

Dès 1891, J. Simon émettait l'opinion que l'appendicite est fréquemment précédée de colite glaireuse, opinion confirmée l'année suivante par M. Talamon dans sa monographie sur l'appendicite et la pérityphlite. En 1896 (*Soc. de chirurgie*, 2 décembre) M. Walther constatait que chez 11 de ses malades l'appendicite était survenue au cours d'une entéro-colite plus ou moins ancienne. Il faisait ressortir combien il est parfois difficile au milieu des troubles gastro-intestinaux, de faire exactement le départ de ce qui ressortit d'un côté à l'appendicite, de l'autre à l'entéro-colite. L'appendicite entraîne, en effet, par elle-même des troubles digestifs souvent analogues à ceux qui traduisent l'entéro-colite, et ce n'est que par une observation longtemps prolongée qu'il est possible d'arriver à un diagnostic précis.

A partir de ce moment les observations se multiplient: MM. Jalaguier, Reclus, Beurnier, Mathieu, Siredey, Vorbe, Soupault, etc., confirment la fréquente coïncidence des deux affections. Il est donc acquis que l'appendicite et la colite ont entre elles des relations de cause à effet. Il est également démontré par l'observation que l'appendicite accompagnant la colite présente un type clinique particulier que nous avons décrit plus haut; qu'il s'agit en général d'une appendicite à marche chronique, atténuée dans ses symptômes, à poussées fréquentes, mais peu bruyantes; à forme dramatique exceptionnelle.

Au point de vue doctrinal comme au point de vue pratique, il est fort intéressant de rechercher si cette appendicite de nature spéciale est secondaire à l'entéro-colite ou bien si elle est au contraire primitive. La plupart des médecins se rattachent à la première opinion; pour M. Beurnier « l'appendicite au cours de la colite muco-membraneuse se produit par une propagation à cet organe de l'inflammation du gros intestin, et cela par voisinage, par continuité de tissu ». Cependant on a dû constater que souvent l'ablation de l'appendice a mis un terme à la colite, au bout d'un temps plus ou moins long; M. Bernard a constaté la guérison de la colite chez 8 sujets; pour M. Mathieu, l'ablation de l'appendice améliore la colite...

Pour nous, il n'est pas douteux que l'appendicite ne soit en réalité primitive dans beaucoup de cas où elle a semblé n'être que secondaire, en raison de son début insidieux, de son évolution lente. On a d'ailleurs l'impression que les partisans de la « colite primitive » sont quelque peu embarrassés pour éliminer l'appendicite du tableau qu'ils tracent de la maladie à son début. Ainsi M. Bernard, après avoir rappelé les symptômes attribués à la colite, les troubles gastriques et intestinaux, les douleurs sourdes plus prononcées dans la fosse iliaque droite, s'exprime ainsi: « Nous n'avons guère jusqu'ici que des symptômes de colite, et pourtant l'appendice est déjà atteint », et plus loin, décrivant les crises douloureuses plus intenses, avec quelques nausées, léger état fébrile qui appellent l'attention sur l'appendicite, il écrit: « On arrive à conclure que le plus souvent on a une exagération d'un état qui a existé dès la première apparition de la colite. Il n'y a pas eu d'appendicite au début de l'affection, mais souvent, il y a eu, dès cette époque, un état appendiculaire, une sorte d'appendicite prédisposant à l'appendicite vraie. »

Sans vouloir discuter les termes ambigus de cette phrase, sans vouloir rechercher ce qu'est cet appendicite qui prédispose à l'appendicite, retenons ce fait qu'en réalité certains auteurs sont des plus embarrassés pour faire le départ entre la colite et l'appendicite et qu'ils n'auraient pas grand effort à faire pour adopter l'explication que nous proposons et qui est la suivante: l'appendice peut être, pendant un temps plus ou moins long, le siège d'altérations à évolution très lente, et à signes locaux nuls ou plutôt peu marqués, à retentissement général prédominant au contraire. Cette appendicite, par la voie du sympathique, retentit sur l'intestin et provoque secondairement le spasme, la constipation, l'hypersécrétion muqueuse. Comment expliquer autrement les faits qui nous sont personnels ou publiés par d'autres, de colite disparaissant quelque temps

après l'ablation de l'appendice? Il est vrai que quelques-uns, notamment M. Marfan, M. de Langenhagen, dévient à l'opération toute influence sur la marche de la colite, mais ces résultats négatifs n'infirment pas la valeur des résultats positifs obtenus; dans notre travail nous citons cinq observations d'appendicite primitive, compliquée de colite qui fut guérie par l'intervention. Depuis sa publication, nous avons observé quatre autres cas identiques les uns aux autres. Il s'agissait de femmes nerveuses, atteintes depuis un temps plus ou moins long de constipation intermittente, avec muco-membranes, amaigrissement, pâleur, état neurasthénique. Chez ces différentes malades la constatation d'une douleur provoquée fixe dans la région appendiculaire, de douleurs spontanées à certains moments, notamment au moment des règles, les anamnétiques permettant de faire remonter l'origine à des crises aiguës indubitables, mais légères, le plus souvent apyrétiques, nous détermina à proposer des interventions qui furent suivies de la guérison complète des désordres intestinaux.

M. Soupault (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 4 mars 1904) a fait opérer 21 malades atteints à la fois de colite et d'appendicite. Sur ce nombre 15 ont guéri de leur entéro-colite.

Ce qui rend le diagnostic très malaisé c'est que les malades sont toujours des névropathes et qu'instinctivement on met sur le compte de leur état nerveux les troubles intestinaux; c'est que quelques-unes ont des affections utéro-annexielles qui contribuent également à détourner l'attention.

Tantôt la constipation guérit presque immédiatement après l'intervention; tantôt elle ne s'améliore qu'insensiblement et ne disparaît complètement qu'au bout de plusieurs mois. Dans les cas où l'intervention n'amène pas la guérison, on trouve d'autres lésions capables de créer et d'entretenir l'entérite muco-membraneuse (notamment une salpingite); on conçoit que l'ablation de l'appendice soit alors incapable de donner le résultat qu'on est en droit d'en attendre dans les cas où l'appendicite est seule en jeu (Soupault).

Ajoutons que les malades, tout en guérissant de leur colite, continuent souvent à présenter des troubles nerveux divers, ce qui montre bien le rôle joué par la prédisposition nerveuse et la complexité des facteurs qui contribuent à prendre part au complexus morbide.

Les *hémorroïdes*, les *fissures anales*, affections douloureuses au premier chef, doivent encore être citées parmi les affections intestinales susceptibles de provoquer l'entéro-névrose. Il en est de même du *cancer de l'intestin*.

Parfois on peut attribuer à une *entérite aiguë* l'origine de l'entéro-névrose. Un enfant est atteint d'une entérite aiguë; il guérit, mais à l'entérite succède plus ou moins rapidement la constipation; à celle-ci s'associent successivement les glaires, les douleurs et ainsi se trouve réalisé le tableau de la colite. Ce sont ces formes à début par une entérite, particulières au jeune âge, qui ont fait attribuer à la colite une origine infectieuse dans certains cas. On doit en réalité considérer l'entérite antérieure, comme une cause d'irritation de l'intestin, point de départ de l'entéro-névrose réflexe.

Il nous faut citer maintenant les autres lésions des organes abdominaux, sans omettre le rôle joué par les *brides*, par le reliquat de *péritonites anciennes*. M. Bardet (*Soc. de thérapeutique*, 10 novembre 1897) a relaté l'intéressante observation d'une malade chez qui la colite était provoquée et entretenue par une bride qui avait serré la terminaison de l'iléon contre le rachis. L'intervention amena la disparition rapide des troubles intestinaux.

Nous avons précédemment discuté le rôle de l'entéroptose: il nous faut indiquer celui de l'*hépatoptose*, de la *néphroptose*. Bien qu'à la vérité ces différentes ptoses coïncident habituellement avec l'entéroptose, pour constituer une *splanchnoptose* généralisée, elles peuvent exister isolément. Personnellement nous n'avons observé qu'un cas d'hépatoptose; M. Soupault en cite quatre cas; deux fois le port d'une ceinture