

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^e 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⁽¹⁾, 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⁽²⁾, 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.

⁽¹⁾ Thèse de Paris, 1890.

⁽²⁾ RICARD, *Gaz. des hôpitaux*, 7 février 1891.

Matterstock a relevé 152 fois la perforation de l'appendice sur 146 cas de suppuration de la fosse iliaque droite.

L'histoire même de l'appendicite est tout à fait récente. Les premières observations publiées au commencement du siècle par Mestivier, Jadelot, Wegeler, étaient absolument isolées.

Plus tard, le rôle pathologique de l'appendice est vu par Louyer-Villerman (1824), Melier (1827), Bodart (1844), Leudet (1859), Henrot (1865), Duplay (1876). Ces travaux montrent que la péritonite généralisée par perforation de l'appendice peut prendre le masque de l'étranglement interne.

En ces dernières années, les chirurgiens américains commencèrent à intervenir hâtivement dans les inflammations cœcales, et contribuèrent ainsi à affirmer la fréquence de l'appendicite. Parmi eux il faut citer : Fitz, Weiz, Bull, Smith.

En Angleterre, il convient de retenir les noms de Trèves et de West.

En Suisse, ceux de Kraft d'abord, puis de Roux (de Lausanne).

En France, des travaux importants furent consacrés à ce sujet par Nimier, Broca, Pravaz (de Lyon). Vint la thèse de Maurin qui mit excellemment la question au point, enfin il faut citer les études intéressantes de Talamon, de Ricard, Berger, Reclus, Lejars, Richelot, Jégu, Barié, Tuffier, Dreyfus-Brissac. A cette liste déjà longue de travaux, il faut ajouter les importantes études de M. Dieulafoy, qui, soit dans les sociétés savantes (Soc. des Hôpitaux, Académie) soit dans ses cours à la Faculté ou à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, est souvent revenu sur cette question, dont il a étudié la pathogénie et les complications, en particulier les abcès aréolaires du foie. L'appendicite a suscité des travaux expérimentaux de G. de Rouville, Roger et Josué, Baussehat. Nous signalerons enfin deux bonnes monographies, une de Legueu, une de Monod et Vanverts.

1

TYPHLITE STERCORALE

La typhlite vraie existe, et l'on peut affirmer qu'elle n'est pas extrêmement rare. Son existence est démontrée par des observations cliniques et anatomiques indiscutables, et il est impossible de ne pas lui conserver sa place à côté de l'appendicite, dans une étude d'ensemble des phlegmasies cœcales. Il faut seulement en réduire le cadre à des proportions plus étroites.

Étiologie. — La stagnation des matières fécales dans le cæcum, entretenue et favorisée par la constipation, caractérise la typhlite stercorale ou primitive.

La localisation au niveau du cæcum de certaines ulcérations dont le siège habituel est le gros intestin ou l'intestin grêle (tuberculose, dysenterie, cancer) fait la typhlite secondaire.

La typhlite stercorale est plus fréquente chez l'adulte ; elle atteint son maximum de fréquence de 15 à 50 ans. L'homme est plus souvent atteint que la femme (80 p. 100) ; certaines conditions, tirées du régime habituel, de la profession, de la constitution, sont intéressantes et utiles à mentionner.

Les gens qui usent d'une nourriture abondante en même temps qu'ils vivent

d'une vie sédentaire sont particulièrement sujets à la constipation. Or, les matières qui se trouvent spontanément arrêtées dans le cæcum, stagnent facilement et peuvent produire la typhlite par leur accumulation progressive. De plus, la tendance à l'obésité, qui coexiste presque toujours, amenant la surcharge graisseuse de l'intestin, aide encore au processus. La typhlite stercorale naît ainsi ; on a pensé, en outre, que des exercices violents après le repas, permettant aux matières de s'engouffrer dans le cæcum avec quelque violence, y produiraient une sorte de traumatisme, et rapidement les symptômes de l'inflammation cœcale.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la typhlite vraie sont mal connues, étant très rarement observées. On trouve seulement au niveau du cæcum les altérations suivantes : les parois de l'intestin sont parfois épaissies, la muqueuse apparaît rouge et tuméfiée, sans ulcération ni perforation. Ce boursoufflement de la muqueuse paraît être un facteur important dans la genèse des phénomènes d'occlusion qui s'observent parfois pendant le cours de la typhlite.

Si l'inflammation cœcale est plus intense, les lésions sont plus accentuées, et la pérityphlite est alors très fréquente. On peut trouver du pus autour du cæcum, communiquant avec la cavité intestinale, mais le cæcum étant partout revêtu du péritoine, la pérityphlite est avant tout une péritonite, au moins au début. Si l'on trouve un phlegmon sous-péritonéal, il est presque toujours consécutif à une phlegmasie primitivement péritonéale.

En résumé (Jalaguier)⁽¹⁾ : 1^o l'existence de la typhlite vraie n'est pas contestable, et dans la plupart des cas, il s'agit d'une inflammation simple des parois de l'organe, qui retentit toujours plus ou moins sur le péritoine ; 2^o quand il se fait du pus autour du cæcum, il s'agit presque toujours d'une péritonite, mais on ne doit pas oublier que, secondairement, le tissu cellulaire de la fosse iliaque peut être envahi.

Parmi les typhlites secondaires, l'une des plus importantes est la typhlite tuberculeuse. Cette forme anatomique a été surtout étudiée par Blatin, Duguet, Paulier, Girode, Pilliet et Hartmann, récemment Conrath. Lasègue (cité par Hanot) insistait sur ces faits de typhlite à répétition qui finissent par la tuberculisation du cæcum. Dans le cas, cité par Duguet, on trouvait cet organe, rouge, tendu, dilaté, et le péritoine chagriné, tapissé de fausses membranes ; la muqueuse boursoufflée, violacée, ulcérée en partie, était soulevée par une tuméfaction phlegmoneuse. Par suite du gonflement de la valvule de Bauhin, l'embouchure de l'iléon admettait à peine l'introduction du petit doigt. Hartmann et Pilliet ont publié une très curieuse observation de tuberculose cœcale. Cette forme se traduisait cliniquement par des symptômes rappelant ceux du cancer du cæcum. Anatomiquement même, les lésions avaient un aspect tout à fait spécial simulant les altérations du cancer plutôt que celles qui caractérisent la tuberculose. Il n'y avait pas amincissement des parois du canal intestinal, mais au contraire un épaississement très marqué des tuniques. De là formation d'une tumeur évoquant l'idée d'un néoplasme. L'histologie prouva que c'était bien une lésion tuberculeuse. Les follicules tuberculeux étaient rares, et l'infiltration embryonnaire plus marquée, les caractères anatomiques rappelant, en somme, ceux du lupus.

(1) *Traité de chirurgie.*