liques néphrétiques, Comby a constaté, en même temps que l'entérite muco-membraneuse, des hémorroïdes et de la gravelle.

DESCRIPTION. — La maladie, essentiellement chronique, est constituée par des crises entéralgiques qui se terminent par l'expulsion de glaires sanguinolentes ou de débris membraneux et par une période intercalaire d'une durée très variable de santé relative.

Les enfants sujets à ces crises sont en général pâles, la peau présente un teint bistré, surtout à la face et au cou, néanmoins les lèvres sont d'un beau rouge. Ils sont maigres, parfois même si émaciés que l'on pourrait les prendre pour des tuberculeux. Ils sont en général dyspeptiques.

Le ventre, tantôt ballonné, tantôt rétracté, présente parfois une sensibilité exagérée au niveau de l'S iliaque ou du côlon transverse, sensibilité qui s'exaspère à l'approche des crises aiguës. On observe néanmoins des formes indolentes.

Au moment de la crise, surviennent des douleurs parfois violentes au niveau de l'ombilic. L'enfant, qui est habituellement constipé, éprouve alors des besoins fréquents de défécation et rend des selles fétides, brunâtres, mousseuses, dans lesquelles on trouve des stries blanchâtres formées par du mucus. Parfois, il n'expulse que des glaires ou des fragments de membrane, simulant des débris de tænia; les longs tubes rubanés ou cylindriques, observés chez les adultes, sont plus rares. Parfois il rend du sang mêlé aux glaires ou même pur. Dieulafoy et Comby ont constaté aussi dans les matières la présence du sable intestinal. Les urines contiennent de l'indican.

Dans l'intervalle des crises qui affaiblissent beaucoup les petits malades, on peut constater, outre les troubles dyspeptiques habituels, des éruptions prurigineuses, parfois très tenaces, et des troubles nerveux.

Dans quelques cas, la crise se complique d'hyperthermie et d'un état typhoïde inquiétant, qui peut s'accompagner d'érythèmes pseudo-exanthématiques; ces symptômes graves disparaissent, une fois la crise terminée.

On a remarqué que les enfants atteints de colite glaireuse subissent un arrêt dans la croissance. « Tel enfant de trois ans, dit Guinon, paraît en avoir deux ; un enfant de onze ans est moins développé et d'apparence plus infantile que son frère qui en a huit. »

PRONOSTIC. — La maladie est très persistante, et quand elle n'est pas bien traitée dès le début, elle peut se prolonger indéfiniment et se continuer à l'âge adulte.

Reclus a insisté sur la fréquence de l'appendicite chez les sujets atteints d'entérite membraneuse. Cette relation est admise pour l'enfant par J. Simon, par Comby, par Guinon, etc.

TRAITEMENT. — Le vrai moyen de prévenir les crises est de combattre la constipation (Voir *Constipation*) par des procédés qui n'irritent pas le tube digestif, et de lutter par une hygiène appropriée contre l'état névropathique de l'enfant.

Au moment des crises diarrhéiques, entéralgiques, le repos au lit, les applications de compresses chaudes sur le ventre, répétées matin et soir, les irrigations intestinales chaudes, le régime lacté constituent la base du traitement.

Comby fait prendre deux fois par jour avant les repas, dans une cuillerée de lait, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude	āā 0,25
Magnésie	
Pepsine	0,10
Noix vomique	0,02 à 0,05

Ce traitement est continué pendant dix jours, puis suspendu pendant huit jours, et repris, si cela est nécessaire.

Parmi les cures minérales recommandées, celle de Plombières nous paraît particulièrement indiquée.

CHAPITRE XVIII

APPENDICITE

On a désigné pendant longtemps sous les noms de *typhlite* et de *périty phlite* une affection inflammatoire assez fréquente dans la seconde enfance et siégeant dans la fosse iliaque droite ; elle était attribuée à la phlegmasie du cæcum ou du tissu cellulaire voisin de cet organe. De nombreux travaux entrepris dans ces dernières années, fondés soit sur le résultat des autopsies, soit sur les constatations faites dans le cours des opérations, ont établi que, comme l'avait déjà enseigné Mélier en 1827, cette maladie est presque toujours due à l'inflammation et à la perforation de l'appendice vermiforme. De là le nom d'*appendicite* sous lequel elle est décrite actuellement.

La typhlite et la périty phlite vraies peuvent exister cependant chez l'enfant; c'est ainsi que Mariage (1), faisant l'autopsie d'un garçon de dix ans, traité pour une typhlite stercorale et ayant succombé à une diphtérie intercurrente, trouva la muqueuse du cæcum rouge et épaissie sans ulcérations ; les parois de cet organe ne présentaient aucune perforation, mais étaient adhérentes à l'intestin grêle et, au

(1) Cité par Gaillard, *Traité de méd. et de thérap.*, t. IV. Paris, 1897, p. 601.

milieu des adhérences, se trouvaient de petits abcès ; l'appendice était libre et tout à fait sain. Henoch a constaté une large perforation du cæcum chez un enfant ayant succombé à une périty phlite, et on a rapporté d'autres faits analogues, mais on sait actuellement que ces perforations résultent parfois de l'ouverture dans le cæcum d'un abcès péricæcal consécutif à une appendicite. Quoi qu'il en soit, c'est cette dernière affection qui a été constatée dans la très grande majorité des cas.

ÉTIOLOGIE. — **Causes prédisposantes.** — Age. — L'appendicite est assez commune dans le jeune âge. Elle peut se montrer dès la première année ; Fenger en cite un cas relatif à un enfant de sept semaines ; Tordeus, Betz, Matterstock (1) l'ont observée à six et sept mois, mais elle ne devient fréquente que dans la seconde enfance ; en réunissant les cas recueillis dans les deux hôpitaux d'enfants de Paris par Mlle Gordon (2) et par Brun (3), on en trouve 8 de un à cinq ans, 53 de cinq à dix ans et 63 de dix à quinze ans.

Sexe. — L'appendicite est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Dans les cas relatifs aux enfants rapportés par Matterstock, on compte 51 garçons et 21 filles; dans ceux de Mlle Gordon et de Brun, 40 filles et 84 garçons.

Hérédité. — Elle paraît jouer un rôle parmi les causes de l'appendicite. Roux (de Lausanne), depuis que son attention a été attirée sur ce facteur étiologique, en a constaté souvent l'influence ; peut-être faut-il l'attribuer à une disposition ou à une conformation spéciale de l'appendice prédisposant à la maladie et pouvant se transmettre des parents aux enfants. Dieulafoy explique l'*appendicite familiale* par une prédisposition héréditaire à la lithiase appendiculaire.

Autres causes. — La constipation habituelle, la dyspepsie avec crises gastriques, l'entérite muco-membraneuse, une mauvaise hygiène alimentaire, sont souvent mentionnées dans les antécédents des malades atteints d'appendicite.

Il en est de même des maladies infectieuses, particulièrement de la grippe. Faisans (4) a remarqué que les épidémies d'influenza s'accompagnent d'une recrudescence des cas d'appendicite. La fièvre typhoïde, les oreillons, la rougeole, la pneumonie ont quelquefois aussi précédé la maladie.

Certaines formes chroniques de l'appendicite sont d'origine *tuberculeuse* ou *actinomycosique* ; elles seraient fréquentes chez les enfants, d'après Karewski (de Berlin) (5). Nous les croyons assez rares

(1) Matterstock, *Gerhardt's Handb. der Kinderk.*, IV, 2e partie, 1880, p. 893.
(2) Mlle Gordon, *Thèse de Paris*, 1896.
(3) Brun, art. Appendicite du *Traité des mal. de l'enf.*, III, 1897, p. 106.
(4) Faisans, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 mars 1899.
(5) Karewski, *Soc. de méd. int. de Berlin* 1er février 1897.

chez eux, au moins en France et en Suisse. Mentionnons cependant le cas d'une petite fille de trois ans chez laquelle l'appendice réséqué par Roux (de Lausanne), deux mois après une appendicite aiguë, contenait des bacilles de Koch en masse; le pus de l'abcès, examiné deux mois auparavant, ne renfermait alors que des pneumocoques (1). L'appendicite actinomycosique a été observée dès l'âge de huit ans, mais elle l'a été surtout chez les adultes (Hinglais) (2).

L'appendicite récidive souvent; aussi l'existence d'une appendicite antérieure est-elle une des causes prédisposantes le plus souvent mentionnées.

Causes déterminantes, pathogénie. — La présence d'un grand nombre de microbes pathogènes a été constatée dans le pus des abcès appendiculaires ; le plus fréquent est le *colibacille* trouvé tantôt seul, tantôt associé au *streptocoque* et plus rarement à d'autres espèces microbiennes. La structure de l'appendice, si riche en tissu réticulé que Bland Sutton l'a appelé l'amygdale abdominale, explique l'extrême susceptibilité de cet organe aux infections, et c'est à la longue persistance des microbes dans ses parois après une première attaque qu'il faut attribuer la récidive si fréquente de la maladie [Roux (de Lausanne)].

Pour quelques auteurs, en particulier pour Talamon, ce serait l'oblitération de l'appendice par un calcul ou par un rétrécissement, qui, faisant de cet organe un vase clos, exalterait la virulence des microbes qui y sont habituellement contenus et provoquerait l'explosion de la maladie, mais on a rencontré trop souvent dans les opérations l'absence d'occlusion pour faire de celle-ci la cause générale de l'appendicite.

La présence de corps étrangers et surtout de *concrétions intestinales* a été souvent considérée comme la cause de l'inflammation et de la perforation de l'appendice. Le rôle des corps étrangers est peu important, car ceux-ci ont été rarement rencontrés dans l'appendice ; c'est ainsi que Brun n'en a pas trouvé un seul dans 45 cas, et Matterstock 3 seulement dans 49 cas d'appendicite chez les enfants, tandis que ce dernier auteur y trouvait 24 fois des concrétions fécales. Celles-ci sont en effet beaucoup plus communes et paraissent l'être en particulier à la fin de la seconde enfance et dans l'adolescence. Roux (de Lausanne) (3), sur 62 cas où il a rencontré des concrétions en opérant des appendices, en compte 7 entre six et dix ans et 27 entre onze et vingt ans. Jacob rapporte que sur 38 enfants opérés entre deux et huit ans, 22 n'avaient pas de concrétions, tandis que sur 26 qui avaient dépassé cet âge il n'a trouvé que 7 fois l'appendice vide ; pour lui, les concrétions s'observent surtout entre dix et quinze

(1) Voir : Mlle von Mayer, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1897, p. 223.
(2) Hinglais, *Thèse de Lyon*, 1897.
(3) Voir : Rochaz, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1894, p. 655.

ans. On peut donc considérer les concrétions fécales comme une des causes déterminantes de l'appendicite, mais leur absence dans un grand nombre de cas prouve qu'elles n'en sont pas la cause unique.

Parmi les causes occasionnelles fréquemment observées, on a signalé une indigestion succédant à un repas trop copieux, un exercice violent (gymnastique, danse), une chute ou un coup reçu sur l'abdomen, l'apparition des règles, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous serons brefs sur les lésions de l'appendicite qui ne présentent rien de particulier dans l'enfance, sauf peut-être une plus grande fréquence de la propagation de l'inflammation à toute la séreuse péritonéale.

L'appendice, examiné au début de la maladie, lors d'une opération hâtive, est tuméfié, rigide, d'une teinte violacée. Sa muqueuse est épaissie, ecchymosée, on y rencontre souvent des ulcérations, la couche musculaire est ramollie et parfois infiltrée de pus.

Plus tard, ses parois présentent des foyers gangreneux, dont les escarres en s'éliminant produisent des perforations. Celles-ci sont très fréquentes. Matterstock et Mlle Gordon les ont rencontrées dans les trois quarts des cas, tantôt uniques, plus rarement multiples ; leur existence paraît être indépendante des concrétions intestinales, car elles ne siègent pas toujours à leur niveau.

A une période plus avancée, on trouve l'appendice déformé par des cicatrices, des étranglements, des amputations partielles ou complètes.

Il est rare que cet organe soit seul atteint ; presque toujours, même lorsqu'il n'y a pas eu de perforation, le péritoine participe à l'inflammation. Celle-ci est le plus souvent localisée. Brun et Mlle Gordon ont observé, dans 64 cas sur 124 appendicites de l'enfance, une péritonite enkystée. Des fausses membranes adhérant au cæcum, à l'iléon, etc., forment une barrière qui isole la périappendicite du reste de la cavité péritonéale. Entre ces fausses membranes, on trouve une sérosité louche, roussâtre, et souvent du pus. Celui-ci forme généralement une collection plus ou moins volumineuse qui siège tantôt en avant du cæcum, tantôt en arrière de cet organe, plongeant parfois profondément dans le bassin ; cette collection peut se prolonger jusque dans le côté gauche de la cavité abdominale et venir s'ouvrir dans les points les plus divers, comme nous l'indiquerons plus loin.

D'autres fois, on trouve une péritonite généralisée, survenue immédiatement après la perforation ou à la suite de la rupture dans le péritoine de l'abcès périappendiculaire. La séreuse est remplie de sérosité, de pus et de fausses membranes adhérant aux anses intestinales météorisées. Parfois le pus est collecté en foyers multiples (Nélaton) ; c'est ce que Sonnenburg a appelé la péritonite progressive. Dans certains cas, où l'inflammation affecte une *forme septique*, on ne trouve à l'autopsie dans le péritoine qu'un liquide louche, semblable à du bouillon sale, sans fausses membranes, ni tympanisme intestinal.

DESCRIPTION. — La maladie peut être annoncée par des phénomènes *prodromiques*. Quelquefois l'enfant a ressenti, quelque temps avant son explosion, des douleurs peu intenses au niveau de l'appendice, à la suite d'un repas copieux ou d'une marche prolongée ; il présente de la constipation, de l'anorexie, les signes d'un embarras gastrique. Le plus souvent, les premières phases de la maladie passent inaperçues et l'appendicite se révèle *brusquement*, souvent pendant le travail de la digestion, par une douleur vive, parfois ressentie au début dans la plus grande partie de l'abdomen, mais qui ne tarde pas à se localiser au côté droit, le plus souvent au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque antérieure et supérieure (point de Mac Burney). Cette douleur s'accompagne habituellement de fièvre et de vomissements.

Une fois déclarée, la maladie suit une marche variable suivant qu'elle paraît se limiter à l'appendice, ou qu'elle s'accompagne d'une périappendicite ou d'une péritonite diffuse.

Appendicite simple. — Cette forme correspond à celle que Talamon a appelée *colique appendiculaire*, l'attribuant à la pénétration brusque d'un calcul dans l'appendice. La douleur en est le symptôme principal ; elle peut s'accompagner cependant de nausées et de vomissements et d'un mouvement fébrile qui dépasse rarement 38°,5 et peut même manquer complètement. On sent parfois au niveau de l'appendice une rénitence profonde ou un peu de tuméfaction, mais souvent le ballonnement du ventre rend cette constatation impossible. Au bout d'un à deux jours, la douleur diminue ou disparaît et la guérison peut survenir ; d'autres fois, au contraire, la rémission n'est que passagère ; la fièvre reparaît avec la douleur et on observe les symptômes de la périappendicite.

Périappendicite. — Elle survient d'emblée ou succède à la forme précédente. La fièvre est plus marquée que dans celle-ci ; le pouls est fréquent ; la température peut atteindre 40° ; parfois cependant elle s'abaisse un peu au-dessous de 38°, mais *sans que la rapidité du pouls diminue* (Jalaguier) ; les vomissements sont fréquents. La douleur, généralement très vive, s'exaspère par la moindre pression et par les mouvements de la cuisse sur le tronc ; quelquefois elle s'irradie dans le membre inférieur droit. Les symptômes peuvent simuler au début ceux d'une péritonite généralisée (*péritonisme*) avec douleur dans tout l'abdomen, facies grippé et tendance au collapsus, mais ils vont en s'atténuant et se localisent à la fosse iliaque droite. On sent bientôt, à la palpation profonde, une tuméfaction limitée,

habituellement ovoïde ou allongée, parallèle au ligament de Poupart (Roux) (1).

Cette tuméfaction, parfois difficile à percevoir à cause de la contraction des muscles abdominaux provoquée par la douleur, est presque toujours due à la formation d'un abcès. Si l'on opère à ce moment, il est rare qu'on ne trouve pas du pus. Cependant, même alors, la maladie peut se terminer par résolution ou par résorption de l'épanchement, mais habituellement, si l'on n'intervient pas, la collection vient à faire saillie sous la paroi abdominale ou plus souvent fuse dans les parties profondes du bassin. On peut alors constater sa présence par le toucher rectal; parfois même on la sent par la palpation dans le côté gauche de l'abdomen.

La terminaison la plus fréquente de ces collections purulentes périappendiculaires, après un temps qui peut varier de quelques jours à quelques semaines, est leur ouverture dans l'intestin, parfois dans le cæcum, plus souvent dans le rectum. Le malade rend un flot de pus par l'anus. Parfois l'abcès s'ouvre dans le vagin ou la vessie; Brun (2) a vu chez un enfant le pus d'une collection périappendiculaire fuser dans la cavité de Retzius en même temps que dans la cavité péritonéale où il détermina une péritonite mortelle.

D'autres fois, c'est du côté de la paroi abdominale que se porte l'abcès et il peut s'ouvrir spontanément au dehors à la région iliaque. Dans un cas observé par Labadie-Lagrave et Ayrolles (3) et relatif à un garçon de six ans et demi, il vint faire saillie à l'épigastre où il fut ouvert; l'enfant guérit. Dans un cas traité par l'un de nous, le pus fusa dans la région du rein et fut évacué par une ponction faite à la région lombaire; l'enfant guérit également. Mandach (4) a observé une terminaison analogue chez une jeune fille de quatorze ans.

On a vu aussi le pus traverser le diaphragme, pénétrer dans la plèvre et déterminer une pleurésie. D'autres fois, après avoir affecté une forme insidieuse, sans avoir révélé sa présence par des symptômes très marqués, la suppuration vient ulcérer les gros vaisseaux, ou bien envahit le foie, et détermine une pyléphlébite, accident toujours fatal qui s'annonce par des frissons auxquels succèdent les symptômes de la pyémie; parfois aussi il se forme un abcès hépatique (Voir *Abcès du foie*).

Enfin le pus, au lieu de s'évacuer à l'extérieur ou dans l'intestin, détermine la formation d'une série de foyers purulents successifs dans le péritoine, et le malade peut guérir si ces collections sont reconnues et incisées à temps.

(1) Roux (de Lausanne), *Revue méd. de la Suisse rom.*, avril et mai 1890, sept. à nov. 1891, et janv. 1892.
(2) Brun, *Presse médicale*, 1896, p. 346.
(3) Labadie-Lagrave et Ayrolles, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1883, p. 443.
(4) Mandach, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1891, p. 329.

Dans les cas où la maladie a une issue favorable, la résolution peut être complète après l'évacuation spontanée ou chirurgicale de l'abcès, mais le malade reste souvent sous le coup d'une récidive, qui a été observée dans un peu plus du quart des cas chez les enfants.

Péritonite appendiculaire généralisée. — Il est relativement fréquent chez les enfants de voir la péritonite généralisée succéder d'emblée à l'inflammation et à la perforation de l'appendice. Elle présente alors les caractères habituels de la péritonite par perforation, facies grippé, ballonnement du ventre, vomissements alimentaires, puis bilieux et même fécaloïdes, constipation absolue pouvant faire croire à l'occlusion intestinale, douleur généralisée à tout l'abdomen, mais plus prononcée à droite, surtout au niveau du point de Mac Burney qui est particulièrement sensible à la palpation. La température est généralement élevée; souvent cependant elle n'atteint pas 39 degrés.

Si la péritonite généralisée est consécutive à la périappendicite, elle se manifeste par la recrudescence et l'extension des phénomènes douloureux.

Quel que soit son mode de début, elle se termine presque toujours fatalement, si elle est abandonnée à elle-même, après une durée qui dépasse rarement une semaine.

On observe parfois une *forme septique diffuse* de la péritonite appendiculaire qui se développe généralement d'une façon insidieuse. Tantôt elle s'annonce par des vomissements et de la diarrhée suivis d'une grande prostration, accidents qui peuvent faire croire au début d'une fièvre typhoïde; tantôt elle succède à une appendicite dont les symptômes habituels ont été suivis d'une rémission trompeuse, due à l'envahissement de la septicémie. Le ventre n'est pas ballonné, les douleurs sont peu vives, la température s'abaisse rapidement malgré un pouls fréquent et filiforme, les extrémités se refroidissent et la mort survient au bout d'un à quatre jours dans le collapsus, parfois sans que le petit malade ait rien perdu de sa lucidité d'esprit et sans que le peu d'intensité des symptômes locaux ait permis de prévoir une terminaison aussi prompte.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'appendicite est le plus souvent facile chez les enfants; l'ovarite, l'entéralgie, les coliques hépatique et néphrétique, les accidents hystériques avec lesquels cette affection peut être confondue au début, sont rares dans le jeune âge.

La marche de la maladie, la constatation d'un point douloureux suivi d'une tuméfaction profonde permettent en général d'exclure rapidement une simple *indigestion*, un *embarras gastrique* et une *fièvre typhoïde*.

Ce n'est guère que dans les cas où la maladie n'aura pas son siège habituel, grâce aux *anomalies de situation* que peut présenter l'appen-