit parce qu'il est pressé de jouer. Il mastique mal. A l'occasion, il se bourre de pâtisseries, de sucreries. S'il est pensionnaire, il ingère des aliments plus ou moins grossiers ; il fait abus de pain et souvent de pain frais qui fermente dans l'estomac. A ces influences s'ajoutent aussi celles de la claustration, du surmenage intellectuel à propos des examens, des concours, celle de la sédentarité interrompue parfois par des exercices physiques exagérés. Il n'est pas rare que l'estomac subisse le contre-coup de pressions fréquemment répétées sur la région épigastrique par le bord des tables de travail, en raison de l'attitude vicieuse du sujet qu'entraînent les défectuosités du mobilier scolaire, la myopie, les éclairages insuffisants. L'influence prépondérante de la vie scolaire a per-

mis de donner à la plupart de ces manifestations le nom de dyspepsie des collégiens (LEGENDRE)[1].

2° Symptômes. — Parfois, ce sont des troubles gastriques qu'accuse le malade, revêtant la forme *hypochlorhydrique* ou *hyperchlorhydrique*.

Dans le premier cas, l'appétit diminue, la langue est chargée, la bouche pâteuse, amère, les repas sont suivis au bout d'une demi-heure, d'une heure, d'une gêne épigastrique avec tension, ballonnement de l'estomac, d'éructations insipides ou nidoreuses, d'inaptitude au travail; le tout dure une ou deux heures. Les selles sont irrégulières, fétides, la constipation alterne avec la diarrhée.

Dans d'autres circonstances, surtout à la veille des examens, ce sont des douleurs tardives, assez intenses, qui se réveillent à l'épigastre, trois ou quatre heures après les repas. L'appétit est exagéré, la soif est vive, la langue rouge, l'ingestion des aliments calme les douleurs, la constipation est opiniâtre : il s'agit d'hyperchlorydrie.

Le plus souvent, les troubles digestifs sont *latents*. Ce sont les phénomènes ectopiques qui dominent, affectant des types variés : *anémique*, *neurasthénique*, *céphalalgique*, *cardiaque*, *cutané*.

Parmi les enfants, les uns sont pâles, bouffis ou amaigris; d'autres ont de la fatigue rapide, traînent, se font traiter d'indolents ou de paresseux; un certain nombre de *céphalées* et d'*hypertrophies cardiaques* dites *de croissance* relèvent de l'élaboration vicieuse des aliments. A la même cause se rattachent chez les enfants plus jeunes les cauchemars, les terreurs nocturnes, chez les plus âgés l'insomnie. Les acnés tenaces, l'eczéma, l'urticaire, les furoncles s'associent fréquemment à la dilatation de l'estomac.

Plus rarement, on observe le soir, soit d'une façon irrégulière, soit par intermittence, un léger mouvement fébrile (fièvre de

[1] LEGENDRE, *Dyspepsie chez les collégiens*, Congrès de Marseille 1898.

digestion de Charrin), avec agitation et sueurs, qui rappelle la fièvre des tuberculoses latentes.

Les *signes physiques* sont insignifiants, ou traduisent la dilatation gastrique. Le chimisme révèle le plus souvent l'hypochlorhydrie, parfois l'hyperchlorhydrie (COMBY). Le gros ventre du rachitique a en général disparu ainsi que les déformations rachitiques elles-mêmes.

Les complications les plus fréquemment observées sont les poussées de fermentation intestinale avec embarras gastrique, les indigestions, l'ictère.

3° Marche, pronostic. — La dyspepsie chronique a une durée indéfinie, si le traitement n'intervient pas. Elle se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Elle est en général bien tolérée, est compatible avec une activité suffisante. Elle constitue néanmoins un état fâcheux, en ce sens qu'elle contrarie le développement physiologique et qu'elle enlève à un organisme en croissance une partie des matériaux nécessaires à sa nutrition si active. Il y aurait à chercher si on ne pourrait pas rattacher à la dyspepsie chronique un certain nombre de *scolioses* dites *essentielles* de l'adolescent. La dyspepsie prédispose aux maladies infectieuses, en particulier à la fièvre typhoïde, et prépare le terrain pour l'évolution des futures maladies de l'estomac chez l'adulte.

4° Diagnostic. — La grande difficulté consiste à rattacher aux troubles digestifs les divers symptômes, anémie, céphalalgie, palpitations, que nous avons signalés. On observe assez souvent chez des enfants déjà grands ou adolescents, des *vomissements nerveux* qui durent quelques jours, quelques semaines, récidivent facilement et ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé générale. Ces vomissements n'ont aucun rapport avec la dyspepsie, ils sont le fait d'une véritable névrose de l'estomac.

5° Traitement. — Le régime en est l'élément principal. Espacer convenablement les repas, leur accorder un temps suffisant, faire mastiquer les sujets, éviter dans l'alimentation les crudités, les graisses, les fritures, les fromages forts, le gibier, le pain en excès. Réduire la quantité de boissons.

La vie de pension nuit aux dyspeptiques.

On diminuera les heures d'étude, on multipliera les marches, les promenades.

En cas d'hypochlorhydrie, on a recours à l'acide chlorhydrique, un verre à Madère ou à Bordeaux de la solution à 2 à 4 p. 1 000, une demi-heure après les deux principaux repas. S'il y a des crises d'hyperchlorhydrie, on usera d'alcalins, eau de Vichy, bicarbonate de soude, magnésie, eau de chaux, à prendre plusieurs fois par jour, trois ou quatre heures après les repas. En même temps, la constipation sera combattue par les laxatifs, les lavements, le massage abdominal, la diarrhée par les poudres absorbantes, les astringents.

De temps à autre, on donnera des purgatifs, des antiseptiques, salol, benzonaphtol, salicylate de magnésie.

On s'adressera à chacun des symptômes dominants, céphalalgie, neurasthénie, etc..., par les moyens appropriés.

§ 2. — Troubles intestinaux de la seconde enfance

On trouve, dans la seconde enfance, quelques-uns des syndromes que nous avons décrits chez les nourrissons, entérite cholériforme, diarrhée chronique sans fièvre ou avec paroxysmes aigus. La seule différence à signaler, c'est que ces troubles intestinaux, pas plus que les phénomènes gastriques qui leur sont souvent associés, n'aboutissent au rachitisme. Ordinairement, l'enfant est cependant un ancien rachitique, car ces diarrhées chroniques de la seconde enfance se voient surtout chez les sujets allaités au biberon et qui ont souffert de la digestion dans les premières années.

Il est une forme d'entérite plus particulière à la seconde enfance, c'est l'*entérite folliculaire* des *auteurs allemands*, l'*entéro-colite muco-membraneuse* (Comby), la *colite* (Guinon).

Cette affection se montre à l'état aigu ou chronique.

1° Colite aiguë. — Elle existe parfois chez le nourrisson. Elle diffère des autres diarrhées infectieuses de cet âge, par les

caractères des selles, qui, à côté de matières liquides, montrent des mucosités plus ou moins striées de sang, dont l'expulsion est précédée de coliques, de faux besoins et suivie de ténesme.

Le *tableau* se rapproche souvent de celui de la dysenterie sporadique. Il y a de la fièvre, de l'abattement, de la soif, un état général qui rappelle celui des diarrhées toxi-infectieuses.

Dans la seconde enfance, la maladie est ordinairement *subaiguë*, sans grande réaction générale. Parfois cependant, comme l'a montré Hutinel, elle expose à des épisodes aigus très graves rappelant les uns la gastro-entérite fébrile des nourrissons, les autres le choléra infantile.

2° Colite chronique. — La colite aiguë se répète volontiers et aboutit à la *colite chronique*. Celle-ci peut naître d'emblée, elle n'existe qu'à partir de deux ans. Ses causes sont celles de la dyspepsie chronique agissant chez des sujets nerveux, issus d'arthritiques ou de dyspeptiques.

En général, il s'agit de constipation opiniâtre interrompue de temps à autre par des crises diarrhéiques ou des débâcles de glaires et de membranes, quelquefois on trouve dans les selles du sable intestinal. Tantôt c'est une diarrhée glaireuse, continue, tantôt ce sont les fausses membranes qui dominent, faisant croire à la présence d'un tænia. J'ai vu une fille de quatorze ans qui, depuis plusieurs années, évacuait toutes les semaines de gros paquets de fausses membranes, sans présenter d'ailleurs de symptômes généraux inquiétants. De temps à autre, il s'ajoute à ces troubles locaux des épisodes d'embarras gastro-intestinal avec redoublement des coliques, apparition de stries sanguines dans les selles, ou même d'hémorragies véritables. D'après Guinon, les enfants atteints de colite chronique sont pâles et se développent mal. Ils présentent la plupart des troubles nerveux ou cutanés observés dans la dyspepsie chronique. Une des complications les plus fréquentes est l'appendicite (J. Simon, Comby, Marfan, Guinon). On a signalé la cystite (Escherich, Trump, Hutinel).

La colite chronique est une affection sérieuse, car son évolution est longue, elle expose à des infections d'autant plus

faciles et à redouter que l'enfant est plus jeune. Elle conduit plus tard à la neurasthénie, à l'hypochondrie. Enfin, elle s'associe à une altération plus ou moins durable de la paroi intestinale.

Le *traitement* des colites se confond avec celui des dyspepsies aiguë, ou chroniques : régime, désinfection intestinale, eupeptiques. Toutefois, pendant les poussées aiguës, on combattra plus spécialement la douleur au moyen de compresses chaudes, de cataplasmes, d'opiacés à petites doses. Le lavement d'eau de 45 à 48° calme d'une façon remarquable les faux besoins et le ténesme (Tripier). J'ai fait céder un ténesme atroce chez un enfant de trois ans par le toucher rectal qui fut très douloureux, mais amena, séance tenante la cessation définitive de la souffrance par le mécanisme de la dilatation. La constipation sera combattue par les laxatifs, l'huile de ricin, une cuiller à café tous les matins. J'ai obtenu de bons résultats dans un cas qui avait résisté jusque-là en faisant ingérer tous les soirs un verre à Bordeaux d'huile d'olive chez une fille de quatorze ans. L'huile employée de temps en temps pendant un septénaire à la dose de 2 à 4 cuillerées par jour, constitue un des meilleurs traitements des formes constipées ; non seulement, la selle se produit, mais en général, le teint jaune, subictérique que présentent beaucoup de ces sujets s'éclaircit et des troubles tels que pesanteur de l'estomac, douleurs gastriques, coliques, disparaissent.

Il y a enfin indication à combattre l'inflammation locale, au moyen de révulsifs, teinture d'iode, pointes de feu, appliqués sur le trajet du côlon ou dans la fosse iliaque gauche, si l'inflammation prédomine au niveau de l'S iliaque. On alternera la révulsion avec l'enveloppement du ventre par une couche d'ouate recouverte de toile cirée. On établit ainsi une sudation continue et on prévient le refroidissement local.

On peut aussi user de lavements exerçant une action topique, avec la ratanhia, ou le nitrate d'argent (1 p. 1000). Les lavages de l'intestin, indiqués lors des poussées aiguës, à titre de désinfectants mécaniques, ont moins d'efficacité dans les formes chroniques. Leur répétiton provoque parfois des sécrétions muqueuses.

Enfin, on peut recommander les cures de Plombières, de Châtel-Guyon.

ARTICLE III

APPENDICITE

Appendicite, péri-appendicite, ont détrôné les termes de *typhlite* et de *périty phlite* qu'Albert de Bonn avait fait passer dans l'usage, par une interprétation inexacte des faits. Les interventions précoces des chirurgiens américains ont permis d'accorder un rôle prépondérant à l'appendice, dans les lésions de la région iléo-cæcale.

L'appendice se trouve placé à la partie déclive et interne du cæcum, c'est-à-dire dans une région où les matières alibiles ayant abandonné à l'absorption par l'intestin grêle tous les éléments nutritifs qu'ils renferment, commencent à présenter le caractère fécaloïde et à subir les processus de putréfaction physiologique. La situation déclive de l'appendice, sa terminaison en cul-de-sac, l'étroitesse de son calibre l'exposent au contact prolongé de parcelles provenant du résidu de la digestion, de corps étrangers, de produits septiques de toute nature. Sa défense est assurée comme celle du cæcum, par le développement de son système lymphatique. La muqueuse appendiculaire représente en effet une grande plaque de Peyer enroulée sur elle-même en forme de tube. De là des inflammations fréquentes dont on retrouve les analogues dans tous les points où le tissu adénoïde occupe les plans superficiels des muqueuses : amygdale palatine, pharyngée, etc. Blaud Sutton appelle l'appendice une amygdale abdominale. Aussi a-t-on pu comparer l'appendicite à l'amygdalite, non seulement au point de vue de la pathogénie de ses lésions, mais encore à celui de leur évolution et de leurs complications : l'appendicite aiguë, la péri-appendicite avec leurs formes locales et leurs formes infectieuses, l'appendicite chronique avec ses poussées aiguës récidivantes et sa terminaison par l'hypertrophie de l'appendice, rappellent exactement l'amygdalite, la péri-amygdalite aiguë, l'amygdalite chronique, l'hypertrophie de l'amygdale.

1° Anatomie pathologique. — L'appendice présente des aspects divers :

α. Il est gonflé, allongé, a les dimensions d'une cigarette, d'un porte-cigarettes. Sa cavité renferme souvent (DIEULAFOY) mais non toujours, un corps allongé, formé de couches concentriques d'une substance brune qui renferme dans sa composition des phosphates de chaux ; parfois c'est un pépin de fruits, un noyau de cerise, une parcelle métallique, des débris d'ascarides ou des trichocéphales (METSCHNIKOFF). La muqueuse est rouge, congestionnée, avec de petits abcès ou des ulcérations superficielles, au niveau des follicules. La teinte de la muqueuse peut être aussi grise, verdâtre. A l'examen histologique, on trouve une infiltration embryonnaire étendue à toute la muqueuse et se prolongeant plus ou moins en dehors dans la musculeuse.

β. Souvent, il y a en un point situé en bas ou en haut, une perforation, due à un abcès ou a une gangrène locale.

γ. Parfois, il existe une gangrène généralisée à tout l'appendice.

L'appendice est entouré d'un repli du péritoine qui lui laisse une certaine mobilité et lui permet de flotter dans la grande cavité péritonéale. Cette disposition fait comprendre l'extension de l'appendicite au péritoine plutôt qu'au tissu cellulaire sous-péritonéal et à celui de la fosse iliaque.

L'inflammation modérée de l'appendice tend à produire des adhérences entre les parties voisines du péritoine. Ces adhérences limitent souvent une cavité qui se remplit de pus (*péritonite suppurée partielle*). La suppuration se produit dans nombre de cas sans perforation, mais elle est constante si l'appendice se perfore ou se gangrène, et dans ces conditions le pus sanieux fétide renferme des matières fécaloïdes, le corps étranger qui était dans l'appendice, un fragment de l'appendice lui-même détaché par la gangrène.

Une inflammation suraiguë, rapidement perforante, ne laisse pas au péritoine le temps de faire des adhérences et aboutit très vite à une péritonite suraiguë généralisée, septique et purulente.

Dans des cas plus rares, la suppuration péri-appendiculaire

se fait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et il s'établit alors des phlegmons de la région périnéphrétique ou de la fosse iliaque.

On a signalé des cas dans lesquels l'infection d'origine appendiculaire ne se fait plus par contiguité, mais à distance par l'intermédiaire des veines ou des lymphatiques : on constate alors des péritonites partielles, éloignées de l'appendice, des abcès de la paroi abdominale, des abcès viscéraux, en particulier des abcès du foie.

Dans les formes graves de l'inflammation appendiculaire, l'appendice mortifié se détache spontanément en un de ses segments ou en totalité :

Dans les formes catarrhales, l'appendice reste volumineux, hypertrophié, comme une grosse amygdale, exposé à chaque instant à des reprises de l'inflammation aiguë ; parfois aussi il se sclérose et s'atrophie.

2° Pathogénie. — L'appendicite, comme la plupart des inflammations portant sur les organes lymphoïdes, est le produit d'une infection. Dans le pus de la cavité appendiculaire, dans les parois de l'appendice, dans les péritonites ou les abcès qui s'y rattachent, on trouve toujours un ou plusieurs microorganismes virulents, coli-bacille, streptocoque et autres agents. Ces germes pathogènes habitent, à l'état normal, la cavité intestinale, à l'état de saprophytes. Pour qu'ils deviennent virulents, il faut des conditions spéciales, dont quelques-unes ont été précisées. TALAMON, et surtout DIEULAFOY ont insisté sur la théorie du *vase clos*. Lorsqu'un corps étranger, qu'il vienne du cæcum (TALAMON), qu'il se forme sur place (DIEULAFOY) oblitère la lumière de l'appendice, il se forme dans la cavité close qu'il détermine dans le fond de l'appendice une exaltation dans la virulence des germes présents. Ce fait démontré expérimentalement rend compte de l'envahissement des parois et des régions voisines par les saprophytes devenus pathogènes. Souvent aussi le corps étranger manque et c'est un bouchon muqueux ou une coudure de l'appendice qui réalise le vase clos. Mais il existe aussi des faits d'appendicite infectieuse,

dans lesquels un pareil mécanisme ne semble pas devoir être réalisé (LAVERAN, PONCET, BRUN). Nous admettons avec LEGUEU[1], que l'extension d'une inflammation de voisinage (typhlite, colite), avec TRIPIER et PAVIOT qu'une infection générale se localisant sur l'appendice arrivent au même résultat. C'est ainsi qu'on voit des appendicites tuberculeuses, typhiques, grippales.

Au reste, le nécessité absolue d'une lésion de la paroi ressort encore bien mieux de ce fait que dans les diarrhées les plus infectieuses des nourrissons, malgré l'exaltation de la virulence des germes contenus dans l'intestin, la péritonite septique ne se voit pas, tandis qu'au contraire elle se développe à la suite d'une contusion de l'intestin, sans effraction des tuniques, alors qu'il ne peut s'agir de modifications dans les propriétés pathogènes de la flore intestinale. Ajoutons que TRIPIER et PAVIOT ont émis une nouvelle interprétation de la pathogénie de l'appendicite. Ils la considèrent comme dépendant de la propagation d'une *péritonite sous-hépatique*, partie de la vésicule biliaire et et rayonnant autour d'elle de façon à provoquer des adhérences périgastriques, périduodénales, péricoliques et surtout de la péritonite péricæcale et périappendiculaire qui précéderait les lésions très contingentes de l'appendice.

3° Étiologie. — L'étiologie comprend l'étude des causes prédisposantes et déterminantes.

a. *Causes prédisposantes*. — L'appendicite est surtout fréquente de 10 à 30 ans. Elle est rare au-dessous de 5 ans. Sur 306 cas réunis par COMBE et GYR[2] de la naissance à 15 ans, ils comptent 24 cas de 1 à 5 ans, 120 de 5 à 10 ans, 162 de 10 à 15.

GYR a colligé tous les cas de la naissance à 2 ans 1/2 et a trouvé 19 cas dont 6 pour la première année, 8 pour la seconde, 5 pour la première moitié de la troisième.

Les garçons sont plus prédisposés que les filles. L'hérédité

[1] LEGUEU, *De l'appendicite*, œuvre médico-chirurgicale.

[2] GYR, *De l'appendicite chez les enfants en bas âge*, thèse de Lausanne, 1903.

joue un rôle certain. TALAMON l'explique par les malformations de l'appendice, DIEULAFOY par la diathèse calculeuse, TRIPIER et PAVIOT par la lithiase biliaire et la péritonite sous-hépatique consécutive.

b. *Causes occasionnelles*. — Les maladies infectieuses créent fréquemment l'appendicite (TRIPIER et PAVIOT) qu'il s'agisse de tuberculose, de fièvre typhoïde, ou d'affections à déterminations intestinales moins courantes : grippe, pneumonie, oreillons, rougeole, etc.

D'après BROCA l'augmentation rapide du nombre des appendicites tient peut-être à la fréquence de la grippe. La péritonite typhique n'est parfois que la suite de l'appendicite (DIEULAFOY), j'ai observé un fait qui confirme nettement cette opinion. On a invoqué les troubles digestifs, diarrhée, constipation, dilatation gastrique, surtout la *colite chronique muco-membraneuse*, encore plus la pénétration de corps étrangers : pépins de raisin, noyaux de cerise, fragments d'émail. METSCHNIKOFF a attiré l'attention sur la fréquence dans les selles d'œufs provenant d'helminthes, la présence dans la cavité appendiculaire de fragments d'ascaris ou de trichocéphales et la nécessité d'un traitement anti-helminthique.

4° Symptômes. — Nous décrirons successivement l'appendicite chronique, la péri-appendicite simple, la péri-appendicite suppurée, la péritonite.

a. *Appendicite chronique*. — Elle peut être primitive ou succéder à une appendicite aiguë ; elle se traduit par des phénomènes dyspeptiques plus ou moins vagues, de temps en temps une colique brusque, mais très passagère ; son diagnostic très difficile ne peut se préciser que par la recherche des signes physiques : point de Mac Burney, au milieu d'une ligne qui rejoint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic : tuméfaction ou rénitence dans la même région. Cette forme indique l'intervention, car elle est souvent le point de départ de poussées aiguës, graves ou mortelles.

b. *Péri-appendicite simple*. — Elle est primitive ou dérive d'une appendicite chronique. Son premier degré est la *colique*

appendiculaire qui est toujours accompagnée de réaction péritonéale et ne diffère de la péri-appendicite simple que par sa courte durée (de quelques heures à vingt-quatre heures) et le faible degré des manifestations d'origine péritonéale. En fait, il peut y avoir quelques vomissements passagers, qu'on met sur le compte d'une indigestion, ou d'une colique néphrétique ou hépatique, car c'est la brusquerie et l'intensité de la douleur, le coup de pistolet dans l'abdomen, qui a créé le nom de colique appendiculaire. Souvent, la scène se prolonge; à la douleur se joignent quelques phénomènes généraux : la température monte à 38°, 38°5, 39°, oscille; il y a de l'embarras gastrique, un péritonisme léger, des douleurs diffuses survenant par accès, quelques vomissements, un peu d'altération des traits; mais le pouls est bon, en rapport par sa fréquence avec la température. La palpation révèle le point de Mac Burney et une tuméfaction limitée désignée sous le nom de *plastron*. Parfois la sensibilité très vive de l'abdomen ne permet pas de reconnaître cette tuméfaction : on tiendra compte de la résistance des muscles dans la fosse iliaque droite et des renseignements fournis par le toucher rectal, qu'on doit toujours pratiquer. Au bout de quelques jours, la détente arrive, le ballonnement, la constipation disparaissent, la température redevient normale, la résolution complète a lieu en trois à huit semaines.

c. *Péri-appendicite suppurée.* — La péritonite au lieu de provoquer de simples adhérences, suppure souvent. Elle est habituellement enkystée. La suppuration est d'un diagnostic difficile. Si parfois elle se traduit par un redoublement de fièvre, des vomissements, de l'atonie intestinale, dans d'autres cas, elle coïncide avec la chute de la température; mais alors, le pouls reste accéléré. Au reste, l'abcès péri-appendiculaire peut se résorber et dans les interventions à froid pratiquées sur les appendicites chroniques ou sur les appendicites aiguës refroidies, on trouve souvent de petites collections purulentes non fétides, autour ou dans la paroi de l'appendice. Le foyer purulent peut d'ailleurs se vider dans l'intestin, le rectum, la vessie, à travers la paroi abdominale, en avant ou en arrière, quand des adhérences se forment devant la collection. Il peut aussi se vider dans la

grande cavité péritonéale, et provoquer une péritonite généralisée. On peut faire le diagnostic de l'abcès péri-appendiculaire, si au bout de deux jours de traitement la tuméfaction augmente, si le pouls reste accéléré, malgré l'abaissement de température, si les traits sont tirés.

La collection purulente peut siéger en haut dans la région péri-rénale, en bas dans le bassin, à gauche dans la fosse iliaque. Il peut y avoir plusieurs abcès formés. Tous ces faits sont importants à connaître au point de vue de l'intervention.

d. *Péritonite généralisée.* — La péritonite généralisée se montre d'emblée, à l'occasion d'une perforation ou d'une gangrène rapide de l'appendice; dans le cours d'une appendicite aiguë, l'infection se faisant progressivement, par suite de la rupture de l'appendice ou d'un abcès péri-appendiculaire; enfin, dans le cours d'une appendicite chronique. Elle se présente sous deux formes : *suppurée, septique.*

La *forme suppurée* se traduit par les signes classiques : paralysie intestinale, ballonnement, constipation, suppression des gaz par l'anus, vomissements porracés, douleurs, altération des traits, température, accélération du pouls. Elle tue en l'espace de quelques jours, à moins d'une intervention rapide qui peut aboutir à un succès.

La *forme septique*, non suppurée, est une véritable infection diffuse du péritoine sans réaction inflammatoire. Elle se traduit, d'après Jalaguier, par le contraste qui existe entre la discrétion des phénomènes abdominaux qui sont peu marqués et l'altération rapide des traits, le collapsus, l'angoisse, le pouls petit, rapide, sans élévation marquée de la température. Elle tue en deux ou trois jours. Jalaguier croit l'intervention inutile dans ces cas.

5° Diagnostic. — L'appendicite était confondue autrefois avec la *colique hépatique, néphrétique*, une *pointe de hernie*, l'*obstruction intestinale*, l'*étranglement*, un *empoisonnement*. La confusion est possible avec la *péritonite tuberculeuse*. Les localisations anormales de la collection purulente doivent être distinguées de *différentes affections de l'abdomen ou du bassin*. Dans ses formes fébriles l'appendicite se rapproche comme expression

clinique de la *fièvre typhoïde*, et même de la *pneumonie* (vomissements, point du côté abdominal). On a signalé le syndrome appendicite dans l'*helminthiase*. Ce fait est d'autant plus intéressant que METSCHNIKOFF établit une relation de cause à effet entre la présence d'ascarides et l'appendicite.

6° Pronostic et complications. — L'appendicite se complique d'une série d'accidents bien mis en lumière par DIEULAFOY, et qui peuvent se rattacher à une propagation de l'infection par les voies lymphatiques (*abcès sous-phrénique, pleurésie droite putride*); par les voies sanguines : (*pyléphlébite, abcès du foie, ictère grave, septicémie, hématémèses d'origine septicémique*, etc.). La propagation par le péritoine donne lieu soit à la *péritonite diffuse*, soit aux *migrations ectopiques*, soit aux *collections multiples*, dont le pronostic est toujours grave, malgré l'intervention. Ultérieurement, il faut se méfier des *rechutes* si l'appendice n'a pas été réséqué, des *fistules appendiculaires*, de l'*éventration de la paroi*, des *étranglements intestinaux* par brides cicatricielles.

En dehors des formes compliquées, ou suivies d'accidents ultérieurs, il faut distinguer les cas opérés à chaud et à froid, les premiers donnant une mortalité supérieure. Aussi faut-il préciser les indications de l'intervention immédiate, ou à la période aiguë, qui est assez souvent imposée par les circonstances et réserver pour les autres cas le traitement médical. JALAGUIER en procédant ainsi, a pu présenter une statistique de 128 succès sur 128 cas. BROCA en appliquant comme JALAGUIER les règles de l'*expectation armée* a de beaucoup amélioré sa statistique comparée a celle d'une période où il opérait d'emblée.

7° Traitement. — Le traitement, malgré la célèbre formule de DIEULAFOY qui prescrit dans tous les cas l'intervention immédiale et radicale, comporte des indications variables, bien mises en lumière par JALAGUIER, BRUN, BROCA, ROUX de Lausanne.

Le but à poursuivre est d'enlever l'appendice à froid. Aussi, faut-il, en dehors de cas spéciaux, instituer pendant la période

aiguë le *traitement médical*, comprenant l'immobilité complète, la diète absolue, la glace largement appliquée sur l'abdomen, l'opium et dans les cas graves les injections massives de sérum : ni purgatifs, ni lavements.

L'appendicite a une tendance naturelle à créer des adhérences que le moindre mouvement de l'intestin romprait, exposant ainsi à l'infection des parties voisines du péritoine.

On n'autorisera que de petites quantités de boisson, quelques cuillers d'eau bouillie, d'eau de Vichy, de thé, de café léger; mais pas d'aliments, ni bouillon, ni lait.

On laissera prendre la première tasse de lait vingt-quatre heures après la crise qui se traduit par la chute de la température, l'émission de gaz par l'anus, la disparition des douleurs, etc. Cette crise survient dans les cas bénins au 3e ou 4e jour, dans les cas moyens au 7e ou au 8e, dans les cas graves vers le 10e jour. Si le malade est affaibli par la soif ou l'inanition, faire des injections de sérum. L'opium, sous forme d'extrait ou de morphine, calme les douleurs, l'agitation, les déplacements du malade, les vomissements, les mouvements de l'intestin. On ne donnera le premier lavement qu'après la chute de la température. Tel est le traitement, tel qu'il a été formulé par JALAGUIER, au Congrès de Médecine de 1900.

La résolution est très fréquente avec ce mode de traitement. Parfois, malgré le traitement, ou parce qu'il a été appliqué trop tard, il se forme un plastron au 3e ou 4e jour. On peut encore attendre, car la résolution se fait même dans ce cas, mais avec plus de lenteur.

Lorsque la résolution est complète, on interviendra à froid, quinze à vingt jours après les cas légers, six à huit semaines après les cas intenses. On interviendra toujours dans les cas d'*appendicite chronique*.

L'intervention à chaud est peu goûtée des chirurgiens, parce qu'elle expose à l'infection du péritoine, qu'elle ne permet pas habituellement la résection de l'appendice, qu'elle provoque un shok défavorable à un organisme infecté et qu'elle conduit à une éventration secondaire. Elle ne doit donc être pratiquée que sur indications précises :

1° si la résolution n'a pas lieu au bout de deux à trois jours par le traitement médical ;

2° si au 5e ou 6e jour, la température augmente en même temps que s'accentuent les douleurs ;

3° s'il se produit un abcès péri-appendiculaire (péritonite partielle). Le diagnostic en est délicat, car la fièvre peut tomber même en cas de collection purulente. On opérera si au bout de vingt-quatre heures de traitement médical, la tumeur s'accroit (Broca) ;

4° on opérera dans les appendicites à recrudescence, la résolution étant suivie rapidement d'une poussée nouvelle ;

5° on interviendra aussi à la moindre menace de péritonite : persistance ou retour des vomissements, suppression des émissions gazeuses par l'anus, discordance entre le pouls et la température, cette dernière baissant pendant que le pouls s'accélère et devient petit ;

6° en cas de péritonite franche déclarée. La plupart des chirurgiens n'opèrent plus en cas de péritonite septique.

ARTICLE IV

DYSENTERIE

La dysenterie est une inflammation ulcéreuse, spécifique, contagieuse du gros intestin.

1° Étiologie. — L'étiologie est la même que chez l'adulte. La dysenterie se montre surtout de deux à cinq ans (Barthez et Sanné), plus souvent chez les garçons que chez les filles ; elle est favorisée par les grandes chaleurs : rare dans les climats tempérés, elle se montre surtout dans les zones tropicales où elle règne à l'état endémo-épidémique.

Elle survient de préférence chez les sujets débilités, les paludéens, chez ceux qui ont des troubles digestifs ou encore à la suite des maladies aiguës (dysenterie secondaire).

Une indigestion ou une diarrhée provoquée par l'ingestion de fruits verts, d'aliments grossiers, d'eau glacée, par le refroidissement de l'abdomen resté découvert la nuit, précèdent souvent les symptômes proprement dits de la dysenterie. Celle-ci se propage de trois façons différentes :

a. la *contagion* qui est réalisée par la communauté des cabinets, des vases, des canules de lavement, peut-être des thermomètres ;

b. l'*ingestion* d'aliments ou de boissons renfermant le germe pathogène : les épidémies d'origine hydrique ne sont pas rares ;

c. l'*inhalation* de particules provenant de selles dysentériques qui ont contaminé des objets de literie, du linge, et se répandent dans l'atmosphère après dessiccation, de façon à créer un foyer infectieux. Ce mode de propagation n'est pas absolument démontré.

La dysenterie existe à l'état *sporadique* ou *épidémique*.

Le contage spécifique existe vraisemblablement, mais on n'a pas pu le reconnaître d'une façon sûre ; on a incriminé l'*anguillule stercorale* (Normand), l'*amœba coli* (Lœsch, Kartulis)[1] un bacille très petit (Chantemesse et Widal), le *bacille pyocyanique* (Calmette), des *spirilles* (Le Dantec), un *bacille spécial* (Roger), un *diplocoque du sang* (Lesage).

On n'a pas précisé encore si les formes foudroyantes, gangréneuses des pays chauds relevaient des mêmes agents ou des mêmes associations parasitaires que les dysentéries ulcéreuses des pays tempérés. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'amibe se voit surtout dans les formes exotiques et le coli-bacille modifié de Chantemesse et Widal dans la dysenterie des pays tempérés.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans le côlon, s'étendent parfois à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. La muqueuse congestionnée, semée de points, de plaques, de bandes hémorragiques, infiltrée comme par un phlegmon en nappe, est recouverte d'ulcérations déchiquetées, irrégulières, grises, tapissée de mucosités sanglantes et de fausses membranes grisâtres. Dans les cas de guérison, les ulcérations

[1] Voir la revue de Mathieu et Soupaut, in *Gazette des Hôpitaux*, 1896.