dice, que le diagnostic pourra rester douteux; c'est ainsi que la douleur pourra être ressentie au-dessus ou au-dessous du point de Mac Burney ou même dans le côté gauche de l'abdomen. Le médecin devra avoir toujours présente à l'esprit la possibilité de ces anomalies.

Si, à la suite d'une appendicite rétrocæcale, la collection purulente vient faire saillie à la région lombaire, on pourra croire à un *abcès périnéphrétique*. Le siège qu'a présenté la maladie au début, la marche de celle-ci, l'absence de troubles urinaires permettront souvent d'éviter l'erreur.

La péritonite généralisée suite d'appendicite ne diffère guère des autres formes de cette affection que par son mode de début. Nous indiquerons plus loin comment on la distingue de l'*invagination* et de l'*occlusion intestinale* (Voir *Péritonite aiguë*).

Nous avons insisté plus haut sur l'obscurité des signes que présente souvent la péritonite septique diffuse appendiculaire.

PRONOSTIC. — Il est particulièrement sérieux chez les enfants, car les auteurs (1) sont d'accord pour signaler une plus grande fréquence chez les jeunes sujets de l'appendicite accompagnée de péritonite diffuse qui est presque toujours mortelle. Matterstock compte, sur 70 cas de périty phlite de l'enfance, 49 morts et 21 guérisons ; il s'agit, il est vrai, de cas recueillis dans la littérature et dont beaucoup n'ont probablement été publiés qu'à raison de leur gravité. Les chiffres donnés par Mlle Gordon et par Brun sont plus rassurants : 38 morts et 84 guérisons, soit une mortalité d'un peu moins du tiers. Nous croyons même cette proportion de décès un peu au-dessus de la réalité, car elle est fondée sur des statistiques recueillies dans les hôpitaux où on admet surtout les cas graves. Néanmoins, l'appendicite est toujours une maladie redoutable, d'autant plus que, lorsqu'elle guérit, l'enfant reste sous la menace d'une récidive et doit être pendant longtemps attentivement surveillé à ce point de vue.

TRAITEMENT. — Jusqu'à ces dernières années, la maladie n'était traitée que médicalement et le bistouri n'intervenait que pour ouvrir les collections purulentes faisant saillie sous la paroi abdominale. Actuellement encore, bien que Dieulafoy ait proclamé qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, ce traitement est usité dans un grand nombre de cas exclusivement ou jusqu'au moment où l'intervention chirurgicale est réclamée par le médecin. Nous le décrirons en premier lieu, puis, après avoir exposé le traitement chirurgical, nous discuterons les indications des deux méthodes.

Traitement médical. — Le repos absolu de l'intestin est la première condition du traitement de l'appendicite; aussi ordonnera-t-on une

(1) Voir : Monod et Vanverts, *L'appendicite*. Paris, 1897, p. 148.

diète rigoureuse ; l'enfant ne prendra que quelques cuillerées de lait à intervalles éloignés, et ce n'est qu'après la fin de la crise aiguë qu'on permettra une alimentation plus substantielle, mais qui restera purement liquide jusqu'à la terminaison de la maladie. L'*opium* donné, suivant l'âge, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour, assurera l'immobilité de l'intestin et calmera la douleur. On s'abstiendra pendant toute la période aiguë de l'emploi des purgatifs ou même des lavements, afin d'éviter de provoquer des contractions intestinales; celles-ci pourraient déterminer l'extension de la maladie en empêchant la formation ou en amenant la rupture d'adhérences protectrices autour du foyer périappendiculaire.

Pour combattre la réaction inflammatoire, une *vessie de glace* séparée de la peau par une compresse de flanelle sera maintenue en permanence sur la paroi abdominale. On a recommandé aussi les onctions avec l'onguent mercuriel belladoné. Les sangsues appliquées dans les premiers jours sur le point douloureux amènent souvent un soulagement notable ; cependant elles sont généralement proscrites comme ouvrant une porte à l'infection, ce qui serait un grave inconvénient, particulièrement en cas d'opération. Si la vessie de glace est mal supportée ou lorsque la suppuration est établie, l'application de cataplasmes ou de compresses de Priessnitz sera indiquée.

Traitement chirurgical. — Dans les cas d'appendicite simple ou de périappendicite enkystée, l'intervention opératoire habituellement pratiquée, sauf dans les cas exceptionnels de siège anormal de la maladie, consiste dans une incision faite, suivant les préceptes de Roux (de Lausanne), dans la fosse iliaque parallèlement au ligament de Poupart. Cette incision sera de 10 à 15 centimètres de longueur et distante de 1 1/2 à 2 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les tissus seront divisés couche par couche jusqu'au péritoine, qui sera ouvert à la partie supérieure de la plaie. L'index sera alors introduit entre l'intestin et la paroi abdominale, et, lorsque le pus ne jaillira pas de suite, on ira à la recherche de la collection purulente en décollant les tissus en arrière. Si on trouve l'appendice à ce moment, on le réséquera ou on le suturera s'il est déjà partiellement détruit par la gangrène, mais on ne le fera que si la recherche de cet organe est facile et n'exige pas une trop longue prolongation de l'intervention chirurgicale ou si le péritoine ne présente pas des signes d'irritation diffuse (Sonnenburg) (1) ; autrement, on risquerait de provoquer une péritonite généralisée; on remettra alors à plus tard, s'il y a lieu, ce complément de l'opération et on se contentera de l'évacuation du pus. Un drainage sera établi, mais on s'abstiendra de tout lavage, pratique inutile et qui peut

(1) Sonnenburg, *XXVIIIe Congrès de la Soc. allem. de chir.*, 7 avril 1899.

être dangereuse en provoquant la dissémination de l'infection (1).

Les suites sont généralement simples, et la plaie se cicatrise rapidement; cependant il persiste parfois une fistule ou une tendance à l'éventration et aux hernies qui nécessitera le port d'un bandage ou une opération complémentaire.

Dans le cas de péritonite appendiculaire généralisée, on pratiquera la laparotomie, qui sera faite généralement sur la ligne médiane et sera suivie d'un lavage à l'eau stérilisée et salée chaude ou d'une toilette soignée de la séreuse. Cette intervention échouera le plus souvent, mais quelques faits prouvent qu'elle peut réussir ; c'est ainsi que Lebrun (de Namur) (2) a guéri par la laparotomie un enfant de sept ans rachitique et très chétif, atteint de péritonite généralisée à la suite de la rupture d'un abcès appendiculaire. Il va sans dire que l'opération aura d'autant plus de chances de succès qu'elle aura été pratiquée plus tôt.

Indications. — Les indications concernant les deux traitements sont difficiles à poser; si un très grand nombre de cas traités exclusivement par les moyens médicaux se sont terminés favorablement, on en a vu aussi trop souvent dans lesquels l'inflammation, après avoir affecté au début une apparence bénigne, a envahi brusquement tout le péritoine et dans lesquels une intervention chirurgicale trop tardive n'a pu conjurer la terminaison fatale. Le traitement médical ne devra donc jamais être considéré que comme expectatif et, si le médecin n'est pas opérateur, il réclamera, dès le début, le concours d'un chirurgien.

On a préconisé l'opération immédiate au moment où éclate la crise appendiculaire, le péritoine est probablement encore indemne et l'ablation de l'appendice enflammé pourra prévenir une péritonite qui se serait peut-être généralisée (3), mais il est rare que le chirurgien soit appelé à cette période de la maladie qui ne dépasse guère vingt-quatre heures. Le plus souvent, on se trouve en présence d'un foyer péritonéal enkysté et, si les symptômes ne sont pas menaçants, le mieux sera de recourir au traitement médical, qui sera continué s'il amène une amélioration rapide, mais si, déjà dès le lendemain, on constate qu'il n'y a eu aucune atténuation dans l'intensité des douleurs, dans l'élévation de la température et surtout dans la fréquence du pouls, il y aura lieu d'intervenir. L'opération pourra parfois avoir été superflue, mais, comme elle est peu dangereuse, on regrettera rarement de l'avoir pratiquée, et on aura peut-être conjuré une aggravation fatale ; en outre, on abrégera la durée de la maladie et on préviendra les longues suppurations et les fistules qui ont été constatées parfois

(1) Nous renvoyons, pour les détails de l'opération, aux travaux déjà cités de Roux, de Brun, de Monod et Vanverts, etc.
(2) Lebrun, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1898, p. 347.
(3) Voir en particulier : Peyrot, *Soc. de chir. de Paris*, 22 mars 1899.

lorsqu'on avait attendu l'évacuation spontanée du pus par l'intestin. Si le traitement médical a été continué au delà des premiers jours, la surveillance continuera à être rigoureuse et le chirurgien sera prêt à intervenir à la moindre aggravation des symptômes ou lorsque la formation d'une collection purulente pourra être nettement reconnue.

Résection de l'appendice à froid. — L'ablation de l'appendice après la guérison des accidents inflammatoires a été proposée pour prévenir les récidives de l'appendicite et a été souvent pratiquée avec succès chez les enfants. Plusieurs chirurgiens estiment qu'elle doit être conseillée déjà après une première attaque de la maladie, car une seconde est toujours à craindre et peut être fatale. Nous croyons cependant qu'il est permis d'hésiter en pareil cas, si la guérison paraît être complète, mais que la résection doit être proposée quand, plusieurs semaines après la disparition de tout phénomène inflammatoire, il persiste encore de la douleur et de l'induration, et surtout après une première récidive.

CHAPITRE XIX

CONSTIPATION

Nous étudierons dans ce chapitre toutes les causes qui arrêtent ou retardent le cours des matières fécales chez les enfants en dehors de l'invagination et des vices de conformation de l'intestin et de l'anus, et nous les passerons successivement en revue dans la première et dans la seconde enfance.

Première enfance.

Constipation congénitale. — Hirschsprung a décrit, sous le nom de *mégacôlon congénital*, une anomalie de développement caractérisée par une dilatation considérable du gros intestin et surtout de l'S iliaque qui est très flexueux. Lorsqu'on ouvre l'abdomen pour l'autopsie, le gros intestin cache presque entièrement l'intestin grêle et l'estomac. L'épaisseur de ses parois est presque doublée ; l'hypertrophie porte sur toutes les tuniques et principalement sur la couche musculaire à fibres circulaires. Parfois, on trouve, comme complication terminale, une série d'ulcérations dysentériformes de la muqueuse.

Le symptôme caractéristique de cette affection est une constipation habituelle qui existe depuis la naissance et ne cède qu'à des lavements ou à des laxatifs répétés. La défécation est difficile et amène l'expulsion de matières d'un jaune plâtreux, agglomérées en général