ANOREXIE

Symptômes. — Perte de l'appétit, pouvant exister dans diverses affections gastriques, mais pouvant constituer à elle seule un état morbide, c'est l'*anorexie nerveuse*. Le ou la malade (il s'agit le plus souvent d'une femme) réduit progressivement son alimentation jusqu'au refus systématique de tout aliment. La santé générale peut rester bonne pendant longtemps, mais elle finit par s'altérer : amaigrissement, perte des forces, pâleur, cyanose, hypothermie, cachexie. Les motifs que donnent les malades pour expliquer leur refus de manger sont souvent d'ordre psychique (idées religieuses, coquetterie, sitiophobie). Aussi bien l'anorexie nerveuse est-elle fréquente chez les aliénés, les hystériques ; elle constitue parfois la première manifestation de l'hystérie, chez les jeunes filles de 15 à 20 ans.

Traitement. — Il faut tenir compte de ces conditions étiologiques : isolement rigoureux de la malade. et persuasion ; alimentation par la sonde, hydrothérapie, suggestion.

VOMISSEMENTS

Rejet par la bouche des matières contenues dans l'estomac, survenant par excitation *réflexe* dans : indigestion, gastrite alcoolique, ulcère, cancer, hyperchlorhydrie, coliques hépatiques et néphrétiques, rein mobile, péritonites, helminthiase, occlusion intestinale, grossesse, laryngite tuberculeuse, phtisie pulmonaire, syndrôme de Ménière ; d'origine *centrale* dans : méningites, émotions morales, syncope, migraine, mal de mer, urémie, tumeurs cérébrales, ou cérébelleuses, lésions bulbaires, hystérie, neurasthénie, tabes, certaines intoxications (morphine, nicotine, chloroforme), au début de quelques maladies infectieuses aiguës.

Vomissement nerveux proprement dit, vomissement essentiel. — Il comprend deux variétés :

Le vomissement *périodique* de Leyden, qui procède par accès à début brusque, à récidive quelquefois régulière et dans l'intervalle desquels la santé reste bonne ;

et le vomissement nerveux *chronique*, qui peut déterminer un état d'inanition grave.

Traitement. — Opium, belladone, bromure de potassium, eau chloroformée, éther, cocaïne, alimentation par la sonde. Potion de Rivière. Les vomissements symptomatiques nécessiteront le traitement de la cause.

HÉMATÉMÈSES

Synonymie. — Vomissements de sang.

Symptômes. — Après quelques prodromes : douleur épigastrique, angoisse vague, anorexie, nausées, le sang est violemment rejeté au dehors. Il peut être rouge si l'hémorragie est récente, ou noirâtre, comparable à de la suie délayée ou à du marc de café, s'il a séjourné quelque temps dans l'estomac. Il peut y avoir en même temps melœna. La quantité de sang est variable ; quand elle est considérable, on constate de l'affaiblissement et accélération du pouls, lipothymie, étourdissements, syncope même. Si une certaine quantité de sang passe dans le larynx, il se produit de la toux, pouvant faire croire à une hémoptysie.

Diagnostic. — Avec : vomissements biliaires noirs (examen spectroscopique et microscopique), hémoptysie : dans celle-ci, la toux est plus marquée, précède et suit l'accident; il y a de la fièvre, des signes physiques pulmonaires.

On devra ensuite rechercher si l'hématémèse est due à une hémorragie de l'estomac (gastrorragie), liée à l'ulcère, au cancer ou, plus rarement, à la gastrite, ou bien à un ulcère du duodénum, à la cirrhose du foie, à une épistaxis déglutie, à un anévrysme aortique, à des varices œsophagiennes; à une cause générale, comme dans le scorbut, variole hémorragique, purpura, ictère grave, empoisonnement par le phosphore ; à un traumatisme, à l'hystérie.

Traitement. — Repos le plus absolu ; ingestion de lait glacé par petites quantités, de glace par petits fragments ; boissons acidulées ; opiacés à petites doses, ergotine en potion ou en injection sous-cutanée, injection de sérum artificiel.

XVI. MALADIES DES INTESTINS

ENTÉRITE AIGUE

Symptômes. — Le début est progressif ou brusque et s'annonce par des frissons, de la fièvre, des nausées, des vomissements. La fièvre atteint 39° ou 39°5. Les douleurs abdominales revêtent la forme de coliques ; il existe de la diarrhée, muqueuse ou bilieuse, quelquefois lientérique. L'appétit est aboli, la langue est saburrale. Après une durée de huit à dix jours, la guérison survient. La diarrhée persiste parfois quelque temps.

Formes cliniques. — Entérites infantiles : la fièvre manque souvent ; les selles sont blanchâtres, ou vertes ; l'état général reste assez bon ; le ventre est ballonné, sonore, non douloureux à la palpation ; ténesme anal ; cette entérite peut

passer à l'état chronique ou se terminer par le choléra infantile.

Formes légères (indigestion intestinale) ;

Forme cholérique (selles séreuses, très fréquentes, affaiblissement du pouls, refroidissement des extrémités, symptômes persistant rarement plus d'un jour) ;

Formes dysentérique, typhoïde, convulsive, méningitique.

Diagnostic. — Avec : embarras gastrique, dysenterie, rectite, fièvre typhoïde.

Traitement. — Chez l'adulte. — Diète, ou alimentation légère : œufs, bouillon, lait. Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen. *Contre la diarrhée :*

Salicylate de bismuth 0,60 cent.	Acide lactique . . 10 à 20 gr.
Salol . . . . . 0,40 —	Sirop de sucre . 200 —
5 à 10 cachets par jour.	Eau . . . . 800 —
	Alcoolature de citron . . . . 2 gr.
	M. par demi-verre en dehors des repas.

Opiacés, sous-nitrate de bismuth ; benzo-naphtol.

Contre la soif : limonade lactique (à 2 p. 500), citronnade ; *contre la fièvre* : antipyrine ou bromhydrate de quinine ; *contre l'adynamie* : thé au rhum.

Chez l'enfant. — *Si l'enfant est élevé au biberon*, lait stérilisé ; *s'il est élevé au sein*, régulariser les tétées. Diète hydrique (eau bouillie, eau d'orge ou de son, infusions de tilleul ou de camomille) pendant 24 h. ; sous-nitrate de bismuth 1 à 4 gr., associé au laudanum (une goutte) ou à l'élixir parégorique (X gouttes). Salicylate de bismuth, salol, bétol ; cataplasmes laudanisés. Bains sinapisés.

Contre l'adynamie, injections d'huile camphrée au 10e. Limonade lactique à 2 p. 500.

CHOLÉRA INFANTILE

Synonymie. — Entérite cholériforme, cholérine.

Symptômes. — Début brusque, souvent au cours d'une entérite aiguë, par des vomissements fréquents, séreux, se produisant sans effort, par de la diarrhée : les selles sont rapidement séreuses, incolores, très abondantes. L'état général est grave : langue humide et saburrale, pouls fréquent, petit, misérable, fièvre peu élevée. Bientôt l'algidité s'accuse ; les extrémités se refroidissent, les yeux s'excavent, la température tombe à 37°, 36°. La mort survient dans le collapsus ou dans les convulsions. Il existe une forme lente et une forme suraiguë.

Diagnostic. — Avec : invagination intestinale, choléra asiatique (selles riziformes), gastro-entérite aiguë simple.

Traitement. — Diète absolue, ou seulement : eau stérilisée, eau albumineuse, thé léger additionné de rhum ou d'alcoolat de mélisse, ou lait stérilisé coupé d'eau de Pougues ou de Vals (J. Simon).

Contre la diarrhée. — Laudanum de Sydenham, à la dose de 1 àV gouttes en potion ou en lavement. Elixir parégorique en potion. Azotate d'argent : 1 à 3 centigr. dans 60 gr. d'eau distillée par cuillerée à café toutes les heures. Sous-nitrate de bismuth (2 gr.). Extrait de ratanhia (1 gr.). Lavements d'ipéca ; limonade lactique. Stimulants : Bains sinapisés de 5 minutes à 38 degrés suivis de frictions, boules d'eau chaude, boissons alcooliques (30 à 60 gr. de rhum ou cognac dans du thé chaud), injections d'éther, caféine.

ENTÉRITE TUBERCULEUSE

Symptômes. — Le début est rarement franc ; ordinairement, que la tuberculose intestinale soit primitive, ou qu'elle survienne chez un phtisique, elle se développe insidieusement. La diarrhée est le principal symptôme : les selles sont fluides, grisâtres ou grumeleuses, ou hémorragiques, cette diarrhée est persistante, rebelle au traitement. L'abdomen est souple, déprimé, non douloureux. L'état général s'aggrave : amaigrissement, prostration, sécheresse de la peau, pigmentation de la face, incontinence des matières.

Le pronostic est très grave.

Diagnostic. — Avec entérite simple, cancer intestinal.

Traitement. —Antidiarrhéique (voir *Diarrhée*). Opiacés, toniques, stimulants.

ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Symptômes. — Tantôt ils sont très peu accentués et consistent dans le rejet de selles spéciales, tantôt ils constituent des crises de coliques très douloureuses pendant lesquelles le ventre est ballonné, accompagnées de vomissements, de fièvre pouvant simuler l'occlusion intestinale (vomissements fécaloïdes, faciès grippé, absence de matières et de gaz) ou la fièvre typhoïde. Les selles sont formées de mucus ayant l'apparence de glaires ou de fausses-membranes.

Diagnostic. — Avec dysenterie, invagination, coliques hépatiques, gastralgie, appendicite, étranglement interne.

Traitement. — Pendant une crise : Opiacés, bromures alcalins.

Après les crises : huile de ricin, lavages intestinaux, bétol, naphtol, hydrothérapie, cures à Vichy, Plombières, Carlsbad.

VERS INTESTINAUX

Symptômes. — La présence des vers dans l'intestin peut rester complètement latente, et n'être reconnue que par leur constatation dans les selles. D'autres fois, elle détermine des troubles digestifs ou des troubles nerveux réflexes : anorexie ou au contraire faim insatiable ; douleurs épigastriques ; coliques ; selles glaireuses ; vomissements, prurit anal intense (oxyures), ténesme, démangeaisons périnéales ; insomnie, dilatation et inégalité pupillaires ; sueurs nocturnes, pâleur et bouffissure du visage, convulsions, pseudo-méningite. Parfois pénétrations dans les voies aériennes (*lombrics*).

Variétés. — Les vers intestinaux appartiennent à l'un des deux groupes des *Platodes* (*vers plats* ou *tænias*) et des *Nématodes* (*vers ronds*). Aux premiers appartiennent le tænia solium, le tænia inerme, le botriocephalus latus ; aux seconds, l'ascaris lombricoïde, l'oxyure vermiculaire, l'ankylostome duodénal.

Tænia. — Les anneaux du tænia solium ont un pore génital latéral ; il est alterné, chez le tænia inerme (ou saginata) ; médian, chez le botriocéphale. L'ascaris lombricoïde (20 cent. de longueur), peut être constaté dans les selles ; les œufs sont toujours en très grande quantité.

Oxyures. — 5 mill. de longueur ; ils peuvent généralement être constatés dans les selles ; la recherche des œufs au microscope permettra le diagnostic.

Ankylostome duodénal. — Il détermine une anémie progressive (anémie des mineurs), avec perte rapide des forces, des troubles digestifs constants, anorexie, tendance à manger de la terre (géophagie) ; dans les selles, on ne trouve que les œufs du parasite. L'anémie devra être distinguée de l'anémie cancéreuse, de la chlorose, de l'anémie pernicieuse progressive, de la leucémie.

Traitement. — **Prophylactique.** — Usage d'eau parfaitement pure, à l'abri des infiltrations et des souillures (nématodes), surveillance rigoureuse des viandes de porc et de bœuf (tænias).

Curatif. — **Tænias.** — Prendre à jeûn l'une des préparations :

Extrait éthéré de fougère mâle . . .	0 gr. 50
Calomel	0 gr. 05

Pour 1 capsule n° 16, 2 capsules toutes les 10 minutes.

Kousso	12 à 30 gr.
Eau bouillante .	250 —

Faire infuser, laisser refroidir et prendre en une fois sans avoir passé.

Extrait éthéré de fougère mâle . . .	0 gr. 30
Poudre de kousso .	0 gr. 50
Calomel	0 gr. 05

Pour 1 bol n° 15, prendre 1 bol toutes les 10 minutes dans pain azyme en cachet.

F. s. a.

Sulfate de pelletiérine . .	0 gr. 30 à 0,50
Tanin. . . .	1 gr. à 1,50
Eau distillée . } *ãã*	50 gr.
Sirop simple . }	
Alcoolature de citron	X gttes

Une demi-heure après l'administration d'un de ces tænifuges, donner de l'huile de ricin (15 à 30 gr.) ou de l'eau-de-vie allemande (15 gr.). Le malade s'asseoit ensuite sur un seau rempli d'eau, afin d'éviter de rompre les anneaux. Tant que la tête n'a pas été évacuée, le parasite se reproduit.

Lombrics.

Mousse de Corse .	5 à 15 gr.
Eau bouillante. . .	100 —

Faire infuser, passer, ajouter :

Sirop d'orange, . .	30 gr.

A prendre le matin à jeûn.

Santonine.

Enfants. .	0 gr. 02 à 0,10 gr.
Adultes. .	0 gr. 10 à 0,30 —

Tablettes de santonine (de 1 cgr.) (Codex) 2 à 10 tablettes.

Oxyures. — Pastilles de calomel du Codex (5 centigr.) 1 à 3. Fleur de soufre (0 gr. 75 à 1 gr.) dans du miel. Tablettes de santonine. Onguent gris au pourtour de l'anus.

Ankylostome duodénal. — Extrait éthéré de fougère mâle (voir *tænia*) ; thymol. Traitement de l'anémie (quinquina, ferrugineux, etc.).

HÉMORRAGIES INTESTINALES

Symptômes. — Les prodromes varient suivant l'intensité de l'hémorragie : Ils peuvent être très peu accusés ou bien on observe : Douleurs abdominales, pâleurs soudaines, défaillance, chute de la température, petitesse du pouls, syncope. Le sang rendu par l'anus peut être rouge, ou mélangé aux mucosités, aux matières fécales ; les selles ont alors l'aspect d'une masse noirâtre, visqueuse, comparable à du goudron, ou bien à du marc de café (*melæna*). La quantité de l'hémorragie varie de quelques grammes à un litre ; elle peut être isolée ou répétée, suivant sa cause : plaie pénétrante, hémorroïdes, cancer de l'intestin, fièvre typhoïde, dysenterie, ulcère du duodénum, cirrhose du foie, melæna des nouveau-nés.

Diagnostic. — Avec : Coloration noire des selles par le bismuth, le perchlorure de fer, le ratanhia, hémorragie nasale ou gastrique éliminée par l'intestin

Traitement — Repos absolu au lit. Boissons glacées, glace sur l'abdomen. Opiacés et ergotine.

Eau de Rabel . . .	3 gr.	Ergotine	2 gr.
Sirop thébaïque . .	30 —	Sirop de ratanhia . .	30 —
Eau distillée . . .	120 —	Eau de fl. d'oranger .	10 —
Alcoolature de citron.	XX go.	Eau distillée. . . .	90 —
Prendre par cuillerées à soupe.		F. s. a. par cuillerées à soupe	

CONSTIPATION

Symptômes. — La constipation habituelle, compatible avec un état de santé satisfaisant, se caractérise par la rareté relative des garde-robes; lorsque l'intolérance se montre, par un malaise général, de l'anorexie, de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie, quelques coliques, la langue est blanche, saburrale, il existe des nausées; la palpation de l'abdomen permet de constater de la matité sur le trajet du côlon et une tuméfaction correspondante. Ces symptômes cessent après une débâcle diarrhéique ou de selles dures, noirâtres. Des accidents plus sérieux peuvent survenir : dysurie, cystite du col, névralgie, sciatique, hémorrhoïdes, obstruction intestinale.

Traitement. — Varie suivant que la constipation est un accident secondaire à un état pathologique aigu ou chronique, un accident isolé, ou un phénomène habituel. Dans ce dernier cas, il sera nécessaire d'instituer une hygiène spéciale :

1° **Chez le nourrisson.** — Chaque matin, lavement à l'eau bouillie, ou bien suppositoires de beurre de cacao, sirop de rhubarbe composé : 1 à 4 cuillerées à café ; de temps en temps, huile de ricin (une cuillerée à café), frictions toniques sur le ventre.

2° **Chez l'enfant.** — Régularité des garde-robes, alimentation rafraîchissante : café au lait, miel et beurre; végétaux cuits; compotes de fruits, purées de pruneaux, graine de lin macérée à froid 24 heures dans 4 fois son volume d'eau : avaler l'eau et les graines ensemble, lavement d'eau froide tous les matins, contenant une cuillerée de glycérine ; s'il est nécessaire, recourir aux laxatifs.

3°) **Chez l'adulte.** — Chaque matin, prendre un verre d'eau de Châtel-Guyon (source Gubler) ou d'eau de Carlsbad chauffée au bain-marie, ou un grand verre d'eau d'Evian chaude, additionnée d'une cuillerée à café de crème de tartre. Deux à cinq gouttes de teinture de noix vomique au commencement du repas, ou l'un des cachets suivants :

Magnésie	āā	0,25 centigr.
Bicarbonate de soude .		
Poudre de belladone . .		0,02 —

Tous les 2 ou 3 jours, prendre en se couchant :

Poudre de rhubarbe .	āā	0gr,20 à 0gr,50
— séné . . .		

Pour 1 cachet.

ou une pilule de cascarine, podophylle, évonymine ; ou bien une cuillerée à café de poudre laxative (poudre de Rocher, ou de Vichy) ; n'avoir recours que rarement aux purgatifs salins ; changer de médicaments plutôt que d'accroître les doses. Huile de ricin (2 à 4 gr. le matin, en capsules molles), lavement d'huile d'olives pure, massage de l'intestin, lavements électriques.

DIARRHÉE

Symptômes. — Les selles peuvent varier par leur nombre (3,4 à 100, 150), leur abondance (jusqu'à plusieurs dizaines de litres), leur couleur (verdâtre, jaune, bilieuse, noire, grisâtre, argileuse), leur odeur (nulle ou fétide), leur consistance (boueuse, mousseuse ou absolument aqueuse). Tantôt la diarrhée n'a qu'une importance secondaire au milieu des autres symptômes de l'affection, tantôt elle paraît primitive, comme dans les diarrhées saisonnières (diarrhée catarrhale), dans l'entérite aiguë.

Traitement. — 1° **Diarrhée catarrhale.** — Diète, thé aromatisé de cognac. Magnésie calcinée : 4 gr. et laudanum de Sydenham, X à XX gouttes, à prendre dans un grog léger. Elixir parégorique, X gouttes sur un morceau de sucre, d'heure en heure.

Contre les douleurs abdominales. — Frictions d'huile de camomille camphrée, d'eau de Cologne, cataplasme laudanisé. Lavement avec :

Poudre d'amidon	4 cuillerées à bouche
Laudanum de Sydenham .	XV gouttes.
Eau de guimauve. . . .	*q.s.*

Le lendemain : purgatif salin (sulfate de soude ou de magnésie, 30 gr.), potages au lait, œufs, repos. Benzo-naphtol.

Benzo-naphtol. . . .	āā	0gr,25 centigr.
Salicylate de bismuth .		

Pour 1 cachet.

Ou poudre d'opium brut (1 centigr.), 3 par jour.

2°) **Diarrhée infantile.** — *Forme légère.* — Régler les tétées, surveiller le régime de la nourrice, lait stérilisé, auquel on ajoute 1 cuillerée d'eau de chaux. Phosphate et carbonate de chaux, laudanum de Sydenham I à IV gouttes.

Forme intense. — Diète hydrique absolue : eau bouillie pure ou additionnée de quelques gouttes d'eau-de-vie. Calomel 5 à 20 centigr. suivant l'âge. Acide lactique 25 centigr. d'heure en heure jusqu'à 3 gr. par jour (solution à 2 p. 100) dans le choléra infantile. Même traitement. Lavages de l'estomac à l'eau bouillie, de l'intestin avec l'eau salée à 7 p. 1000. Bains tièdes dans le cas d'hypothermie, frictions stimulantes, sérum artificiel. Lait stérilisé.

3°) **Diarrhée chronique.** — Régime sévère : lait, œufs, viande crue. Calomel 1 à 5 centigr. tous les 2 jours. Eau de Châtel-Guyon chaude tous les matins. Nitrate d'argent en pilules de 1 à 2 centigr. par jour. Lait, ou eau albumineuse aromatisée avec eau de fleurs d'oranger. Phosphate de chaux et salicylate de bismuth *āā* 25 centigr. en cachets, tanin à l'alcool 10 centigr. Diascordium 50 cgr. à 4 gr. par jour. 1 fois par mois purgatif salin.

APPENDICITE

Symptômes. — L'inflammation de l'appendice ne se présente pas toujours avec les mêmes symptômes (fig. 46 à 49). On peut écrire trois types cliniques principaux (A. Guinard).

1° **Appendicite suraiguë par perforation d'emblée.** — En pleine santé, début brusque, soit par une douleur vive dans la fosse iliaque droite, soit par les signes de la péritonite généralisée : douleur diffuse à tout le ventre, contracture et défense des muscles abdominaux, vomissements d'abord bilieux puis fécaloïdes, absence de selles et de gaz, hypothermie, pouls rapide, filiforme, dépressible, traits tirés, extrémités refroidies, anurie. La mort rapide s'observe souvent.

2° **Appendicite subaiguë avec ou sans perforation consécutive.** — Douleur péri-ombilicale et dans la fosse iliaque droite d'intensité variable ; provoquée par la pression au point de Mac Burney (fig. 50), c'est-à-dire sur la ligne tendue de l'ombilic au milieu de l'arcade crurale. A droite du ventre, hyperesthésie de la peau, contracture des muscles et défense de la paroi. Vomissements peu répétés ; constipation opiniâtre ; hyperthermie légère ; pouls rapide. Après un temps variable, apparaissent les signes d'une collection d'étendue et de siège variables, selon le siège de l'appendice : fosse iliaque droite, région péri-ombilicale, petit bassin, fosse iliaque gauche. A ce niveau, matité, empâtement, douleur excessive.

3° **Appendicite chronique ou à rechutes.** — Les *crises* se manifestent par les symptômes de la forme précédente, avec ou sans constatation d'un abcès ; puis les symptômes tombent spontanément ou grâce au traitement médical. Entre les crises, il y a une douleur sourde à droite, spontanée et, à la palpation,

une défense modérée, des troubles intestinaux divers. A intervalles variables, des crises nouvelles reparaissent.

Diagnostic. — Il ne faut pas prendre pour une appendicite les maladies accompagnées de coliques et de vomissements ; les tumeurs de la fosse iliaque droite.

Traitement. — On se comporte différemment selon la variété clinique d'appendicite à laquelle on a affaire.

1° **Péritonite généralisée d'origine appendiculaire.** — Il faut opérer, car le malade abandonné à lui mourra sûrement. Il faut drainer largement le ventre par une incision médiane et si c'est nécessaire, par des incisions latérales. Inutile de laver à grande eau.

Fig. 46. Appendicite catarrhale.

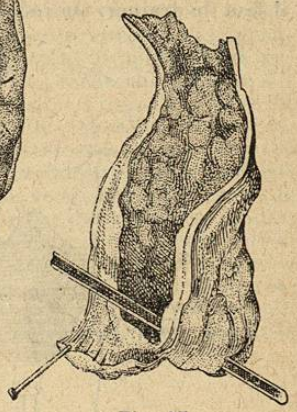

Fig. 47. Appendicite avec perforation.

Si l'appendice est trouvé facilement, ce qui est la règle, jeter une ligature à sa base et l'extirper au thermocautère. Mettre de gros drains dans les incisions. Pansement aseptique. Injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum. Injections de ca-

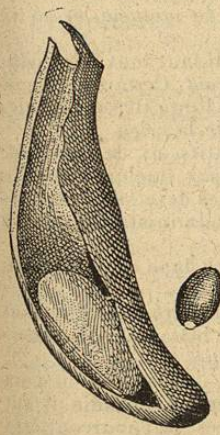

Fig. 48. — Appendicite avec corps étranger.

Fig. 49. — Appendicite avec rétrécissement.

féine, d'éther. Le pronostic est grave, la mort presque constante.

2° **Abcès enkysté d'origine appendiculaire** — Il y a du pus, il faut le drainer. On incise à la partie saillante de la collection, quel que soit son siège et on évacue le pus.

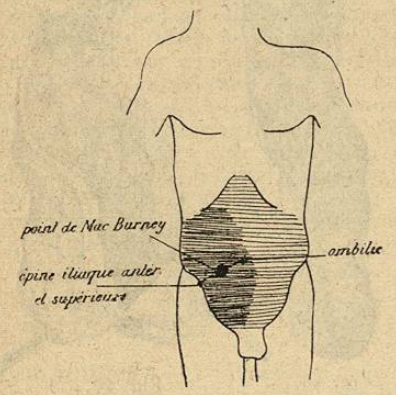

Fig. 50. — Siège de la douleur dans l'appendicite.

Si l'appendice est visible. — L'extirper.

S'il est invisible. — S'abstenir de le rechercher : on risquerait de rompre les adhérences qui limitent la poche et de déterminer une péritonite généralisée. Drainer largement, sans suturer la plaie. Panser.

La suppuration dure un temps variable ; puis se tarit. La guérison peut être définitive par expulsion de l'appendice.

Si une fistule persiste. — On opère de nouveau et on va chercher l'appendice.

3° **Crise d'appendicite au début.** — Il faut tout faire pour *refroidir la crise* et opérer plus tard *à froid* Certains chirurgiens pratiquent l'ablation de l'appendice lorqu'ils sont appelés dans les 24 ou les 36 premières heures de la crise.

Traitement médical. — Pas de purgatifs, ni de vomitifs ; prescrire la diète absolue ou mitigée par quelques gouttes d'eau glacée, les injections sous-cutanées de morphine, l'application large de glace sur le ventre, l'administration de 3 à 10 centigrammes d'opium ;

Si les symptômes s'améliorent, persister dans ce traitement, en se tenant prêt à opérer.

Si l'appendicite ne se refroidit pas, malgré ce traitement prolongé 12 ou 24 heures. — Prendre le bistouri ; aller chercher l'appendice et drainer la fosse iliaque.

4° **Appendicite en dehors des crises**. — Après une ou deux crises d'appendicite, **nettement constatée, et refroidie**, il faut opérer, pour prévenir les crises ultérieures, qui pourront être mortelles. L'appendicectomie **à froid** est d'une innocuité parfaite.

Technique de l'appendicectomie. — Incision : sur la li-

gne médiane rarement ; le long du bord externe du muscle droit (Jalaguier) ; parallèlement à l'arcade de Fallope, à un travers de doigt au-dessus d'elle, moitié en dedans, moitié en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure (Roux) — Le péritoine incisé, chercher l'appendice : recherche facile, si l'appendice n'est pas adhérent (attirer le cœcum, l'appendice est au-dessous de l'abouchement de l'iléon) ; recherche difficile s'il y a un abcès, des adhérences serrées de l'intestin autour du cœcum, de l'appendice à la paroi. Cette recherche peut être laborieuse. — Enlever l'appendice: saisir le méso-appendice avec une pince, le sectionner, lier l'artère appendiculaire au catgut ; lier au catgut l'appendice, au voisinage du cœcum ; le couper avec le thermocautère ; brûler profondément la muqueuse ; l'appendice se réduit à un moignon rôti et stérilisé. On peut rentrer ainsi le cœcum. Certains enfouissent le moignon par quelques points séro-séreux, qui rapprochent les parois du cœcum par dessus lui. Drainer, s'il y a eu un petit abcès, si le péritoine a été souillé. En cas contraire, suturer la paroi sans drainage.

OCCLUSION INTESTINALE

Définition — L'occlusion intestinale est caractérisée par l'ensemble des symptômes qui succèdent à un arrêt du cours des matières fécales.

Symptômes. — Ils se présentent différemment selon qu'on a affaire à une occlusion aiguë ou à une occlusion chronique.

I. **Occlusion aiguë.** — Début brusque en pleine santé ou bien précédé par des troubles digestifs vagues.

La douleur est le phénomène initial, elle est localisée d'abord en un point, puis elle s'étend et se généralise ; elle diminue à la période agonique.

La constipation est opiniâtre ; arrêt absolu des matières et des gaz ; il peut y avoir pourtant quelques matières rendues par l'anus, mais pas de gaz.

Les vomissements, précédés de **nausées**, sont précoces, alimentaires, bilieux, finalement fécaloïdes, ils cessent à la fin.

Le météorisme devient rapidement intense, refoule le diaphragme, gêne la respiration. Ventre douloureux partout ; matité dans les parties déclives quelquefois.

Symptômes généraux. — Hypothermie à 36°-35°,5, pouls petit, dépressible, abdominal, urines rares, quelquefois nulles. Facies péritonéal, langue sèche, soif vive, prostration profonde.

Marche. — Une débâcle peut se produire — La mort plus souvent survient au milieu d'une accalmie de tous les symp-

tômes. La marche est généralement rapide. — D'autres complications peuvent survenir : congestion pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie, abcès du foie, septicémie, etc.

2. Occlusion chronique. — Début insidieux, évolution lente, intensité faible des phénomènes généraux ; les troubles s'accentuent progressivement ou aboutissent à une débâcle. Digestion mauvaise, constipation durant plusieurs jours, météorisme, vomissements ; puis débâcle et diarrhée, céphalée, vertiges, insomnie. Ces troubles peuvent aboutir à l'occlusion complète aiguë.

Diagnostic — Il faut reconnaître l'occlusion et sa cause provocatrice. Rechercher s'il n'existe pas une hernie et examiner tous les orifices par où elles peuvent se produire, régions inguinale, crurale, périnéale, lombaire, ombilicale, ligne blanche, etc. Eviter d'attribuer à une hernie non étranglée les symptômes de l'occlusion.

Les péritonites (avec ou sans perforation intestinale) simulent l'étranglement : mais ici la constipation est moins absolue, les vomissements sont moins fécaloïdes (Duplay), la douleur est plus superficielle, le météorisme est plus accentué (Jalaguier), il y a des signes d'épanchement, la fièvre s'observe quelquefois.

On interrogera le passé gastrique ; on ne négligera jamais le toucher vaginal et rectal

Diagnostic du siège. — Occlusion aiguë dans l'obstruction de l'intestin grêle ; occlusion chronique dans l'obstruction du gros intestin. La douleur du début est localisée au siège du mal. Les vomissements sont d'autant plus précoces que l'occlusion siège plus haut.

Diagnostic de la cause. — Eléments principaux de ce diagnostic : **invagination**, tumeur allongée dans la fosse iliaque droite, chez un enfant ou un vieillard, selles glaireuses, sanguinolentes ; sensation du bout invaginé par le toucher rectal. **Torsion de l'intestin et du mésentère** : absence de vomissements fécaloïdes, ballonnement énorme, ascite rapide (Delbet). Chez un vieillard, penser au cancer.

Traitement. — S'abstenir de purgatifs. On peut essayer, à la rigueur, le lavement électrique au début, mais ne pas s'y attarder ; il fait perdre un temps précieux, il risque de provoquer des déchirures intestinales.

Traitement chirurgical — Il peut seul guérir et soulager.

Indications. — *Occlusion aiguë* — On a un diagnostic ferme ; il faut lever la cause d'étranglement. On n'a pas de diagnostic ferme, mais le malade paraît résistant, pratiquer une laparotomie exploratrice, qui sera curative, si possible, une fois l'agent d'étranglement reconnu. — Si le malade agonise, faire un anus contre nature au-dessus de l'obstacle et remettre à plus tard la levée de l'étranglement.

Occlusion chronique. — Comme il s'agit le plus souvent d'un

cancer, on pratiquera l'anus ou la cure radicale, selon l'état du sujet.

Laparotomie. — Manuel opératoire. — Incision médiane, sous-ombilicale d'abord ; aller droit au cœcum ;

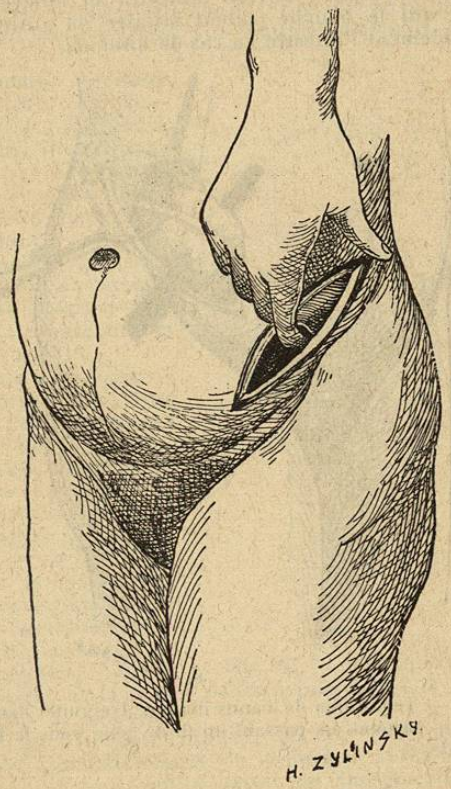

Fig. 51. — Technique de l'anus iliaque. Le doigt soulève le petit oblique en le déchirant.

S'il est vide. — L'obstacle siège au-dessus sur l'intestin grêle ;

S'il est tendu. — L'obstacle siège plus bas. Avec la main aller reconnaître une bride, un volvulus, un étranglement interne ;

Si on ne le trouve pas par cette exploration. — Sortir l'in-

testin, le dévider jusqu'à ce qu'on trouve la cause. La cause reconnue, sectionner les brides; extirper le diverticule de Meckel ; supprimer les coudures, libérer l'intestin pris dans une hernie interne ; faire cheminer les matières fécales qui obstruent l'intestin ; ouvrir l'intestin et enlever le corps étranger qui le bouche (calcul biliaire on autre); tourner convenablement l'intestin en cas de torsion;

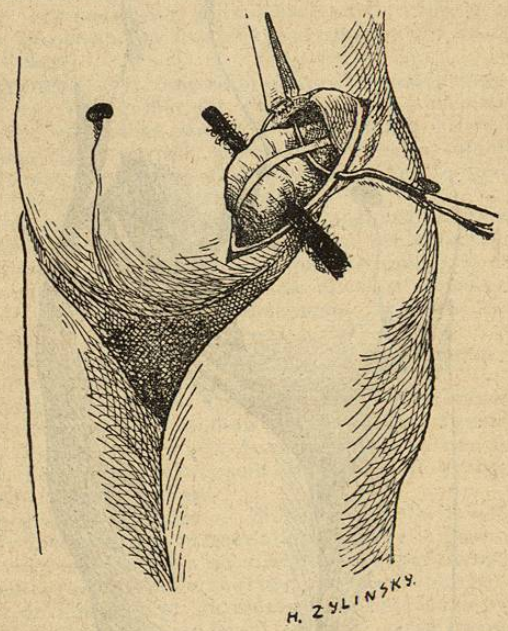

Fig. 52. — Technique de l'anus iliaque. L'aiguille fixe l'intestin au péritoine pariétal en passant un fil de soie sous la bandelette longitudinale.

S'il y a une invagination. — On peut supprimer la tumeur en entier (entérectomie) en suturant les deux anses bout à bout ou latéralement (entérorraphie terminale) ou bien faire une anastomose au-dessus et au-dessous de la tumeur;

En cas de cancer. — On peut faire l'entérectomie avec entéro-anastomose ou faire l'entéro-anastomose au-dessus et au-dessous de la tumeur sans enlever celle-ci.

Si l'intestin est dilaté. — La réintroduction est difficile ; le couvrir d'un champ opératoire chaud dont les bords sont passés sous les lèvres de la plaie, presser ensuite sur la serviette, comme on ferait sur un sac herniaire ; puis enlever la serviette.

Les ponctions capillaires sont une mauvaise pratique, exposant à l'infection ; il vaudrait mieux ouvrir franchement l'intestin hors de la plaie, le vider et le suturer ensuite;

Si le péritoine est éraillé sur l'intestin distendu. — Il faut le suturer.

Entérotomie. — Anus contre nature. — Indications du siège : *si sténose rectale* : fosse iliaque gauche (S iliaque) ;

si sténose colique : fosse iliaque droite (cœcum ou fin de l'iléon).

Inconvénients : Dans les cas de torsion du mésentère, l'anus est fait au-dessous de l'étranglement et il est sans utilité.

Technique opératoire. — Incision parallèle au ligament de Fallope, longue de 6 centimètres, intéressant la peau, les muscles, le péritoine ; attirer l'intestin dans la plaie (fig. 51) ;

Si le temps presse, s'il faut ouvrir de suite. — Faire un premier rang de sutures unissant l'intestin au péritoine pariétal (fig. 52), en surjet ou à points séparés, puis un second surjet unissant l'intestin à la peau (fig. 53) ; sur l'intestin l'aiguille ne doit pas intéresser la muqueuse; immédiatement ou 6 heures après l'opération (Quénu), on pique, avec la pointe du thermocautère, l'intestin entre la double rangée de sutures ; les gaz et les liquides s'échappent, ce qui soulage le malade ; 24 heures après, les adhérences sont suffisantes, on agrandit l'ouverture au thermocautère.

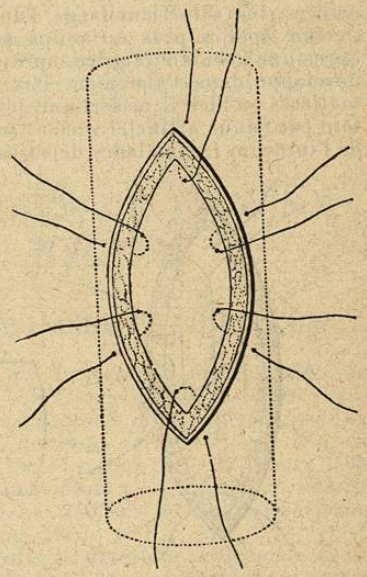

Fig. 53. — Entérotomie, fixation de l'anse intestinale à la paroi.

Si on n'est pas pressé d'ouvrir. — On suture l'intestin par 8 points qui passent dans l'intestin et dans toute l'épaisseur de la paroi ; on panse à plat ; il se fait des adhérences ; au bout de 48 heures, on peut inciser l'intestin.

A cause de l'état précaire des malades, il vaut mieux opérer sans anesthésie générale ; la cocaïne locale suffit.

ANUS CONTRE NATURE
FISTULES INTESTINALES

Symptômes. — Ecoulement de matières et de gaz par un orifice à bords rouges, irrités, ulcérés ; l'intestin a deux orifices, l'un supérieur large, l'autre inférieur étroit, séparés par un éperon plus ou moins saillant ; la fistule survient après une hernie étranglée, après un traumatisme, un abcès développé dans l'abdomen. Par le rectum il sort aussi des matières ou bien il ne sort que des glaires Les matières sortant par l'anus artificiel varient selon son siège sur le cours de l'intestin. Les malades dépérissent, surtout si l'anus siège

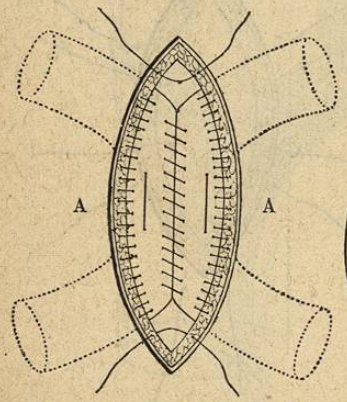

Fig. 54. — Entérorraphie par le procédé Chaput.

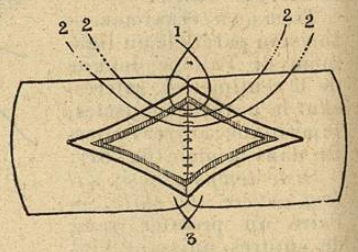

Fig. 55. — 2e temps. — 1. Suture séro-muqueuse ; 2. 3. Suture séro-séreuse (Chaput).

haut sur l'intestin grêle. On observe des engorgements de l'infundibulum ; le prolapsus de l'intestin, surtout du bout supérieur ; le développement de phlegmons dans les parois voisines.

Traitement. — La guérison spontanée est rare, mais possible ; elle s'observe dans les quatre à cinq mois qui suivent la formation de l'anus.

L'emploi de l'entérotome de Dupuytren est un moyen aveugle, non chirurgical, exposant à déterminer le sphacèle de plusieurs anses ensemble.

Entérorraphie latérale. — Elle ne convient qu'aux petites fistules ou aux pertes de substances plus larges portant sur le

gros intestin ; on libère l'intestin de ses adhérences à la paroi et on ferme la perte de substances en suturant ses bords par deux plans de sutures.

Entérectomie et entérorraphie. — Supprimer la portion de l'intestin qui répond à l'anus artificiel et toute la portion voisine d'intestin friable ; arrivé en tissu sain, pratiquer *la suture latérale* (fig. 54) ou *bout à bout* (fig. 55) des deux cylindres intestinaux.

Entéro-anastomose. — On anastomose les deux anses par une suture latérale à quelque distance de la fistule ; le cours des matières est ainsi rétabli et la fistule peut se fermer ; sinon, par une opération complémentaire, on ferme la fistulette, qui persiste, par une entérorraphie latérale.

XVII. MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

MALFORMATIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

Symptômes. — 1° **Il n'y a pas de communication de l'intestin** avec l'extérieur. — 1° L'anus a ses apparences régulières, il est plus ou moins profond et se trouve séparé de l'intestin par une épaisseur de tissus variables. — 2° Il n'y a pas de dépression anale. — Dans les deux cas, symptômes d'occlusion ; ballonnement ; le méconium n'est pas rendu ; vomissements ; refroidissement des extrémités, mort dans les 5 jours qui suivent la naissance (fig. 56).

2° **Abouchement de l'intestin à l'extérieur.** — Il se fait anormalement, en un point quelconque du périnée ; dans la vessie ou l'urètre postérieur, dans le vagin. L'écoulement des matières se fait, mais il y a incontinence par absence du sphincter L'ouverture dans la vessie est l'origine de troubles graves (fig. 57).

3° **Abouchement à l'extérieur.** — Il est normal, mais insuffisant. Il existe des rétrécissements membraneux, un éperon cylindrique. Les troubles varient selon le degré de sténose. Si l'écoulement de matières est suffisant dans le jeune âge, il peut devenir insuffisant à l'âge adulte et causer des accidents d'occlusion (fig. 58).

Traitement. — **Incision cruciale.** — On va à la recherche de l'extrémité de l'intestin (fig. 59).

Proctoplastie (Amussat). — Incision périnéale ; aller à la recherche de l'ampoule intestinale : la mobiliser, l'abaisser ; la fixer aux bords de la plaie périnéale par plusieurs points