

du régime, on ne devrait pour ainsi dire jamais s'adresser au *traitement médicamenteux*. En tout cas ce dernier ne pourra être de quelque utilité qu'après que toutes les mesures diététiques indispensables auront été remplies.

Le *calomel* s'est acquis le plus de renom dans le traitement de l'entérite infantile. Dans les cas récents surtout, il est bon de s'en servir sous forme de poudres de 0,005 à 0,01 par dose. Si la diarrhée persiste quelque temps, on pourrait parfaitement employer les *opiacés*, quoique avec la plus grande prudence. Le calomel combiné avec l'opium (par ex. calomel 0,01, extrait d'opium 0,002, poudre de gomme 0,3, trois à quatre poudres par jour) rend souvent de bons services. Chez les petits enfants on ajoute deux à quatre gouttes de teinture d'opium à 100 grammes de véhicule (mixture gommeuse, décoction de salep, mixture d'acide chlorhydrique, etc.) dont on donne toutes les deux ou trois heures une petite cuillerée.

On a fait de nombreuses tentatives pour arrêter les processus de décomposition anormale, par l'administration de remèdes ayant des propriétés antiseptiques et antifermentatives. La *créosote* surtout a été chaleureusement recommandée par plusieurs (4 à 6 gouttes sur 50 grammes d'eau avec 15 grammes de sirop, une cuillerée à thé toutes les deux heures). Sont employés dans le même but la *naphtaline* (naphtal, 0,5-1,0 mucilag. gomme, eau distill. ana 40,0 huile de menthe poivrée gtt.i, à agiter, toutes les 2 heures une cuill. d'enfant), l'*acide chlorhydrique* (0,5 à 1,0 d'acide chlorhydrique dilué sur 100 grammes d'eau) et le *chloral hydraté* (1,0 : 100,0). Si les selles sont colorées en vert, l'*acide lactique* (solution à 2 %, une cuill. à café  $\frac{1}{4}$  d'heure après chaque repas) sera particulièrement avantageux.

Une autre classe de remèdes (astringents) se prescrit dans l'idée d'agir directement sur la muqueuse malade. Les plus recommandables dans la diarrhée chronique sont le *sous-nitrate de bismuth* (tous les jours 4 à 6 poudres de 0,05 à 0,1 avec addition d'opium en cas de besoin), le *nitrate d'argent* (0,05 : 100,0), l'*alun* (0,5 sur 100,0), la *paullinia sorbilis* (la pâte de guarana réduite en poudre, 3 poudres par jour de 0,3 à 1,0) et ainsi de suite (v. les formules dans l'appendice).

Si les glaires qui se mêlent en abondance aux selles, indiquent un catarrhe du gros intestin, les *irrigations du colon* sont quelquefois à conseiller. Ces injections (une solution de tannin ou d'alun à 1 p. %, des solutions d'acétate de plomb, 1 à 3 : 1000,0) se pratiquent une à deux fois par jour. La quantité de liquide à injecter en une fois est de  $\frac{1}{2}$  à 1 litre (entonnoir d'HÉGAR auquel s'adapte un fort cathéter élastique).

Enfin signalons encore l'utilité chez les enfants atrophies des bains chauds journaliers. D'ordinaire on ajoute encore des remèdes « toniques » à l'eau du bain (bains alcalins, bains ferrugineux, bains de calamus, etc.).

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE.

(Typhlite stercorale. Inflammation du cœcum.)

Parmi les inflammations limitées à certains segments de l'intestin, celle du cœcum et des tissus circonvoisins occupe une place spéciale. La cause pour laquelle c'est précisément en cet endroit que se développent des inflammations circonscrites, réside dans la disposition anatomique particulière du cœcum et de son diverticulum, l'appendice vermiculaire. Cette disposition explique comment des masses stercorales ou des corps étrangers peuvent facilement s'arrêter dans le cœcum et y provoquer une inflammation.

L'inflammation du cœcum est la plupart du temps occasionnée par des matières fécales qui s'amoncellent dans son intérieur et est pour ce motif désignée sous le nom de *typhlite stercorale*. Mais, comme cette cause d'irritation agit d'ordinaire d'une manière continue, les lésions inflammatoires de la typhlite se développent communément avec beaucoup plus d'intensité que dans les autres formes d'entérite. L'inflammation atteint la paroi intestinale dans toute son étendue et se communique parfois sous le nom de *pérityphlite* au tissu cellulaire ambiant.

La plupart des formes graves de la *pérityphlite* ont pour origine, non pas précisément le cœcum même, mais l'*appendice vermiculaire*. Cette partie rudimentaire de l'intestin, qui physiologiquement a si peu d'importance, joue un grand rôle dans la pathologie. Le cœcum laisse parfois pénétrer dans l'appendice vermiculaire de petites masses stercorales qui en certaines circonstances peuvent continuer à y séjourner. La partie liquide en est résorbée ; elles s'incrustent parfois de sels calcaires et de cette manière se produisent de petites concrétions indurées dites « *calculs stercoraux* ». Dans beaucoup de cas, le retour vers le cœcum de ces matières intestinales est empêché par la valvule située à l'entrée de l'appendice vermiculaire (valvule de GERLACH). Quelquefois aussi un *corps étranger* qui a pénétré dans l'appendice iléo-cœcal (noyau de fruit ou pépin, etc.) forme le centre d'un calcul stercoral. Ces calculs ont souvent une forme si bien arrondie, qu'autrefois on les prenait erronément pour des noyaux de cerise arrêtés en chemin.

Dans nombre de cas, les calculs stercoraux peuvent séjourner longtemps dans l'appendice, sans entraîner d'inconvénients. En général cependant, ils irritent mécaniquement la muqueuse, l'enflamment, provoquent en un point circonscrit une *nécrose par compression* et conséquemment une *ulcération de l'appendice vermiculaire*. Si la cicatrisation, qui est toujours possible, ne se fait pas, l'ulcère s'étend de plus en plus en profondeur. Selon qu'il y a des

adhérences préalables ou qu'il n'y en a pas, la *perforation* de l'*appendice vermiculaire* donne lieu, dans un cas à une *péritonite purulente circonscrite*, et dans l'autre à une *péritonite généralisée*. A l'inverse de cette dernière, qui a presque toujours une terminaison mortelle, la pérityphlite purulente enkystée peut, au moins dans une partie des cas, finir par la guérison (V. ci-dessous).

**Symptômes et marche de la maladie.** Les symptômes de la *typhlite stercorale* commune se développent parfois assez rapidement ; dans d'autres cas ils sont précédés d'une période prodromique de longue durée. Celle-ci est caractérisée surtout par de la *constipation* que la diarrhée vient interrompre de temps en temps et par des *douleurs* sourdes dans la *région iléo-cœcale*. Ces symptômes s'accroissent petit à petit ou s'aggravent soudainement. La douleur s'accuse davantage dans la région du cœcum et empêche de faire de grands mouvements. Quelquefois la constipation devient complète, tandis que dans d'autres cas les matières peuvent encore être évacuées à un certain point. Il n'est pas rare de constater un ou plusieurs *vomissements*. En même temps l'état général se trouble de plus en plus. Les malades sont abattus, privés d'appétit, et présentent une *fièvre* d'une intensité modérée (entre 38°,5 et 39°,8), dont la marche n'a rien de caractéristique.

Les symptômes les plus importants au point de vue du diagnostic sont fournis par l'*examen objectif de l'abdomen*. Parfois le ventre est uniformément gonflé par un *météorisme* peu prononcé. Il est probable que les gaz s'amasent de préférence dans l'iléon, au-dessus du rétrécissement produit par les tumeurs stercorales. Parfois aussi le météorisme fait complètement défaut ou est à peine marqué. Alors on reconnaît à la simple vue que la *région cœcale proémine plus fortement*. En examinant de plus près, on s'aperçoit que cette région est quelquefois douloureuse et excessivement sensible à la pression. De plus, on y sent une résistance tantôt diffuse, tantôt nettement circonscrite, comme celle qui est produite par une tumeur, résistance donnant à la percussion un son sourd ou mat-tympanique. Cette *tumescence iléo-cœcale* qui emporte le diagnostic et le met le plus souvent hors de doute, est en partie causée par des masses fécales stagnantes qui se laissent manifestement déprimer et représentent jusqu'à un certain point la forme des circonvolutions intestinales ; pour une autre part elle résulte de l'*épaississement* assez considérable des parois intestinales et encore de l'exsudat inflammatoire qui s'est déjà formé à l'entour d'elles. Sous le rapport *clinique*, il n'y a pas de démarcation nette entre la typhlite, la pérityphlite, et les processus inflammatoires qui ont leur point de départ dans l'appendice iléo-cœcal. La marche ultérieure de la maladie seule éclaircira ce point, si tant est que c'est possible.

La plupart des cas de typhlite stercorale commune ont une *issue favorable*. Quand les malades ne se négligent pas et qu'ils se soignent à temps, la douleur et la fièvre cèdent peu à peu. Des évacuations copieuses se succèdent et après 1 ½ à 3 semaines ils entrent en pleine convalescence. Il persiste assez longtemps dans la région du cœcum une résistance anormale due aux parois intestinales épaissies. On note également une tendance persistante à la constipation. Les *récidives* ne sont pas rares et les personnes qui une fois ont passé par là, sont quelquefois obligées dans la suite de payer un nouveau tribut à la maladie.

La typhlite prend un caractère plus grave dans les cas, heureusement assez peu fréquents, où, par suite de la rétention des matières fécales, se dessine le tableau complet de l'*obstruction intestinale*. Le météorisme se prononce de plus en plus, les vomissements se répètent et prennent à la fin un aspect manifestement fécaloïde. Les symptômes généraux sont beaucoup plus accusés. Les malades tombent dans une prostration excessive, la peau devient froide et livide, le pouls petit et précipité. Dans des cas pareils, la mort peut survenir avec tous les signes du collapsus, à moins qu'on ne parvienne encore à vider l'intestin et à lever l'obstruction.

Les symptômes de la *pérityphlite* sont au fond les mêmes que ceux de la typhlite, seulement avec un degré d'intensité de plus. La résistance qu'on perçoit dans la région cœcale est moins bien délimitée et siège plus profondément. Le météorisme est en général moins prononcé que dans la typhlite quand c'est la pérityphlite qui prédomine. Les douleurs sont d'ordinaire très vives et s'irradient souvent dans la jambe droite qui est en même temps engourdie et fourmillante. Cependant on cite quelques cas où des processus pérityphlitiques assez étendus ont existé pendant un temps prolongé sans occasionner de malaises subjectifs appréciables.

La marche de la pérityphlite est toujours traînante, toutefois dans les cas favorables les produits inflammatoires se résorbent complètement et la guérison est entière. Quand la maladie prend des allures plus sérieuses, elle se termine parfois par la *formation d'un abcès* (même d'un abcès *putride*). Les malaises locaux ne disparaissent pas, la fièvre s'obstine et prend un caractère intermittent. Enfin, quand l'abcès tend à s'ouvrir à l'extérieur, la saillie de la région cœcale proémine et se limite de plus en plus, la peau s'amincit et devient rouge, la fluctuation est évidente et l'abcès crève spontanément quand il n'est pas ouvert artificiellement. Outre la *perforation au dehors*, citons encore la *perforation dans la cavité du péritoine*, suivie de la péritonite généralisée, parfois aussi la *perforation dans le colon ascendant* avec évacuation du pus par les selles et guérison terminale.

Une complication fâcheuse observée à diverses reprises dans la périty-

phlite, c'est la propagation de l'inflammation à la veine iléo-cœcale. Il s'ensuit une *phlébite purulente* de ce vaisseau, et puis de la veine-porte. La scène morbide de la pyémie généralisée se déroule avec ses frissons et ses fortes exacerbations fébriles. L'issue en est presque toujours mortelle et à l'autopsie on trouve dans le foie des abcès métastatiques multiples.

Le **diagnostic** de la typhlite et de la pérityphlite est le plus souvent facile à établir, eu égard au siège précis de la tumeur, à sa sensibilité et à la marche morbide dans son ensemble. Pendant la vie on ne peut que présumer, mais pas affirmer positivement que le point de départ de l'inflammation est, soit dans le cœcum, soit dans l'appendice, parce que l'image morbide est presque la même dans les deux cas, comme il a été dit. De même, il n'y a que l'évolution ultérieure de la maladie qui puisse prouver si l'inflammation est restée circonscrite ou bien si elle a envahi la sphère ambiante, de la manière indiquée plus haut.

Dans les cas chroniques on pourrait confondre la maladie avec des néoplasmes, surtout des carcinomes qui partent du cœcum ou de l'appendice vermiculaire. D'un autre côté, des tumeurs du rein droit, de l'ovaire droit, puis des abcès du psoas, consécutifs à des inflammations des vertèbres, ont en quelques circonstances fait dévier le diagnostic. Dans ces cas douteux, ce n'est qu'après une observation longtemps poursuivie qu'on est en état de porter un jugement correct.

Remarquons encore en passant que l'appendice vermiculaire peut s'oblitérer en un point déterminé. Le segment situé derrière l'obstacle se remplit peu à peu de mucus, de manière à former une poche appelée *hydropisie de l'appendice vermiculaire*, qui peut donner lieu à une tumeur perceptible dans la région iléo-cœcale.

Le **pronostic** dans une typhlite ou une pérityphlite quelconque doit être posé avec une certaine réserve, attendu qu'on ne peut jamais prévoir l'issue de la maladie. En tout état de chose, la terminaison est favorable dans la grande majorité des cas, et les plus bénins, ceux qui restent limités au cœcum, constituent la règle. Dans les cas graves de pérityphlite terminés par suppuration, tout dépend de l'accession éventuelle ou de l'absence de la péritonite généralisée et puis, au cas où l'inflammation se limiterait, de l'état des forces dont le malade peut encore disposer pour faire les frais de la guérison de l'abcès. Si la réserve est suffisante, on voit parfois s'opérer des guérisons après plusieurs mois de durée de la maladie.

Le **traitement** de la typhlite a un double but à remplir, d'abord de vider l'intestin des matières stagnantes qui d'ordinaire ont provoqué et qui entretiennent l'inflammation, puis d'enrayer, autant que possible, la marche ultérieure du travail inflammatoire, une fois qu'il s'est produit. Malheureuse-

ment ces deux desiderata sont en conflit l'un avec l'autre, et c'est ainsi que dans un cas donné, il est souvent très difficile de décider si nous devons obéir à la première indication par l'administration des purgatifs, ou à la seconde par la prescription des opiacés. En général, d'après nous, la crainte que les purgatifs pourraient être nuisibles en déchirant les adhérences déjà formées, ne doit pas être poussée à l'excès. Dans les cas *récents* de typhlite stercorale commune, qui sont accompagnés d'un certain degré de constipation et de tumeurs stercorales palpables dans la région du cœcum, on osera toujours avec prudence administrer des remèdes déplétifs (huile de ricin, infusion de rhubarbe). Si après quelques cuillerées d'huile de ricin, d'abondantes évacuations se produisent, les douleurs et la fièvre diminuent d'ordinaire rapidement. Veut-on, dans les cas où une sensibilité exquise fait présumer que le péritoine est déjà touché, ne pas user de témérité, on prescrira au lieu de purgatifs, d'abondantes injections d'eau qui ont parfois aussi un bon effet. Il en est de même quand il y a des signes d'*obstruction intestinale*, là aussi de grands lavements répétés coup sur coup trois à quatre fois par jour font espérer les meilleurs résultats.

Si l'inflammation s'est propagée plus avant à l'atmosphère du cœcum et qu'il en est résultée une *pérityphlite*, les déplétifs ne sont plus indiqués, parfois même ils sont nuisibles. Le traitement consiste alors dans l'administration de l'*opium*, 0,03 à 0,06 d'extrait d'opium toutes les heures ou toutes les deux heures d'après la sévérité des cas. En administrant l'opium on calme le plus promptement les souffrances et on restreint l'inflammation. Si, outre la pérityphlite on a lieu de soupçonner la présence d'abondantes matières stercorales et que des signes d'obstruction intestinale se manifestent, le traitement opiacé peut très bien être combiné avec l'administration de grands lavements.

Le **traitement local** de la typhlite et de la pérityphlite est souvent d'une très grande utilité. La plupart du temps une *vessie de glace* appliquée sur la région iléo-cœcale est bien tolérée et a pour effet de diminuer les douleurs. Si la sensibilité est très vive, on peut chez les gens forts recourir avec succès à une *soustraction sanguine locale* (8 à 15 sangsues).

Si on voit se former un *abcès local*, la vessie de glace doit être remplacée par des applications chaudes, des cataplasmes, etc. On ne se donnera pas la peine superflue de combattre la fièvre par la quinine, mais on cherchera autant que possible à maintenir les forces du malade. Si la fluctuation se manifeste au dehors, l'abcès doit être incisé et traité par les moyens antiseptiques. Nous devons pour les détails renvoyer aux traités de chirurgie.