

être réveillée par la pression et surtout par la décompression brusque qui suit une pression exercée lentement.

Le ventre est ordinairement de volume normal, parfois plat ou déprimé, très rarement saillant ou ballonné. Les symptômes généraux sont vite caractéristiques.

La peau devient terreuse et sèche, l'amaigrissement survient rapidement; la cachexie augmente avec l'évolution progressive de la diarrhée.

**Formes cliniques.** — Lorsque les ulcérations prédominent dans le cæcum, des symptômes de typhlite apparaissent, qui sont assez particuliers. On trouve une douleur localisée surtout dans la fosse iliaque droite, de la tuméfaction à ce niveau et au début même de la constipation. L'évolution est lente et l'examen du poumon permet de déceler la véritable nature de la maladie.

Dans la *forme dysentérique*, la douleur prend le caractère du ténésme ou de l'épreinte, les évacuations sont fréquentes, peu abondantes, glaireuses, souvent sanguinolentes.

Dans la phtisie aiguë, on observe fréquemment le ballonnement du ventre, la douleur iliaque droite et l'hémorragie intestinale, comme dans la fièvre typhoïde. Girode a observé un cas de cette forme dans lequel le ventre était couvert de taches rosées; le ballonnement, la diarrhée, l'état typhoïde faisant croire à une véritable dothiéntérie.

**Marche, durée, terminaisons, complications.** — 1<sup>o</sup> **Forme primitive.** — Marche continue, progressive: la diarrhée, une fois installée, ne cède plus, et la mort arrive presque sans signes pulmonaires.

2<sup>o</sup> **Forme secondaire.** — Évolution irrégulière; la diarrhée apparaît, puis s'amende pour revenir encore.

Dans les deux cas, lorsque la diarrhée est devenue persistante et a pris le caractère mélénique, elle caractérise l'existence d'ulcérations intestinales, la régression devient impossible et la mort est proche. Le pronostic s'assombrit encore lorsque des hémorragies ou des perforations compliquent la marche de l'affection. D'ailleurs l'hémorragie n'est pas un symptôme commun et s'observe surtout dans la tuberculose intestinale aiguë.

Les perforations se produisent d'une façon insidieuse, sourdement, avec des symptômes locaux insignifiants, à moins que les matières se vident dans un enkystement, et qu'un phlegmon ne vienne s'ouvrir en un point quelconque de la paroi.

Le pronostic est d'autant plus rapidement sombre que les troubles gastro-intestinaux sont plus précoces, plus développés, plus persistants.

**Diagnostic.** — On peut parfois méconnaître la véritable nature des troubles précédents et surtout lorsque la tuberculose intestinale arrive au cours d'une granulie, et que la prédominance des troubles abdominaux donne au malade l'apparence d'un typhique. Il faut pour affirmer la phtisie aiguë se fonder sur la fixité des signes pulmonaires, le caractère gris noirâtre de la diarrhée, l'évolution de la maladie.

Dans la forme chronique, les causes d'erreur sont nombreuses, surtout chez l'adulte.

Il faut écarter les diarrhées chroniques urémiques, cachectiques, nerveuses;

les diarrhées symptomatiques de néoplasmes de l'intestin: cancer, lymphadénome, celles de l'actinomycose.

Il suffit d'un examen attentif du malade et de la connaissance des symptômes mentionnés plus haut pour que le diagnostic exact soit établi.

La constatation dans les selles de bacilles de Koch lèverait enfin tous les doutes, mais la technique sur ce point est encore peu pratique.

**Traitement.** — Hygiène et diététique. — Aliments appropriés; réparateurs sous un petit volume, viandes suffisamment cuites, lait additionné d'eau de chaux. Poudres de viande.

Contre la douleur parfois si vive, l'injection sous-cutanée de morphine est certainement le remède le plus efficace; contre les coliques, on se trouvera bien des lavements laudanisés.

Toutes les préparations opiacées ont été employées contre la diarrhée. L'*élixir parégorique* (1 à 5 grammes) est fréquemment et utilement employé.

Les absorbants doivent être prescrits, seuls ou unis à l'opium.

On emploie surtout le charbon, la craie préparée seule ou associée au phosphate de chaux, le salicylate de bismuth.

Lebert, Leube ont recommandé les lavements au nitrate d'argent à 1 pour 100, au sulfate de zinc.

M. Jaccoud pense que l'on peut obtenir de bons résultats en faisant prendre, dans la diarrhée du début, un ou deux verres d'eau purgative saline.

M. le professeur Hayem a employé avec succès l'acide lactique dans des cas semblables. D'autres auteurs en ont aussi obtenu de bons effets; mais il ne faut pas craindre d'en élever les doses jusqu'à 4 et 8 grammes par jour.

On a aussi employé le képhir.

M. le professeur Debove a employé avec succès la poudre de talc à hautes doses.

On fait prendre aux malades 100 et 200 grammes de poudre de talc mélangée au lait. Très souvent la diarrhée diminue et cesse même après quelques jours de ce traitement. Le tannigène et la tannalbine pourront rendre service.

#### SYPHILIS INTESTINALE

Signalée par Sauvages, Chalmet, la syphilis intestinale a été observée par Müller, Cullerier, Wagner.

On peut voir des lésions intestinales parmi les manifestations héréditaires de la syphilis, ou au cours de la syphilis acquise à ses périodes secondaire et tertiaire.

**Anatomie pathologique.** — 1<sup>o</sup> **Lésions de la syphilis héréditaire.** — Les lésions spécifiques portent surtout sur la partie inférieure de l'intestin grêle. Elles consistent en une infiltration autour des plaques de Peyer et dans ces plaques, ou en des nodules jaunes avec épaissement péritonéal à leur niveau.

Au microscope on voit la prolifération de cellules embryonnaires ayant leur origine dans la tunique externe des artérioles; il y a de la périartérite autour des plaques de Peyer et à leur niveau, de même que dans la sous-muqueuse et

entre les couches musculaires. Il n'y a pas de lésion des veines et des lymphatiques.

Des ulcérations apparaissent au niveau des plaques infiltrées et des nodules. On peut même voir des perforations intestinales *in utero* avec péritonite consécutive.

A ces lésions spécifiques se joignent des lésions banales catarrhales.

Au microscope on trouve dans les nodules les éléments du syphilome. Les gomme siègent plutôt dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Il y a donc, en résumé, dans l'intestin, des lésions apparaissant au 7<sup>e</sup> mois de la vie fœtale et s'accroissant plus tard; ce sont des gomme miliaires de la muqueuse et sous-muqueuse ou de la musculuse et de la séreuse; il y a de la périartérite, de l'endartérite, puis les syphilomes se nécrosent, d'où des ulcérations, quelquefois des perforations.

Les lésions de la période secondaire sont exceptionnelles. Hayem et Tissier ont observé un cas d'allure typhique et dans lequel on trouva des ulcérations du cæcum, du côlon transverse, du côlon ascendant. Les auteurs admirent dans ce cas l'existence d'ulcérations syphilitiques.

Plus fréquentes sont les lésions tertiaires.

Ce sont des gomme miliaires, surtout des plaques de Peyer et des follicules clos, mais qui peuvent exister dans toutes les parties de l'intestin et toutes les tuniques.

Les ulcérations ont des bords épais avec des nodosités caséuses; le fond est épais, scléreux, gris jaune. Les lymphatiques sont noueux (Cornil).

Les artérioles sont atteintes de dégénérescence amyloïde. Les follicules sont souvent aussi frappés de cette dégénérescence.

Les cicatrices sont rares en dehors du rectum. Il en est de même des perforations et des rétrécissements, qui peuvent être dus à la sclérose sous-muqueuse, avec ou sans ulcérations muqueuses. Nous n'insistons pas sur les lésions scléreuses du syphilome anorectal, produit par la cicatrisation de gomme profondes, et dont l'étude est plutôt du ressort de la pathologie externe.

**Symptômes.** — Les symptômes de ces diverses lésions sont assez vagues.

Chez les petits hérédo-syphilitiques il y a la diarrhée qui cède au traitement spécifique. Les hémorragies sont fréquentes.

Chez l'adulte les lésions intestinales tertiaires s'accompagnent aussi de diarrhée rebelle avec ou sans coliques. Les signes peuvent être analogues à ceux de la dysenterie.

Le toucher rectal pourra aider le diagnostic.

**Traitement.** — Chez l'enfant on fera des frictions ou on donnera de la liqueur de Van Swieten.

Chez l'adulte on doit donner l'iodure de potassium à doses croissantes. Le mercure aussi devra être employé, mais avec prudence, pour éviter l'entérite hydrargyrique.

## CHAPITRE III

## TYPHLITE — APPENDICITE

L'histoire de la typhlite a subi, pendant ces dernières années, d'importantes modifications. Tandis que jusqu'en 1888, la typhlite stercorale avec sa conséquence ordinaire, la pérityphlite, occupaient la place unique dans la description des inflammations localisées de la fosse iliaque droite, tandis que l'appendice iléo-cæcal était par tous considéré comme une quantité à peu près négligeable: actuellement, c'est le contraire qui paraît être l'expression exacte de la vérité. La typhlite est peu à peu dépossédée de son rôle en pathologie, au profit des lésions de l'appendice; et si l'on en croyait même de nombreux auteurs, la typhlite ne s'observerait jamais, au moins primitivement. C'est là certainement l'exagération d'un fait vrai; l'appendice a, de toute évidence, un rôle en pathologie, une importance souvent considérable; mais ce fait de la fréquence de l'appendicite ne doit pas faire nier l'existence de la typhlite. Le seul droit que l'on ait, c'est de réduire celle-ci dans son étiologie et dans son importance nosologique.

Des travaux d'ordre différent ont mis en lumière la fréquence de l'appendicite. Les anatomistes, démontrant que le cæcum est complètement entouré par le péritoine, ont fait comprendre les lésions péritonéales consécutives aux altérations appendiculaires.

Les anatomo-pathologistes et les chirurgiens firent remarquer la rareté des lésions cæcales comparées aux lésions appendiculaires.

Suivant Maurin<sup>(1)</sup>, sur 156 cas de suppuration de la région cæcale, 95 fois les lésions sont limitées à l'appendice, 5 fois elles siègent sur le cæcum et l'appendice, 56 fois le cæcum est seulement atteint. Par conséquent, l'appendice serait atteint par rapport au cæcum dans les trois quarts des cas.

Analysant même plus complètement la statistique de Maurin<sup>(2)</sup>, on voit que la lésion localisée du cæcum n'a été en réalité constatée que 16 fois, car dans 20 cas où la guérison est survenue avec ou sans incision, la lésion cæcale fut établie seulement d'après l'examen du malade et sous l'empire des idées régnant alors en pathologie. En sorte que, tout bien considéré, on doit admettre comme démontré que les lésions cæcales sont exceptionnelles comparées aux lésions appendiculaires.

Il faut cependant ajouter que c'est peut-être faire dire aux faits plus qu'ils ne comportent; car, du moment où la guérison est survenue, on n'est pas en droit de mettre ces observations quand même sur le compte de l'appendicite.

Retenons simplement que l'appendicite paraît plus fréquente que la typhlite. Mais une autre déduction vient encore à la suite de tous ces faits, à savoir: que beaucoup de lésions suppuratives aiguës de la fosse iliaque reconnaîtront comme origine première une lésion de l'appendice.

<sup>(1)</sup> Thèse de Paris, 1890.

<sup>(2)</sup> RICARD, *Gaz. des hôpitaux*, 7 février 1891.