

observations que je vous ai citées, il semble vraiment que le malade soit d'abord atteint d'une entéro-colite muco-membraneuse. Il y aurait donc dans l'intestin une sorte de catarrhe lithogène, peut-être infectieux, probablement sous la dépendance d'agents microbiens; catarrhe lithogène, dont l'aboutissant serait, beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici, le sable intestinal et les graviers intestinaux. C'est ainsi qu'on retrouve, dans les antécédents pathologiques de ces malades, la fièvre typhoïde, un catarrhe dysentérique, des diarrhées profuses et des constipations opiniâtres. Ainsi envisagée, la lithiase intestinale ne serait autre chose qu'un épiphénomène associé à des lésions purement locales de l'intestin. Cette manière d'envisager la question est parfaitement admissible, et je crois, pour ma part, que bien des cas de lithiase intestinale font en effet partie de cet état particulier de l'intestin bien étudié sous les dénominations de colite chronique et de colite muco-membraneuse, sans autre désignation.

Mais dans d'autres circonstances, on peut, je crois, interpréter différemment les faits, et faire de la lithiase intestinale l'une des manifestations les plus intéressantes de la *diathèse goutteuse* (Mongour, Fontet<sup>1</sup>). Je sais bien que cette manière de voir n'a pas jusqu'ici trouvé grand crédit; la question a été posée, elle n'a pas été résolue. Je vais néanmoins essayer de vous démontrer que la lithiase intestinale est parfois une véritable gravelle de l'intestin, gravelle diathésique, *gravelle goutteuse*, ayant son autonomie et sa signification propre, tout aussi bien que la gravelle du rein, tout aussi bien que le tophus, cette gravelle de la peau. Voici les preuves sur lesquelles je crois pouvoir appuyer mes assertions.

La deuxième observation du mémoire de M. Laboulbène concerne un homme de cinquante et un ans, de constitution arthritique, ayant eu comme témoins multiples de sa diathèse goutteuse, les hémorroïdes, l'asthme et les coliques néphrétiques. A l'âge de quarante ans, cet homme avait été envoyé à Vichy pour sa gravelle phosphatique du rein, et

1. Fontet. Lithiase intestinale. Thèse de Bordeaux, 1896.

c'est plus tard, alors que la gravelle eut disparu des urines, qu'apparurent des accès d'entéralgie. Le malade est tourmenté par une constipation rebelle, « il s'occupe beaucoup de ses déjections qui sont accompagnées de douleurs anales. Il vient surtout demander conseil pour deux petits corps ressemblant à de fins graviers qu'il a trouvés dans le papier de toilette en allant à la garde-robe. Il a rassemblé patiemment une assez grande quantité de ces corpuscules ». Chaque fois que cet homme apportait une petite provision de matière sableuse intestinale, recueillie par lui avec un soin particulier, l'analyse chimique était faite par Méhu. Ces concrétions intestinales étaient formées de matières organiques et de matières minérales, presque exclusivement composées de phosphates de chaux et de magnésie.

Voici un autre cas non moins intéressant. Une dame, d'une cinquantaine d'années, que j'ai vue plusieurs fois en consultation avec M. Charrier, est sujette, depuis plusieurs mois, à des crises abdominales fort douloureuses, qui se terminent tantôt par l'expulsion de calculs biliaires, tantôt par l'expulsion de gros sable intestinal. Ces calculs biliaires et ce sable intestinal, dont je vous présente ici des échantillons, ont été analysés par M. Berlioz; et ce qui est intéressant, c'est que chacune de ces productions diathésiques conserve absolument sa composition autonome, calculs de cholestérine pour la lithiase biliaire, gravelle composée de matières organiques stercorales et de sels de chaux pour la gravelle intestinale. Le frère de cette dame a rendu plusieurs fois des calculs du rein et a même subi l'opération de la lithotritie pour un calcul vésical. Leurs parents sont goutteux, arthritiques et hémorroïdaires.

J'ai observé, avec M. Rénon, le cas suivant : Il s'agit d'un homme de trente-trois ans appartenant à une famille éminemment arthritique, le père et la mère ayant dans leur passé pathologique la migraine, l'eczéma et la lithiase biliaire, les grands-parents ayant été rhumatisants, obèses, diabétiques et goutteux. Le malade en question est sujet à des migraines violentes depuis l'âge de cinq ans. L'eczéma a fait son apparition, il y a peu d'années, aux mains et à la face; cet eczéma,

fort tenace, ne cède à aucun traitement. Une crise hémorroïdaire étant survenue il y a trois ans et ayant duré un mois, les migraines ont complètement disparu pendant cette période. Au mois de juillet dernier, le malade s'aperçut, en allant à la garde-robe, qu'il rendait parfois des mucosités glaireuses semblables à de l'albumine de l'œuf mal cuit. Les selles furent examinées avec soin et on y constata la présence de gravelle intestinale, caractérisée, pour chaque garde-robe, par une quarantaine de petits grains calcaires de la dimension d'un pépin de raisin. Cette émission de *gravelle intestinale* n'était précédée ni accompagnée des douleurs abdominales, qui sont habituellement si fréquentes chez les gens atteints de colite sableuse. Chose essentielle à noter, le malade ne s'était jamais trouvé en si bon état que pendant cette période de gravelle intestinale, il se sentait délivré des petites misères de sa vie, il n'avait plus ni migraines, ni hémorroïdes, ni eczéma. Par contre, les migraines revinrent et l'eczéma reparut avec intensité à la main et aux commissures labiales, six semaines après la disparition totale de la gravelle intestinale.

J'ai observé, au mois de juillet dernier, un fait de lithiase intestinale goutteuse tout aussi probant : Un homme de quarante-huit ans, issu de parents goutteux et ayant eu lui-même presque toutes les manifestations de la diathèse goutteuse, les migraines, les hémorroïdes, l'eczéma, l'asthme, cet homme fut pris, il y a une dizaine d'années, de coliques néphrétiques violentes avec issue de gravelle phosphatique et petites hématuries. Depuis trois ans, les coliques néphrétiques étaient remplacées par une sensation de lourdeur et de tuméfaction du rein gauche, les émissions de sable rénal étaient abondantes et fréquentes. Au mois de juin dernier, survint, tout à coup, la plus violente et la plus longue des coliques néphrétiques que cet homme ait éprouvées. Le rein gauche resta si endolori qu'il semblait à tout instant que de nouvelles coliques néphrétiques allaient éclater. Alors apparut un épisode nouveau : tous les soirs, vers cinq heures ou cinq heures et demie, ce monsieur était pris de tympanisme abdominal au point qu'il était obligé

d'entr'ouvrir son pantalon, son gilet, sa redingote ; il éprouvait en même temps un état de langueur et de malaise, ainsi que des douleurs très vives, débutant habituellement à l'hypocondre droit, et se généralisant très vite à l'épigastre, aux flancs, aux régions lombaires et presque à tout le thorax. Cet état pénible et angoissant durait deux ou trois heures en moyenne et disparaissait dans la soirée sans être suivi de diarrhée ni de débâcles. Souvent aussi, les mêmes crises se reproduisaient dans la nuit ou dans la matinée. Pendant cette période, qui dura cinq semaines, les garde-robes ne furent ni glaireuses ni accompagnées de membranes. Mais elles étaient très peu colorées, fétides, et c'est par l'analyse de ces garde-robes, faite sur ma demande, qu'on découvrit de la gravelle d'origine intestinale. Chose importante à signaler, du jour où la gravelle intestinale apparut, les douleurs du rein gauche cessèrent, le sable urinaire disparut totalement et, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis six mois, le rein gauche est complètement libéré, bien que les crises de gravelle intestinale n'aient pas reparu.

Le D<sup>r</sup> Roussel (de Rouen) m'a conduit, ces temps derniers, une dame d'une cinquantaine d'années, dont voici l'histoire : Cette dame est atteinte, depuis vingt ans, d'accès fort douloureux de colite muco-membraneuse. Elle avait en même temps remarqué qu'elle rendait dans ses garde-robes une quantité de sable et de gravier intestinal dont je vous montre un spécimen, et dont l'analyse a été faite fort obligeamment par M. Berlioz<sup>1</sup>. La preuve qu'il s'agit bien encore, dans ce cas, de lithiase intestinale diathésique, goutteuse, c'est que j'ai appris de la malade que, depuis une trentaine d'années, elle avait eu de terribles coliques néphrétiques avec

1. Eau . . . . .	40 <sup>g</sup> 55
Matières organiques d'origine stercorale . . . . .	81 02
Matières grasses . . . . .	Traces très faibles.
Acide phosphorique . . . . .	4 23
Chaux . . . . .	2 60
Magnésie . . . . .	1 10
Silice . . . . .	0 50
Total . . . . .	100 <sup>g</sup> 00

sable et gravier dans les urines. Elle m'a appris également qu'elle avait eu, depuis dix-huit à vingt ans, plusieurs accès de goutte aiguë durant parfois jusqu'à cinq et six semaines. La souche goutteuse héréditaire est des plus manifestes dans sa famille, car la mère de la malade a été longtemps soignée à Vichy pour des coliques hépatiques, son père a eu des coliques néphrétiques, et la pierre dans la vessie, et son grand-père a souffert, pendant un grand nombre d'années, d'accès de goutte classique. J'ajouterai enfin que la fille de cette dame est elle-même atteinte, depuis quelques mois, de colite muco-membraneuse ; j'ai demandé qu'on recherchât dans ses garde-robes le sable intestinal qu'on y trouvera probablement.

Ces quelques observations démontrent, d'une façon indéniable, les connexions étroites qui existent entre la lithiase intestinale et la diathèse goutteuse ; elles prouvent que la goutte, la lithiase du rein, la lithiase biliaire et la lithiase intestinale, sont autant de manifestations qui peuvent survenir chez le même individu, à différentes époques de sa vie, ou qui existent dans une même famille sous forme de manifestations héréditaires. Chez l'un des malades de M. Laboulbène, la lithiase intestinale est associée à l'arthritisme, aux hémorroïdes, à l'asthme et à la gravelle du rein. Une de mes malades, de race goutteuse, est atteinte de lithiase hépatique et de lithiase intestinale qui alternent ou qui éclatent en même temps. Chez un autre de mes malades, les manifestations arthritiques, les hémorroïdes, l'eczéma, la migraine, disparaissent totalement pendant quelque temps sous l'influence d'une poussée de gravelle intestinale et reparaissent ensuite. Une de mes observations concerne un sujet de race goutteuse, atteint, à différentes époques de son existence, de manifestations goutteuses, migraines, eczéma, asthme, coliques néphrétiques, et pris, à un moment donné, de gravelle intestinale avec disparition complète de la gravelle rénale. La malade de ma dernière observation, issue, elle aussi, de race goutteuse, a eu, à différentes époques de sa vie et pendant une trentaine d'années, la goutte, la gravelle du rein, la gravelle intesti-

nale. M. Marquez a eu l'obligeance de m'écrire pour me faire savoir ce qu'était devenue sa malade : après quelques années, la lithiase intestinale a disparu, et cette femme a été prise alors de lithiase rénale avec coliques néphrétiques, hématuries et émission de graviers phosphatiques.

De tels exemples sont absolument concluants ; dans bien des cas, vous le voyez, l'émission de sable et de graviers intestinaux concorde ou alterne avec les autres manifestations de l'arthritisme ; parfois elle les remplace, et je propose de faire rentrer à l'avenir la lithiase intestinale dans le cadre de la diathèse goutteuse ; elle en fait partie au même titre que les lithiases du rein et du foie, il ne peut y avoir aucune hésitation à ce sujet. Je ne dis pas, bien entendu, que toute lithiase intestinale soit forcément de nature goutteuse. Ici comme ailleurs, qu'il s'agisse de lithiase du foie ou du rein, la lithiase peut être indépendante de la diathèse goutteuse, et chez bien des gens, on ne peut reconstituer la filière des manifestations goutteuses. On voit des malades qui ont des coliques hépatiques ou des coliques néphrétiques, sans qu'il soit possible de retrouver dans leurs antécédents personnels ou héréditaires, telle autre manifestation qui permette d'en faire des arthritiques ou des goutteux. De même pour la lithiase intestinale ; tantôt elle est indépendante de la diathèse goutteuse ; elle survient comme un accident intestinal purement local, sous forme de colite sableuse, associée, ou non, à la colite muco-membraneuse ; tantôt il s'agit d'une *vraie gravelle de l'intestin* avec ou sans catarrhe muco-membraneux, d'origine et de nature essentiellement goutteuse.

L'analyse du sable et des graviers de l'intestin nous montre que ce sable et ces graviers sont surtout formés de sels de chaux et de magnésie, associés en proportions diverses à des matières organiques stercorales. Cette composition phosphatique de la lithiase avait jeté quelques doutes dans l'esprit de M. Mathieu qui se demandait si des concrétions, principalement formées de sels de chaux et de magnésie, pouvaient être considérées comme diathésiques, à l'égal des concrétions du rein, riches en urates, ou à l'égal

des concrétions biliaires, riches en cholestérine. Il me semble que la composition des concrétions, des graviers, ou des calculs, n'a qu'une importance fort secondaire dans le débat actuel, d'abord, parce que les faits cliniques sont là pour affirmer chez certains malades la nature diathésique et goutteuse de la gravelle intestinale, et en second lieu, parce que les exemples ne sont pas rares, de gens manifestement goutteux, atteints de coliques néphrétiques et rendant des graviers du rein, uniquement formés, non pas de concrétions uratiques, mais de concrétions phosphatées. La question me paraît donc jugée : il y a une gravelle intestinale d'origine goutteuse.

Maintenant que nous voilà édifiés sur la pathogénie des différentes variétés de lithiase et de gravelle intestinale, nous pouvons entreprendre une description générale de cette maladie : Il en est de la gravelle intestinale, comme de toutes les gravelles : le passage du corps étranger peut être plus ou moins douloureux, toutefois on s'explique moins bien les douleurs intestinales que les douleurs néphrétiques ou hépatiques, le sable ou les graviers n'ayant pas ici, dans leur pérégrination, à vaincre la résistance d'un canal étroit. Dans quelques cas, on rend du sable intestinal ou des graviers sans même s'en douter ; dans d'autres circonstances, au contraire, la présence de ces corps étrangers sur la muqueuse de l'intestin et leur migration dans l'intestin, alors même qu'elle est facile, provoque des crises douloureuses dont l'intensité peut égaler les violentes douleurs de la colique hépatique ou de l'appendicite. Il n'est pas possible d'assigner un siège précis aux douleurs de la lithiase intestinale. Elles débutent parfois à la région épigastrique, sur le trajet du côlon transverse, parfois elles se localisent de préférence au voisinage du cæcum dans le côlon ascendant, dans d'autres cas enfin, elles ont le maximum d'intensité à la région iliaque gauche sur le trajet du côlon descendant. Il est rare toutefois que les douleurs restent localisées à l'une de ces régions ; le plus souvent, elles se généralisent à une partie de l'abdomen sans qu'il soit possible de leur fixer un lieu d'élection ; j'ai même vu des malades, qui, pen-

dant leurs crises, éprouvaient des douleurs aux régions lombaires, un peu à la façon de coliques néphrétiques, et jusqu'aux régions thoracique et précordiale, un peu à la façon des irradiations de l'angine de poitrine. Ces faits avaient déjà été signalés par M. Potain dans son étude sur la colite.

La crise douloureuse n'éclate pas toujours brusquement ; elle est souvent précédée d'une sensation de langueur, de malaise, de fatigue et de ballonnement du ventre. Je dirai même que le tympanisme abdominal, avec ou sans éructations, est un des symptômes les plus fréquents et les plus accusés. C'est au milieu de ces quelques signes précurseurs qu'éclate la crise douloureuse. Cette crise dure, suivant le cas, quelques heures ou une journée. Il est même des circonstances où les crises se succèdent coup sur coup pendant vingt-quatre ou trente-six heures, formant ainsi une véritable attaque. Je propose de donner à ces douleurs, à ces crises, à ces attaques, le nom de *colique intestinale lithiasique*, qui nous permettra de les différencier des autres coliques ou autres douleurs d'origine abdominale. Cette colique intestinale lithiasique, dont l'intensité, je le répète, est quelquefois assez violente pour arracher au malade des plaintes et des cris de douleur, est souvent suivie de l'expulsion de matières fécales, tantôt dures, tantôt diarrhéiques, auxquelles sont souvent associées des glaires et des membranes. C'est dans ces déjections qu'on retrouve, quand on veut bien l'y rechercher, le corps principal du délit : sable, graviers, calculs.

Les coliques intestinales lithiasiques peuvent se répéter plusieurs jours de suite, elles reviennent volontiers à heure fixe, quelques heures après le repas. Elles reparissent plusieurs fois par mois, plusieurs fois dans l'année. Tel individu, par exemple, aura une série de coliques intestinales lithiasiques qui dureront quelques jours ou quelques semaines, et en sera quitte ensuite pour des années ; tel autre, au contraire, aura de loin en loin une colique intestinale lithiasique durant quelques heures ou une journée, mais se répétant tous les mois, ou plusieurs fois par mois, pendant des années, pendant quinze et vingt ans, comme l'une de

mes malades; pendant quarante ans, comme la malade de M. Oddo. Sans vouloir établir une classification qui me paraît actuellement prématurée, il me semble néanmoins que les coliques intestinales lithiasiques diathésiques, c'est-à-dire associées à la diathèse goutteuse, sont celles qui ont l'évolution la mieux déterminée; on peut les comparer, dans leur marche, aux autres manifestations diathésiques, telles que la lithiase rénale et la lithiase biliaire.

Le *diagnostic* de la lithiase intestinale doit maintenant nous occuper. Je ne m'attarderai pas à diagnostiquer la colique intestinale lithiasique de toutes les douleurs abdominales qui, de près ou de loin, peuvent la simuler (coliques saturnines, douleurs de l'ulcère stomacal ou duodénal), mais il est deux diagnostics qu'il faut serrer de près: le diagnostic avec la colique hépatique et le diagnostic avec l'appendicite.

Je pense, sans pouvoir, bien entendu, l'affirmer, qu'un certain nombre de cas, pris pour des coliques hépatiques sans ictère, ne sont autre chose que des coliques intestinales lithiasiques; on a pu s'en convaincre du reste à la lecture des observations que j'ai citées, où l'erreur de diagnostic a plusieurs fois été commise. Dans les deux cas, en effet, la douleur peut avoir son maximum d'intensité dans une partie du ventre qui répond aux confins du colon ascendant et du colon transverse; dans les deux cas, il peut y avoir vomissement alimentaire ou bilieux. Les irradiations douloureuses, il est vrai, ne se font pas dans le même sens, elles sont plutôt thoraciques et scapulaires au cas de colique hépatique, elles sont plutôt abdominales, au cas de colique intestinale lithiasique. Il est également vrai que le tympanisme est beaucoup plus accusé dans la colique intestinale que dans la colique hépatique, mais, malgré tout, le vrai moyen de diagnostic consiste à examiner, de parti pris, les garde-robes et à y rechercher le sable ou les calculs dont l'analyse chimique révélera l'origine.

Le diagnostic avec l'*appendicite* doit longuement nous occuper. Mais, avant tout, il est une remarque fort impor-

tante à faire, c'est que, à l'encontre de ce qu'on aurait pu supposer, les gens qui, pendant des mois, des années, sont atteints de lithiase intestinale, n'ont pas d'appendicite. Pour si paradoxal que le fait puisse paraître, nous voyons des gens qui ont, pendant dix ans, vingt ans, trente ans, quarante ans, des attaques de coliques intestinales lithiasiques, et chez lesquels on n'a pas constaté une seule fois des accidents appendiculaires. Cette remarque a été faite fort judicieusement par M. Oddo, dont la malade avait depuis plus de quarante ans des débâcles de sable intestinal. J'ai fait la même remarque chez tous les malades que j'ai observés et dont je viens de relater l'histoire pathologique; pas plus chez la fillette de quatre ans et demi que chez le jeune garçon de treize ans, âges, on le sait, auxquels l'appendicite est malheureusement si fréquente; pas plus chez ces jeunes sujets que chez les autres malades ayant depuis des années des débâcles de sable intestinal, je n'ai encore jamais constaté d'accidents appendiculaires. Ceci prouve une fois de plus que les accidents de l'appendicite, quand ils sont associés à la présence de calculs appendiculaires, sont bien dus à des concrétions se formant sur place dans l'appendice et non pas à des concrétions venues de l'intestin.

Je ferai encore une autre remarque, c'est que l'appendicite, calculeuse ou non calculeuse, est bien une lésion spéciale à ce diverticule intestinal; elle n'est pas la suite; elle n'est pas la conséquence, d'une entéro-typhlite, ainsi qu'on semblait l'avancer, il y a peu de temps encore, à la Société de chirurgie, car si l'appendicite n'était vraiment qu'une des localisations d'une entéro-colite, c'est alors que nous devrions la voir éclater dans le cours de ces entéro-colites, muqueuses, glaireuses, membraneuses, qui accompagnent si souvent le processus lithiasique intestinal. Or, pas plus dans le cours des entéro-colites muco-membraneuses que dans le cours de la lithiase intestinale, on ne voit survenir l'appendicite; ou du moins, c'est un fait *tellement exceptionnel*, qu'il n'y faut voir qu'une coïncidence, et non une relation de cause à effet. Je reviendrai sur cette question, avec tous les détails qu'elle comporte, à l'une de nos prochaines séances au sujet

de l'appendicite. Il n'y a pas là seulement une question théorique; il y a une question qui intéresse les malades au plus haut point, car il n'est pas indifférent pour eux de savoir si la colique lithiasique les prédispose ou non à l'appendicite. Ainsi que je vous le dirai à l'une de nos prochaines leçons, ils peuvent se rassurer.

Il est absolument essentiel, on le comprend, de ne pas confondre l'appendicite et la colique intestinale lithiasique, car la colique lithiasique ne présente jamais aucune gravité et ne relève que d'un traitement purement médical, tandis que l'appendicite expose aux plus graves accidents et relève d'un traitement le plus souvent chirurgical. Dans les deux affections, colique lithiasique et appendicite, les douleurs peuvent être assez soudaines dans leur apparition et vives comme intensité; dans quelques cas, que j'ai rapportés au cours de cette étude, la douleur de la colique lithiasique peut avoir son maximum dans les parages de la fosse iliaque; mais qu'on veuille y regarder de près, et on verra que la douleur de l'appendicite est nettement localisée et exaspérée par la pression au point de Mac-Burney, au milieu d'une ligne qui réunit l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure; cette localisation n'existe pas dans la colique lithiasique. De plus, au cas d'appendicite, le plan musculaire abdominal, qui correspond au territoire douloureux, est tendu, douloureux, contracturé, le muscle se défend; *cette défense musculaire* n'existe pas au même titre au cas de colique lithiasique. Au cas d'appendicite, le territoire abdominal cutané, qui correspond à la zone douloureuse sous-jacente, est le siège d'une hyperesthésie caractéristique; cette localisation hyperesthésique n'existe pas au cas de colique lithiasique. L'appendicite détermine une sensation de tension abdominale et de ballonnement, mais le tympanisme abdominal est bien plus précoce, bien plus soudain, bien plus généralisé au début d'une colique lithiasique qu'au début d'une attaque appendiculaire. De plus, je répéterai ce que je disais plus haut, qu'il est absolument exceptionnel de voir survenir des accidents appendiculaires dans le cours de l'entéro-colite sableuse;

je n'ai pas encore constaté une seule fois cette coexistence, aussi, faites pratiquer l'examen des déjections chez un malade, dont le diagnostic présenterait quelque doute, et la présence de membranes, de sable, de gravier, d'origine intestinale, lèverait tous les doutes.

Le *traitement* de la lithiasie intestinale doit comprendre : le traitement de la crise douloureuse et le traitement de l'affection en elle-même. La crise douloureuse pourra être combattue par les injections de morphine, par des pilules d'opium à petites doses, par l'antipyrine, par de grands lavements émollients. Pour traiter l'affection en elle-même, on s'adressera à l'hygiène, à l'alimentation; ici comme chez le goutteux il faudra interdire l'usage des viandes fortes, du gibier, des mets épicés, des boissons alcooliques; comme boisson habituelle aux repas, on conseillera du lait coupé avec l'eau d'Évian. On évitera la constipation au moyen de purgatifs doux, sels de Vichy ou de Carlsbad. On aura recours à différentes cures, telles que les cures de Plombières, de Pougues, de Châtel-Guyon, de Capvern, de Vittel, de Vichy. Il est probable que certaines de ces eaux, Vichy par exemple, sont mieux appropriées aux formes de gravelle intestinale d'origine diathésique.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — Il y a une lithiasie intestinale, comme il y a une lithiasie biliaire et une lithiasie urinaire.
2. — La lithiasie intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs.
3. — Ce sable, ces graviers, ces calculs, sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Matière organique et inorganique sont associées en proportion variable.
4. — La lithiasie intestinale est fréquemment accompagnée d'entéro-colite muco-membraneuse.
5. — Au point de vue de sa pathogénie, la lithiasie intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse; il y a

une gravelle intestinale diathésique, au même titre qu'une gravelle urinaire et biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse, que certains cas de lithiase urinaire ou biliaire.

6. — La lithiase intestinale et l'entéro-colite sableuse peuvent passer complètement inaperçues, elles peuvent ne révéler leur présence que par quelques symptômes légers; mais, souvent, elles donnent lieu à des crises abdominales fort douloureuses dont la durée et l'intensité sont variables.

7. — Ces *coliques intestinales lithiasiques* sont suivies de l'émission de sable, de gravier, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8. — Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite; le diagnostic avec l'appendicite présente un intérêt de premier ordre.

9. — Le pronostic de la colite sableuse et de la lithiase intestinale ne présente aucune gravité; elles n'aboutissent pas à l'appendicite, l'appendicite évoluant pour son propre compte et n'étant ni la suite ni la conséquence des entéro-colites.

## QUINZIÈME LEÇON

### APPENDICITE — PÉRITONITES APPENDICULAIRES

MESSIEURS,

L'appendicite, ainsi que je le disais ailleurs<sup>1</sup>, a pris depuis quelques années une importance de premier ordre. Septicémie péritonéale, péritonite diffuse et généralisée, péritonites partielles et enkystées, abcès aréolaires du foie, abcès à distance, sont autant de méfaits, autant de complications toujours redoutables, parfois terribles, qui sont dus aux lésions et aux infections d'origine appendiculaire, qu'on a l'habitude d'englober sous la dénomination d'appendicite.

S'il est une question d'actualité qui nous passionne tous, médecins et chirurgiens, c'est bien la question de l'appendicite. Vous ne pouvez ouvrir un recueil médical sans y voir figurer l'appendicite; elle est partout à l'ordre du jour; à l'Académie, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de chirurgie, on en discute la pathogénie, le diagnostic et le traitement. Tout récemment, M. Reclus, dont la bienveillante courtoisie vous est connue, voulait bien rappeler que c'est ma communication de l'an dernier à l'Académie qui a été l'ori-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 10 mars 1896.