

reuses 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 d'entéro-typhlo-colite. Le tympanisme est beaucoup plus accusé dans l'accès d'entéro-colite 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 les membranes, le sable ou les graviers dont l'analyse chimique révélera l'origine.

Le diagnostic avec l'appendicite nous a longuement occupé au dernier chapitre; je n'y reviens pas. Mais ce qui va m'arrêter c'est la discussion concernant les relations qu'on a voulu voir entre les entéro-colites et l'appendicite.

L'appendicite n'est pas l'aboutissant des entéro-colites. — C'est le moment de discuter une question de pathogénie des plus importantes : les entérites, les typhlo-colites de toute nature ont-elles une influence directe sur la production de l'appendicite; en un mot, l'appendicite est-elle tributaire, ou non, des inflammations, des infections du reste de l'intestin? C'est ce que je vais examiner. Dans une communication à l'Académie de médecine, le 9 mars 1897, et dans la discussion qui a suivi, ainsi que dans mes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, il est un fait que j'ai essayé de bien mettre en relief, c'est que les malades qui ont de l'entéro-typhlo-colite membraneuse ou sableuse (ils sont légion) sont si rarement atteints d'appendicite, que ceci prouve que l'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant des entéro-colites; elle est autre chose. Bien entendu, cette règle n'est pas absolue. Ainsi Reclus¹ et d'autres auteurs ont réuni quelques observations qui prouvent qu'un même sujet peut être pris, à différentes époques, d'entérite muco-membraneuse et d'appendicite. Mais la question n'est pas de savoir si l'entéro-colite et l'appendicite peuvent, de près ou de loin, se succéder chez le même individu; la question est de savoir dans quelles proportions elles peuvent

1. Reclus. *Académie de médecine*, 1897, 16 mars et 13 avril.

coexister ou se succéder; car si les gens atteints d'entéro-colite étaient vraiment menacés d'accidents appendiculaires, les entéro-colites, maladies réputées jusqu'ici fort bénignes, auraient à leur actif la perspective de terribles complications. Pour résoudre cette question, dont l'intérêt pratique est considérable, je ne me suis pas contenté de mes observations personnelles, j'ai consulté les travaux publiés sur l'entéro-colite membraneuse et sableuse, et j'y ai recherché dans quelle proportion l'appendicite s'y trouve signalée.

Comby a consacré un chapitre aux entéro-colites muco-membraneuses dans le *Traité des maladies de l'enfance*; mais il faut croire que les rapports de l'appendicite et des entérites lui ont paru bien exceptionnels, car Comby n'y soulève même pas la question des accidents appendiculaires, le mot « appendicite » n'y est pas prononcé. Letcheff¹ rapporte dans sa thèse 24 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.

Potain², dans une leçon remarquable à tous égards sur la colite chronique muco-membraneuse, 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; aussi a-t-il pu dire, lors de la discussion à l'Académie : « 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. »

Bottentuit⁴, publiant le résultat de ses observations, durant une vingtaine d'années, à Plombières, a vu 460 malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse. Ces 460 cas se divisent de la façon suivante : 250 cas pour les femmes,

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

2. Potain. *Semaine médicale*, 31 août 1887, p. 541.

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

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

150 cas pour les hommes et 60 cas pour les enfants. Sur ces 460 malades, pas un, à sa connaissance, n'a été atteint d'appendicite; et ils ont été revus plusieurs années de suite. J'ajoute, qu'étant donné la quantité de malades atteints d'entéro-colite qui font tous les ans la cure de Plombières, il faudrait là un chirurgien en permanence, si les entéro-colites conduisaient vraiment à l'appendicite.

Glénard a fait la déclaration suivante : « Sur les cent derniers cas que j'ai observés de colite glaireuse ou membraneuse, je n'ai pas trouvé un seul exemple de complication appendiculaire, je n'ai pas souvenir d'en avoir observé auparavant¹. » Tanche (de Lille) m'a fait connaître les observations de trois personnes, sujettes, depuis dix ans, à des crises d'entéro-colite muco-membraneuse, « aucune des trois n'a eu la moindre atteinte d'appendicite ». Chabert (de Bagnères-de-Bigorre) m'a communiqué les observations de trente-six personnes atteintes de colite muco-membraneuse, depuis une douzaine d'années, « sans que jamais aucune ait présenté le moindre symptôme dénotant l'infection de l'appendice ».

Langenhagen, dans l'article qu'il a consacré à l'entéro-colite muco-membraneuse², arrive aux conclusions suivantes : « Pour résumer le débat, je ne puis mieux faire que de reproduire les conclusions de Dieulafoy, dont les idées sont admises par Potain, Duguet, Hutinel, Glénard, Berger, Hirtz, Hudelo, etc. » L'appendicite, j'entends non pas la pseudo-appendicite (crises douloureuses à localisation iléo-cæcale), mais l'appendicite vraie, vérifiée par l'opération, ne survient que très rarement et à titre tout à fait exceptionnel dans le cours des entéro-colites; il ne nous est donc pas permis, jusqu'à plus ample informé, de considérer l'appendicite comme la suite ou l'aboutissant des entéro-colites. » Ewald (de Berlin) est du même avis; il n'y a pour lui aucune relation entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse³.

1. Glénard. *Académie de médecine*, séance du 20 avril 1897.

2. De Langenhagen. *La semaine médicale*, 1898, p. 1.

3. Ewald, *Congrès de médecine de Paris*, 1900.

Depuis plusieurs années j'ai vu, j'ai revu, j'ai suivi de près plus de 150 malades atteints des diverses formes de l'entéro-typhlo-colite; deux seulement ont été après plusieurs années atteints 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 c'est à peine si l'on signale quelques rarissimes cas d'appendicite; entendons-nous bien, je ne parle pas de la pseudo-appendicite. Tel est le fait clinique, et pour si étrange, pour si paradoxal qu'il paraisse (car j'en suis moi-même surpris), il n'en faut pas moins l'admettre, car rien n'est plus brutal qu'un fait. Or, si l'appendicite était réellement la suite ou l'aboutissant des entéro-colites, il serait bien surprenant que, sur des séries aussi imposantes, on ne l'eût pas observée un grand nombre de fois. Pour qui veut réfléchir, ce résultat était à prévoir. En effet, s'il est une maladie propice à l'entérite et aux ulcérations intestinales, c'est bien la fièvre typhoïde; les lésions typhiques ont justement une prédilection marquée pour la région iléo-cæcale, laquelle confine à l'appendice; or, si l'appendicite était souvent, 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; pas une fois sur cent! Même remarque pour l'entéro-typhlite tuberculeuse ainsi qu'on le verra à l'un des chapitres suivants.

Après avoir démontré que les entéro-typhlo-colites ne provoquent pas l'appendicite, il est intéressant de faire la contre-épreuve. Dans quelle proportion l'appendicite *dûment constatée par l'opération* est-elle précédée d'entéro-colite? En consultant ma statistique personnelle qui comprend plus de deux cents cas d'appendicites que j'ai fait opérer, je ne trouve que quatre malades ayant eu antérieurement des symptômes d'entéro-colite, j'y ai déjà fait allusion plus haut.

D'où vient donc alors que quelques auteurs aient si facilement admis que les entéro-colites peuvent conduire tout naturellement à l'appendicite? Cela vient, d'abord, des idées erronées qu'on s'était faites sur la pathogénie de l'appendicite; cela vient ensuite, ayons la franchise de le dire, de diagnostics un peu... insuffisants qui voient l'appendicite là où il n'y en a pas, et là où il n'y a que des pseudo-appendicites, des typhlo-colites. J'ai discuté cette partie du diagnostic au chapitre de l'appendicite.

De la discussion que je viens d'entreprendre ressort un intérêt pratique de premier ordre, et après tant de preuves accumulées, il m'est permis, je pense, de reprendre ma phrase : « L'appendicite (*non pas la pseudo-appendicite*), mais l'appendicite vraie ne survient qu'à titre tout à fait exceptionnel, dans le cours des entéro-colites. » La conclusion, c'est que les gens atteints d'entéro-typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse n'ont pas à redouter, plus que d'autres, 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 (cæcum et côlon ascendant), de la région épigastrique (côlon transverse), de la fosse iliaque gauche (côlon descendant), mais ils sauront, ou du moins leur médecin saura (A LA CONDITION QUE LE DIAGNOSTIC SOIT BIEN FAIT), qu'il s'agit là de localisations d'entéro-typhlo-colite, maladie sans gravité, et non pas d'appendicite, affection redoutable au premier chef. En résumé, 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 minorité, et, pas plus ici qu'ailleurs, *les exceptions ne doivent faire dévier les grandes lignes de la clinique.*

Traitement des entéro-typhlo-colites. — On a beaucoup écrit sur le traitement des entéro-colites; en voici les traits les plus saillants.

Régime alimentaire. — Lait, laitages, farinages, œufs,

soupes, légumes farineux en purée, peu de légumes verts peu de pain, peu de viande, pas de vin, pas de charcuterie, pas de gibier, pas d'aliments acides, pas d'aliments gras.

Médication pour les formes diarrhéiques. — Si le lait est mal toléré, on lui adjoint la préparation suivante : Eau de chaux, 200 grammes; chlorhydrate de cocaïne, 2 centigrammes; chlorhydrate de morphine, 1 centigramme; à prendre cinq grandes cuillerées par jour (une par tasse de lait). Dans certains cas, la viande crue peut être associée au régime lacté ou le remplacer. Les purgatifs salins à très petite dose, 5 grammes de sulfate de soude tous les matins, donnent de bons résultats. On a préconisé le bismuth, la craie préparée, le talc pur (Debove); les opiacés, les astringents, le nitrate d'argent, soit en pilules, à la dose de 5 centigrammes par jour, soit en lavements. J'ai constaté l'efficacité de l'ipéca à petites doses; je donne tous les jours quatre ou cinq pilules contenant chacune 3 centigrammes d'ipéca et un demi-centigramme d'opium.

Médication pour les constipations opiniâtres. — Huile de ricin, 5 à 10 grammes plusieurs fois par semaine; 40 centigrammes de rhubarbe avant chaque repas; cascarrine ou poudre laxative de Vichy avant de se coucher; crème de tartre, soufre et magnésie; petits lavements glycéринés huileux ou savonneux.

Médication pour les douleurs. — Antipyrine, pilules d'opium de un centigramme, cuillerée à café de sirop de codéine, petites injections de morphine, compresses échauffantes sur le ventre.

Médication locale. — Grands lavements (un litre à deux litres) d'eau à 40 degrés (Mathieu¹). Lavements d'infusion de mauve et de guimauve; se méfier des lavements médicamenteux; porter une ceinture pour éviter l'entéroptose (Glénard).

Traitement hydrominéral. — Cures de Pougues, de Châtel-Guyon et surtout de Plombières.

1. Congrès de Paris, 1900. — Boas, Congrès de Paris, 1900.