

que l'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant des entéro-colites; elle est autre chose. Je fondais cette assertion sur des centaines d'observations; mais j'avais bien soin d'ajouter que des exceptions, pour si rares qu'elles fussent, seraient certainement publiées.

M. Reclus¹ nous a fait connaître ces exceptions; il a réuni quelques observations qui prouvent, d'une façon indéniable, qu'un même sujet peut être pris, à différentes époques, d'accidents appendiculaires et d'entérite muco-membraneuse. Mais la question n'est pas de savoir si ces différentes manifestations morbides, appendicite et entéro-colite, peuvent exister chez le même individu; la question est de savoir dans quelles proportions elles peuvent coexister; car si les gens atteints d'entéro-colite étaient fréquemment enclins aux accidents appendiculaires, les entéro-colites, maladies réputées jusqu'ici essentiellement bénignes, auraient à leur actif la perspective de terribles complications. Pour résoudre cette question, qui a un très grand intérêt pratique, et non seulement un intérêt doctrinal, je ne m'en suis pas tenu à mon expérience personnelle, j'ai consulté les travaux qui ont été publiés sur l'entéro-colite membraneuse et sableuse, et j'y ai recherché dans quelle proportion l'appendicite s'y trouve signalée.

M. Comby a consacré un chapitre aux entéro-colites muco-membraneuses dans son récent *Traité des maladies de l'enfance*; mais il faut croire que les rapports de l'appendicite et des entérites sont bien exceptionnels, car M. Comby, dont chacun connaît la compétence en pareille matière, n'y soulève même pas la question des accidents appendiculaires, le mot « appendicite » n'y est même pas prononcé. Dans une communication faite au Congrès de Caen², sur la fréquence de l'entérite membraneuse, M. Charrin parle de la « fréquence inouïe » de cette affection, il en retrace toutes les modalités; mais le mot « appendicite » n'y paraît même pas, tant M. Charrin doit considérer que l'appendicite est chose rare au cours des entéro-

1. Reclus. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, séances des 16 mars et 13 avril.

2. Charrin. *Congrès pour l'avancement des sciences*. Caen, 1894, p. 831.

colites. M. Letcheff¹, dans sa thèse sur la colite muco-membraneuse chez les utérines, rapporte vingt-quatre observations d'entéro-colite muco-membraneuse, recueillies en France et à l'étranger, et dans aucun cas il n'est fait mention d'appendicite ou d'accidents appendiculaires.

M. Potain², dans une leçon remarquable à tous égards sur la colite chronique muco-membraneuse, leçon où les symptômes, les modalités, le diagnostic, les complications de cette affection sont décrits et analysés de main de maître, M. Potain ne fait aucune allusion aux accidents appendiculaires, et cependant il base sa description sur une statistique fort imposante de 103 malades atteints de colite muco-membraneuse. Pour qui connaît le soin et la sagacité avec lesquels M. Potain examine ses malades, le fait de n'avoir jamais rencontré des accidents appendiculaires consécutifs aux entérites chroniques muco-membraneuses n'est-il pas l'appoint le plus considérable que je puisse invoquer en faveur de l'assertion que j'ai émise, que l'appendicite ne doit pas être considérée comme l'aboutissant des entéro-colites? A M. Reclus, qui craignait que ces observations fussent un peu anciennes, M. Potain a répondu: « J'en demande pardon à M. Reclus, les 103 malades dont j'ai parlé ne sont pas des malades d'hôpital; ce sont, pour la plupart, des malades venus à ma consultation, revus et suivis pendant des années. Or, je prie M. Reclus de croire que des accidents graves, tels que ceux décrits autrefois sous le nom de pérityphlite, et aujourd'hui sous le nom d'appendicite, ne m'auraient pas plus échappé jadis, qu'ils ne m'échapperaient aujourd'hui. Je suis tout à fait d'accord avec M. Dieulafoy pour considérer l'appendicite, au cours de l'entéro-colite, non comme la règle, mais comme une rarissime exception³. »

M. Bottentuit, publiant le résultat de ses observations, durant une vingtaine d'années, à Plombières, a vu 460 ma-

1. Letcheff. Entérite muco-membraneuse chez les utérines. *Thèse*, Paris, 1895.

2. Potain. Cliniques de la Charité. *Semaine médicale*, 31 août 1887, p. 341.

3. Potain. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 6 avril 1897.

lades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse. Ces 460 cas se divisent de la façon suivante : 250 cas pour les femmes, 150 cas pour les hommes et 60 cas pour les enfants. J'ai lu avec attention le travail très intéressant de M. Bottentuit, j'en ai causé avec lui, et, sur ces 460 malades atteints d'entérite muco-membraneuse, il m'a affirmé que jamais, à sa connaissance, un seul de ces malades n'avait été atteint d'appendicite; et bon nombre de ces malades ont été revus plusieurs années de suite. Depuis 1892, époque à laquelle M. Bottentuit a publié son travail¹, il a encore vu un grand nombre de malades atteints d'entérite chronique et d'entéro-colite muco-membraneuse, Plombières étant, on le sait, le rendez-vous de prédilection des malades atteints de ce genre d'affection. Pendant cette dernière période de six années, pas un seul cas d'appendicite ne s'est présenté à l'observation de M. Bottentuit.

M. Glénard, que ces questions occupent tout particulièrement, a fait, dans une de ses communications, la déclaration suivante : « Sur les cent derniers cas que j'ai observés de colite glaireuse ou membraneuse et que j'ai analysés à ce point de vue, je n'ai pas trouvé un seul exemple de complication appendiculaire, je n'ai pas souvenir d'en avoir observé auparavant². »

M. Tanche (de Lille) m'a fait connaître les observations de trois personnes de son entourage, qu'il a pu suivre « jour par jour depuis une dizaine d'années ». Ces trois personnes, qui sont âgées de vingt-six ans, de vingt-quatre ans, de vingt ans, font partie d'une même famille dans laquelle règne l'arthritisme. Elles sont sujettes, depuis dix ans, à des crises d'entéro-colite muco-membraneuse, « et aucune des trois n'a eu, depuis cette époque, la moindre atteinte d'appendicite ». Le D^r Chabert (de Bagnères-de-Bigorre) m'a communiqué les observations de trente-six personnes, atteintes de colite muco-membraneuse, et observées par lui depuis une douzaine d'années, « sans que jamais aucune de ces personnes ait pré-

1. Bottentuit. Catarrhal enteritis. *British medical Journal*, 16 avril 1892.

2. Glénard. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 20 avril 1897.

senté le moindre symptôme dénotant l'inflammation de l'appendice ». J'ajouterai que ces observations ont été prises par M. Chabert, avec un soin si méticuleux, qu'en regard de l'observation de chacun des malades, est consigné le nom du médecin qui le lui a adressé.

Dans les nombreuses observations de colite sableuse et de lithiase intestinale, dont je vous ai fait part à l'une de nos dernières leçons, j'ai bien eu soin d'insister sur ce fait, que l'appendicite n'avait été signalée dans aucune des observations. Ces malades avaient, depuis des années, des débâcles de sable intestinal et de membranes, et jamais un seul de ces malades, chose étrange, n'avait présenté ni appendicite aiguë, ni accidents appendiculaires. En consultant mes observations personnelles, je peux réunir une centaine de cas, concernant des malades de tout âge, atteints depuis des mois et des années d'entéro-colite sablo-membraneuse et jamais, jusqu'ici, je n'ai pu constater chez eux un seul cas d'appendicite.

En réunissant les cas que je viens de citer, j'arrive à une statistique qui n'est pas à dédaigner, je pense, puisqu'elle repose sur le chiffre considérable de 800 à 900 observations; un grand nombre des malades qui composent cette statistique ont été vus plusieurs fois et à plusieurs années de distance, et, au dire de tous les observateurs, aucun de ces malades n'a jamais été pris d'appendicite, *j'entends l'appendicite vraie et non la pseudo-appendicite*. Tel est le fait clinique, et pour si étrange, pour si paradoxal que paraisse ce fait, car j'en suis moi-même surpris, il n'en faut pas moins l'admettre, car rien n'est plus brutal qu'un fait¹. Or, si l'appendicite était

1. M. Beaussehat a essayé de démontrer, par des expériences faites sur le lapin, que l'entéro-colite est, chez cet animal en expérience, la cause prédisposante par excellence de l'appendicite. (*Revue de gynécologie*, 1897, p. 306.) Malgré tout l'intérêt que présentent ces expériences, il ne m'est pas possible d'adopter les conclusions de l'auteur. Des lapins sont gavés avec de la viande en pleine putréfaction; il en résulte une inflammation putride plus ou moins généralisée à tout le tractus intestinal, y compris l'appendice, avec diarrhée putride, atrocement fétide, et amaigrissement considérable de l'animal. Ces lapins sont sacrifiés et on trouve des lésions un peu partout, iléon, cæcum, gros intestin, appendice; l'appareil lymphoïde y prend une large part. La

réellement la suite ou l'aboutissant des entéro-colites il serait bien surprenant que, sur une série aussi imposante, on ne l'eût pas observée un grand nombre de fois. M. Hutinel, qui dirige depuis longtemps un service à l'hôpital des Enfants-Assistés, et dont la compétence sur la question qui nous occupe est si légitimement reconnue, M. Hutinel m'a transmis la note suivante que je vous cite presque textuellement : Les entérites muqueuses, muco-sanguinolentes et muco-membraneuses sont loin d'être rares chez les enfants; l'entérite folliculaire à marche subaiguë en est le type le plus net et le mieux caractérisé. Assez fréquentes d'un an à cinq ans, ces entérites durent parfois des mois et des années; elles présentent souvent des poussées aiguës, véritables crises d'infection intestinale, accompagnées de symptômes alarmants, et même d'érythème infectieux, de fièvre, de vomissements alimentaires, muqueux, bilieux, verdâtres, de selles fétides, glaireuses, sanguinolentes, de douleurs abdominales, de douleurs vives, surtout au niveau du côlon descendant, souvent aussi au niveau du cæcum. Tel est l'ensemble des symptômes qui caractérisent ces crises d'entéro-colite. C'est dans le cas où la localisation semble prédominer à la région cæcale, que *l'on peut croire à l'existence d'une appendicite* et proposer l'opération, *alors que l'appendicite n'existe pas.*

M. Hutinel a vu trois enfants, un garçon de douze ans, une fillette de sept ans et un garçon de quatre ans, chez lesquels l'opération fut proposée et qui faillirent être opérés à cause de la localisation de la douleur à la fosse iliaque droite. J'ai vu, dit M. Hutinel, « d'autres enfants et particulièrement une fillette de quatre ans, chez qui l'erreur tenait également à la localisation cæcale de l'entérite, et je ne m'étonne point d'avoir vu des chirurgiens de la plus haute valeur se tromper sur ce point. Ceux qui ont observé des faits de ce genre *ont pu croire à la terminaison de l'entérite par appendicite*; mais peut-être auraient-ils changé d'avis, s'ils avaient

seulè conclusion à tirer de ces expériences, c'est qu'on peut provoquer chez le lapin une infection putride qui retentit sur toutes les parties du tractus intestinal.

suivi la marche ultérieure de la maladie. Pour ma part, ajoute M. Hutinel, *je n'ai pas encore observé d'appendicite au cours de ces entérites*; et pourtant je puis dire que, depuis quelques années, j'en ai vu un nombre considérable et que je les ai suivies assez longtemps pour être édifié sur leur évolution ».

Je n'ai rien à ajouter à des faits aussi suggestifs; Ils prouvent d'abord que la pseudo-appendicite n'est pas toujours si simple à différencier de l'appendicite vraie; ils me confirment ensuite dans cette opinion, que plus d'une fois des pseudo-appendicites sont venues grossir indûment le bilan des soi-disant appendicites consécutives aux entéro-colites. Si j'insiste tout particulièrement sur ce point, c'est que j'ai entre les mains plusieurs travaux, thèses ou mémoires, où il me paraît évident que le diagnostic d'entéro-typhlo-colite, ou de fausse appendicite, devrait être à chaque instant substitué au diagnostic d'appendicite.

Je viens de vous démontrer, chiffres en mains, que les entéro-colites avec sable ou membranes ne sont presque jamais suivies d'appendicite. Pour qui veut bien réfléchir, ce résultat était à prévoir, car les preuves à l'appui surgissent de tous côtés. Certes, s'il est une maladie propice à l'entérite, c'est bien la fièvre typhoïde; l'entérite typhique, ulcéreuse, a justement une prédilection marquée pour la région iléo-cæcale qui touche à l'appendice; or si l'appendicite était, comme on l'a prétendu, la suite d'une entéro-typhlite, elle aurait là une belle occasion de dévoiler sa pathogénie; eh bien, rien n'est plus rare que de voir éclater une appendicite au cours de la fièvre typhoïde. J'ai traité cette question en détail dans une communication à l'Académie de médecine¹.

Après avoir démontré que les entéro-colites n'aboutissent pas à l'appendicite, il me paraît intéressant de faire la contre-épreuve et de voir dans quelle proportion l'appendicite dûment constatée par l'opération est précédée

1. Dieulafoy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 20 octobre 1896, et *Manuel de pathologie interne*, t. IV, p. 128.

d'entéro-colite Je pourrais multiplier le nombre de ces observations en les recueillant un peu de tous les côtés, mais je préfère, pour éviter toute contestation, m'en tenir à ma statistique personnelle comprenant une quarantaine de cas que j'ai recueillis depuis deux ans, époque à laquelle j'ai commencé mes premiers travaux sur l'appendicite. Veuillez m'excuser si je vous en fais la fastidieuse énumération, qui est légitimée, je crois, par l'importance du sujet¹: Vous allez voir que sur une quarantaine de cas concer-

1. En 1895, j'ai eu dans mon service, à l'hôpital Necker, quatre malades atteints d'appendicite, qui ont été opérés par MM. Routier et Ricard. Aucun de ces malades n'avait eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 29 juillet 1895, je voyais, à Paris, un jeune homme de vingt-deux ans, pris, quelques semaines avant, d'une appendicite aiguë; il fut opéré par M. Routier. Il n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. Au mois de décembre 1895, j'étais appelé par M. Planchon auprès d'une dame de soixante-dix ans, atteinte d'appendicite, qui fut opérée par M. Monod. Elle n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 28 novembre 1895, je voyais une dame, âgée de soixante-douze ans, atteinte d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. Elle n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — En décembre 1895, j'ai vu, avec MM. Perier et Pozzi, un jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'appendicite, qui fut opérée plus tard par M. Pozzi. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — En décembre 1895, j'ai vu, avec M. Planet, un malade atteint d'appendicite, qui fut opérée par M. Routier. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 23 juin 1895, j'étais appelé, par M. Landowski, auprès d'un enfant de douze ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. Le petit malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse.

Le 6 janvier 1896, je voyais, avec M. Budin, une jeune femme récemment accouchée, atteinte d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. Elle n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — En avril 1896, j'ai vu, avec M. Charrier, un jeune garçon de dix-huit ans, atteint d'appendicite, qui fut opérée plus tard par M. Quénu. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Au mois d'août 1896, je voyais, avec M. Collet, un enfant de sept ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opéré par M. Pozzi. Cet enfant n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Au mois de mai 1896, j'étais appelé par M. Planchon auprès d'une dame, atteinte d'une appendicite, qui fut opérée par M. Pozzi. Cette malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 20 juin 1896, j'étais mandé, par M. Claisse, auprès d'une fillette de douze ans, atteinte d'une appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. La petite malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 22 août 1896, j'ai vu, avec M. Florand, un enfant de onze ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Gérard-Marchant. Cette enfant n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 2 novembre 1896, j'ai été appelé par M. Larcher, auprès d'un enfant de treize ans, atteinte d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Monod. L'en-

nant des appendicites de toute nature, calculeuses ou oblitérantes, *pas une fois* je n'ai pu retrouver l'entéro-colite dans les antécédents du malade.

La discussion que je viens d'entreprendre, et sur laquelle je me suis peut-être un peu longuement étendu, a un intérêt pratique de premier ordre, et après tant de preuves

fant n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — En juin 1896, j'ai vu, avec MM. Gaume et Routier, un enfant opéré d'appendicite aiguë, qui n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 26 décembre 1896, j'ai eu dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, un homme âgé de trente-huit ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Cazin. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 25 décembre 1896, j'ai vu, dans le service de M. Duplay, un malade, atteint d'appendicite, qui fut opérée par M. Cazin. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse.

En janvier 1897, j'ai vu un jeune garçon, atteint d'appendicite, opérée plus tard par M. Richelot. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 21 janvier 1897, j'étais mandé par MM. Thorel et Routier auprès d'une malade atteinte d'appendicite aiguë. Ce malade fut opéré par M. Routier; il n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 11 mars 1897, je voyais, avec M. Leroux, un enfant atteint d'une appendicite, qui fut opérée par M. Tillaux. Ce petit malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 22 avril 1897, je voyais, avec M. Renon, un jeune enfant de cinq ans, atteint d'appendicite, qui fut opérée par M. Routier. Cet enfant n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 11 avril 1897, je voyais, dans le service de M. Duplay, un jeune homme de vingt et un ans, atteint d'appendicite, qui fut opérée par M. Cazin. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 8 avril 1897, est entré dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, un homme atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Cazin. Cet homme n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 22 avril 1897 j'ai vu, dans le service de M. Duplay, un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Cazin. Ce jeune homme n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 26 avril 1897, j'ai été appelé par le Dr Vermeil auprès d'un malade atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Segond. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — Le 23 mai 1897, j'ai été appelé, par le Dr Leval, auprès d'un jeune garçon de quatorze ans, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. Ce jeune garçon n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. — J'ai été appelé, le 5 avril 1897, par le Dr Colin auprès d'un malade, atteint d'appendicite aiguë, qui fut opérée par M. Routier. Ce malade n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. J'ai vu le 25 février 1897 un jeune garçon qui avait été vu par M. Lalesque et qui fut opéré de son appendicite par M. Routier. Il n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse. Le 10 juin 1897, j'ai été appelé par M. Collin auprès d'un malade atteint d'appendicite qui fut opérée par M. Routier. Il n'avait jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuse.

accumulées, il m'est permis, je pense, d'affirmer que l'appendicite, j'entends, *non pas la pseudo-appendicite*, mais l'appendicite vraie, ne survient que très exceptionnellement, à titre de coexistence rarissime, dans le cours des entérocolites. L'appendice n'est donc pas l'aboutissant des entérocolites; elle est autre chose. La conclusion, c'est que les gens atteints d'entérocolite muco-membraneuse ou sableuse n'ont pas à se préoccuper, plus que d'autres, de l'éventualité parfois si terrible de l'appendicite. *Ils peuvent se rassurer.* Leurs crises intestinales, membraneuses ou lithiasiques, pourront partir de la région iléo-cæcale (colon ascendant), comme de la région épigastrique (colon transverse), comme de la fosse iliaque gauche (colon descendant), mais ils sauront, ou du moins leur médecin saura, qu'il s'agit là d'une des localisations de la colite, maladie sans gravité, et non pas d'une appendicite, affection redoutable au premier chef. En résumé, Messieurs, sachons réduire les choses à leurs vraies proportions, consignons avec soin les exceptions quand elles se présentent, mais gardons-nous de donner à ces exceptions une importance exagérée; elles ne constituent en somme qu'une infime minorité, et pas plus ici qu'ailleurs, *les exceptions ne doivent faire dévier les grandes lignes de la clinique.*

Je termine cette leçon sur la pathogénie de l'appendicite par les conclusions suivantes :

1. — L'appendicite, ou si on préfère, les accidents appendiculaires, sont le résultat de l'oblitération et de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en cavité close.
2. — Cette oblitération peut se faire sur un point quelconque du canal, dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation.
3. — La transformation du canal appendiculaire en cavité close se fait par différents mécanismes isolés ou associés. Parfois l'oblitération du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close sont dues à l'accroissement progressif d'un calcul appendiculaire, qui est plus ou moins dur, suivant que les matières inorganiques (sels de chaux

et de magnésie) s'adjoignent en quantité plus ou moins considérable aux matières organiques et stercorales du calcul. Il s'agit là, non pas d'un calcul venu du cæcum, ainsi qu'on l'avait admis à tort, mais d'une véritable *lithiase appendiculaire* que j'ai comparée à la lithiase rénale ou biliaire.

4. — Dans bien des cas, j'ai pu démontrer la similitude pathogénique de ces trois lithiases, leur coexistence dans une même famille, et l'hérédité possible de l'appendicite calculeuse, que je propose de faire rentrer désormais dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

5. — Dans d'autres circonstances, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'un processus aigu oblitérant comparable à l'obstruction de la trompe d'Eustache au cas d'otite, et à l'oblitération des canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal. Dans d'autres cas, le processus oblitérant est chronique et progressif, il est l'aboutissant d'un rétrécissement fibreux, comparable au rétrécissement du canal de l'urètre.

6. — Enfin, d'autres fois, l'oblitération du canal appendiculaire vient de la flexion, de la coudure, de l'étranglement de l'appendice, par bride, par torsion.

7. — La cavité close appendiculaire peut n'avoir que les très petites proportions d'un segment du canal appendiculaire oblitéré; parfois, au contraire, elle atteint des dimensions plus ou moins considérables, à formes ampullaire, ovoïde, etc.

8. — Les symptômes de l'appendicite, bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence; toutes les expériences le démontrent.

9. — Dans l'appendicite ainsi constituée, s'élabore un foyer infectieux et toxique parfois terrible (microbes et toxines), dont l'agent principal est le coli-bacille.

10. — Les préparations histologiques et bactériologiques montrent la migration des colonies bactériennes à travers les parois de la cavité close, depuis la muqueuse jusque dans

le péritoine, tandis que la migration est nulle dans le segment sus-jacent. Ce fait explique les cas de péritonite appendiculaire, alors même que l'appendice n'est ni gangrené, ni perforé.

11. — La virulence des produits élaborés en cavité close est facile à constater par la culture de bouillonsensemencés avec ces produits et inoculés à des cobayes.

12. — La toxicité des produits élaborés en cavité close m'a été démontrée par les expériences rapportées plus haut. Cette toxicité explique la gravité de certaines appendicites, alors même que la péritonite est peu avancée.

13. — L'appendicite n'est ni la suite, ni l'aboutissant des entéro-colites; elle évolue pour son propre compte. La coexistence, chez le même individu, d'entéro-colite et d'appendicite, est un fait tellement exceptionnel, qu'il mérite de n'être signalé que pour mémoire.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

APPENDICITE. PÉRITONITES APPENDICULAIRES

(Fin.)

MESSIEURS,

La dernière leçon, un peu longue j'en conviens, a été consacrée à la pathogénie de l'appendicite, et j'ai accumulé des preuves de toute nature pour vous démontrer que les accidents appendiculaires et péritonéaux résultent toujours de l'oblitération du canal en un point de son trajet, et de la transformation de la partie sous-jacente en cavité close. A dater de ce moment, l'appendicite est constituée; oui, l'appendicite est constituée, ce qui veut dire que, quel que soit le mode d'oblitération du canal, et pourvu que les microbes emprisonnés en cavité close exaltent suffisamment leur virulence, l'appendice peut s'abcéder, se perforer, se gangréner, ou bien encore les colonies microbiennes peuvent cheminer à travers les parois de l'appendice, et arriver ainsi au péritoine *sans que ces parois présentent la moindre perforation*. Le malade est dès lors sous le coup des accidents multiples, parfois graves, trop souvent redoutables, que nous allons voir se dérouler dans un instant.

Il ne s'ensuit pas toutefois que la transformation du canal appendiculaire en cavité close soit toujours suivie de grands