

crise est souvent accompagnée de vomissements, les garde-robes sont abondantes et répétées, et la malade affirme que la quantité de sable rendu dans le cours d'une de ces crises pourrait remplir plusieurs vases. Ce sable, examiné par Robert, a l'aspect de graviers, dont les plus volumineux atteignent la dimension d'une petite lentille. Les concrétions sableuses ont une forme généralement arrondie; elles sont composées de matières organiques stercorales, de sels de chaux et de magnésie. Il est remarquable que, chez cette dame, les débâcles de sable intestinal se firent, pendant une quarantaine d'années, sans glaires, ni membranes. C'est plus tard qu'ont apparu des membranes ayant l'aspect rubané de l'entérocolite muco-membraneuse¹.

Description. — Inutile de multiplier les citations, car c'est par centaines, par milliers, qu'on pourrait citer des cas d'entéro-typhlo-colites. Cette maladie revêt des allures diverses que je vais esquisser dans les exemples suivants :

Il y a une forme chronique de colite qui a pour caractère principal la constipation (colite sèche). Les douleurs sont parfois très vives, apparaissent quelques heures après les repas, tantôt tous les jours, tantôt de loin en loin; elles se localisent de préférence à la région du côlon transverse et donnent la sensation d'une barre douloureuse en haut du ventre. La constipation est si opiniâtre qu'elle peut durer huit jours, quinze jours et au delà. Le sujet se plaint de lourdeur de tête; pour vaincre la constipation qui l'obsède, il fait un usage immodéré de lavements et de purgatifs les plus variés; aux repas il choisit les aliments « les plus rafraîchissants », il est morose, il a la nostalgie de la garde-robe, il en devient hypochondriaque et neurasthénique. C'est dans le cours de cette constipation invétérée qu'apparaissent au milieu de matières dures et marronnées des mucosités sanguinolentes et des membranes qui n'ont ici que la valeur d'un épiphénomène.

Dans une autre variété il ne s'agit pas d'entéro-colite

1. Oddo. Sable intestinal. *Société médicale des hôp.*, 25 juin 1896, p. 539.

sèche, c'est le contraire, il s'agit d'entéro-colite avec diarrhée fréquente, parfois continue. Cette forme est rarement chronique d'emblée, elle est presque toujours précédée d'une phase aiguë ou de poussées subaiguës. Les coliques peuvent ne pas exister et la diarrhée est le symptôme dominant. Cette diarrhée avec ou sans borborygmes survient surtout après les repas, il y a plusieurs garde-robes par vingt-quatre heures. Le caractère des déjections est variable; souvent elles sont bilieuses, jaunâtres, verdâtres et d'une horrible fétidité. Parfois on y constate des mucosités gélatineuses striées de sang et des rubans membraniformes. Quand les selles contiennent des aliments ingérés depuis peu et incomplètement digérés, on dit qu'il y a *lientérie* (laxitas intestinorum; λειος, glissant, έντερον, intestin). Il y a des périodes de rémission et d'exacerbation; mais pour peu que la maladie se prolonge, elle entraîne un état de dépérissement et d'amaigrissement qui n'est pas sans préoccuper et qui fait penser à la tuberculose intestinale.

Chez les enfants, les entéro-typhlo-colites muco-membraneuses et sableuses sont loin d'être rares; j'ai vu, avec Hutinel et Valmont, une fillette de quatre ans et demi qui était atteinte depuis longtemps de colite muco-membraneuse, avec débâcles de sable intestinal. Ce sable, rendu en quantité parfois considérable, fut analysé par Berlioz, qui le trouva composé de matières organiques, de sels de chaux et de magnésie.

L'entérite dite folliculaire à marche subaiguë est le type le plus net et le mieux caractérisé de l'entéro-colite des enfants. Assez fréquentes d'un an à cinq ans, ces entéro-colites, bien étudiées par Hutinel, 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 prédomine à la région cœcale, que, faute d'un bon diagnostic, on peut croire à l'existence d'une appendicite et proposer l'opération, alors que l'appendicite n'existe pas.

L'évolution de l'entéro-typho-colite est variable; tantôt elle fait son apparition sous forme de crises aiguës qui se renouvellent pendant des années, tantôt elle s'installe lentement avec prédominance de diarrhée ou de constipation, avec épisodes fébriles, ou non fébriles, et avec débâcles muco-membraneuses et sableuses. La typho-colite peut être sableuse sans être muco-membraneuse; il est plus fréquent qu'elle soit muco-membraneuse sans être sableuse. Toutefois, cette dernière éventualité est sujette à révision, car rien ne dit que tel malade, qui avait depuis longtemps des glaires et des membranes dans ses déjections, n'ait eu, dès cette époque, du sable intestinal passé inaperçu. En effet, glaires et membranes, par leur forme, par leur coloration, tranchent facilement sur le reste des matières fécales; elles trahissent leur présence bien plus aisément que le sable et les petits graviers qui, eux, sont mélangés d'une façon plus ou moins intime aux déjections au milieu desquelles ils sont facilement méconnus.

Les douleurs des typho-colites n'ont pas de siège précis; suivant le cas, elles dominent au côlon transverse à la façon d'une barre douloureuse; au cœcum (rappelant un peu l'appendicite), à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, 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; j'ai même vu des malades, qui, pendant 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 comme l'angine de poitrine. Ces faits avaient déjà été signalés par Potain dans sa remarquable étude sur la colite.

La crise douloureuse de l'entéro-typho-colite 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 elle persiste vingt-quatre ou trente-six heures. Ces coliques intestinales, dont l'intensité, je le répète, est quelquefois assez violente pour arracher des gémissements au malade, sont souvent suivies de l'expulsion de matières fécales, plus souvent dures que diarrhéiques, auxquelles sont associées des glaires, des membranes et du sable.

Les crises douloureuses peuvent se répéter plusieurs jours de suite, à heure fixe, quelques heures après le repas. Elles reparaissent plusieurs fois par mois, plusieurs fois dans l'année. Tel individu, par exemple, aura une série de crises qui durera quelques jours ou quelques semaines, et en sera quitte ensuite pour longtemps; tel autre, au contraire, aura de loin en loin une crise durant quelques heures ou une journée, 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 (Oddo).

Les entéro-typho-colites sont souvent associées à des troubles gastriques: dilatation de l'estomac, flatulence, perte de l'appétit; il semble même que les troubles gastriques précèdent parfois les troubles intestinaux. Le malade est enclin à des troubles nerveux (hypochondrie, néurasthénie, mélancolie) et à des troubles réflexes bien étudiés par Potain¹. Ces troubles réflexes sont la *dyspnée*, des symptômes d'*insuffisance tricuspidienn*e passagère, des douleurs précordiales, analogues à l'*angine de poitrine*, des vertiges et des

1. Potain, *Clin. méd. Semaine méd.*, 31 août 1887.

tremblements, qui surviennent pendant la digestion intestinale.

Certains malades supportent sans grand dommage leur entéro-colite, ils finissent par guérir. D'autres sont plus sérieusement atteints, ils maigrissent, dépérissent et prennent l'apparence de tuberculeux.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer l'infection intestinale que nous venons d'étudier. Elle est héréditaire, et j'ai vu plusieurs fois l'entéro-colite dans une même famille. On a prétendu que l'entéro-colite est plus fréquente chez les gens qui ont une vie sédentaire et qui se livrent à des travaux intellectuels exagérés; je ne dis pas non. La colite muco-membraneuse est souvent associée aux lésions utérines; on a dit qu'elle tient en pareil cas à la propagation d'une infection génitale à l'intestin. Nous verrons plus loin le rôle qui peut être assigné à l'arthritisme.

Les membranes et le sable qui font partie de cette infection intestinale doivent fixer notre attention. Les *pseudomembranes* rendues avec les déjections sont fragmentées ou réunies en paquet. Elles sont blanchâtres, résistantes, épaisses, *rubanées*, si bien que les malades les prennent pour des vers intestinaux, *pour des fragments de ténia*. Ces matières rubanées peuvent avoir un centimètre de large, et dix quinze centimètres de long, elles sont muqueuses et non fibrineuses; leur constitution est toujours identique; elles sont formées de mucus, de cellules épithéliales cylindriques déformées, de sels, et exceptionnellement de cholestérine.

Le sable intestinal se présente sous différents aspects; le plus souvent c'est un sable jaunâtre ou brunâtre, mélangé aux matières dont il faut le séparer au moyen du lavage et du tamis; parfois ce n'est pas seulement du sable, ce sont de vrais graviers de la dimension d'un pépin de raisin, d'une lentille (obs. Oddo et obs. personnelle); d'un pépin d'orange et d'une petite noisette (Mongour). La composition chimique est toujours identique (Méhu, Berlioz

Richard, Robert). Le sable, les graviers, les calculs intestinaux sont invariablement formés de deux éléments qui entrent en proportion variable dans leur composition: un élément organique de nature stercorale et un élément inorganique représenté par les sels de chaux et de magnésie avec traces de silice et de chlorures. Ils ne contiennent pas de cholestérine comme les calculs et le sable biliaire. Par contre, les calculs biliaires et le sable biliaire ne contiennent jamais de matière organique d'origine stercorale.

On peut dire, par conséquent, sans crainte de se tromper que tout sable, tout gravier, tout calcul, composé en proportions diverses de matières organiques d'origine stercorale et de sels de chaux et de magnésie, rentre dans le cadre de la lithiase intestinale. On pourrait néanmoins trouver des calculs mixtes, contenant à la fois de la cholestérine, des sels de chaux et des matières organiques stercorales; mais, en pareil cas, il s'agirait de sable ou de calculs, ayant pris naissance dans la vésicule biliaire, et s'étant adjoins tard, dans leur migration à travers l'intestin, des matières organiques d'origine stercorale. J'ajouterai, toutefois, que cette lithiase mixte, sable ou gravier, contenant à la fois les éléments de la lithiase biliaire et les éléments de la lithiase intestinale, doit être excessivement rare; je parlerai dans un instant d'une malade chez laquelle les crises de lithiase biliaire et intestinale se combinent ou se succèdent, et cependant calculs biliaires et graviers intestinaux analysés par Berlioz gardent leur autonomie et ne donnent jamais à l'analyse la composition mixte à laquelle je faisais allusion.

Lithiase intestinale. — Dans l'étude que nous venons de faire sur les entéro-typhlo-colites, le sable intestinal joue un rôle un peu effacé; nous l'avons toujours vu associé à la colite muco-membraneuse. On pourrait admettre, en pareil cas, une sorte de catarrhe intestinal infectieux, sous la dépendance d'agents microbiens; catarrhe dont l'aboutissant serait, beaucoup plus souvent qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici, le sable intestinal et les graviers intestinaux (catarrhe