

dont les chiffres comparés aux résultats de l'opération faite à chaud frappent au premier abord l'imagination des médecins et du public. *Mais ce n'est là qu'un trompe-l'œil*, car ces statistiques sont en réalité mal faites, mal interprétées, elles vous induisent en erreur. Plaçons la question sur son véritable terrain et voyons ce qu'il faut penser des préceptes d'après lesquels l'opération, au cas d'appendicite aiguë « chaude », doit être différée, de parti pris, jusqu'à ce que l'appendicite soit refroidie, c'est-à-dire jusqu'à disparition complète de la phase fébrile et douloureuse, ce qui peut durer des semaines.

D'abord, les succès de l'opération faite à froid n'ont rien qui doive nous surprendre, c'est le contraire qui nous surprendrait. Opérer à froid, c'est opérer un malade déjà guéri ou presque guéri; la phase aiguë et redoutable de l'appendicite est passée, l'économie plus ou moins infectée et intoxiquée est néanmoins sortie victorieuse de la lutte, et c'est quand la bataille est finie, c'est quand le péril est conjuré que l'opération à froid vient enlever les reliquats de la bataille. Gardons-nous d'attribuer à cette intervention tardive les honneurs de la guérison; l'opérateur à froid éteint un foyer qui ne brûle plus; il fait œuvre utile, néanmoins, et il sauvegarde l'avenir, mais ne donnons pas aux statistiques que comportent ces cas une importance qu'elles n'ont pas.

Elles doivent être d'autant plus modestes, ces statistiques, qu'il importerait avant tout qu'on nous fit connaître le nombre des victimes qui ont succombé à l'appendicite aiguë pendant la phase dite « chaude », avant d'avoir atteint la phase bienheureuse d'appendicite refroidie où l'on devait les opérer et les guérir.

Car enfin, en attendant ce refroidissement qu'on leur impose, bon nombre de malades atteints d'appendicite aiguë succombent en pleine phase « chaude »; et le grand reproche que j'adresse aux statistiques auxquelles je viens de faire allusion, c'est de ne tenir compte que de l'acte opératoire, sans faire entrer en ligne les décès qui sont survenus parce

que, de parti pris on a différé l'opération. Or, sachez que sur quarante malades atteints d'appendicite aiguë, fébrile « chaude », une dizaine en moyenne succombent, infectés et intoxiqués, dans l'attente du « refroidissement obligatoire », mais la statistique qui ne vise que l'acte opératoire, à froid, se garde bien de faire mention de ces décès qui cependant sont imputables à la doctrine dont elle émane, et en cela ladite statistique fausse tout, et ses conclusions et notre jugement et le jugement du public. J'ai été, depuis quelques années, mêlé de très près à cette question de l'appendicite, j'ai pu juger la question au point de vue médical et chirurgical, j'ai été mis au courant de bien des choses, et je déclare qu'en face des catastrophes dont j'ai été le témoin, ou le confident, je ne consentirai jamais à souscrire à l'échéance véreuse de l'appendicite refroidie.

Ceux qui glorifient les statistiques des opérations « à froid » (glorification bien imméritée) ne manquent pas de faire ressortir l'infériorité des statistiques concernant les opérations « à chaud ». Mais, ici encore, dans ces statistiques telles qu'on nous les présente, on nous met en face d'un trompe-l'œil, il s'agit de statistiques mal faites, mal interprétées et qui induisent en erreur. En effet, dans ces statistiques d'opération à chaud, on englobe, sans distinction, des opérations pratiquées à n'importe quel moment de la phase dite chaude. Aucune de ces statistiques ne prend la peine de nous dire si l'opération à chaud a été pratiquée le premier jour de l'appendicite, ou le second jour, ou le troisième jour, ou le quatrième jour, ou le cinquième jour, ou le sixième jour, ou le septième jour, ou même plus tard. Ces renseignements précis qui auraient la plus grande valeur sont habituellement passés sous silence. On ne nous dit qu'une chose, c'est que le malade a été opéré « à chaud », et l'on en tire en bloc une statistique qui est forcément erronée parce que cette statistique omet la chose capitale, savoir à quel jour l'opération a été pratiquée. Or toute la question est là.

Telle appendicite, qui se fût sûrement terminée par la

guérison si le malade avait été opéré à temps, peut se terminer par la mort si l'opération a été différée jusqu'au troisième jour et à plus forte raison jusqu'au quatrième, cinquième, sixième, septième jour et au delà. Si l'appendicite est opérée trop tardivement pendant la phase « chaude » alors que le malade est déjà irrémédiablement infecté et intoxiqué, on a des insuccès et l'on met indûment ces insuccès sur le compte de l'opération à chaud. Voilà pourquoi les statistiques concernant *en bloc* les insuccès des opérations à chaud sont des statistiques entachées d'erreur, elles n'ont aucune valeur et vous devez d'autant plus vous en défier que par leur apparente simplicité elles faussent votre jugement et elles trompent le public.

Par contre, si nous analysons des faits bien observés concernant des appendicites opérées à chaud à tel ou tel jour de la phase dite chaude, nous voyons que l'idéal, c'est d'opérer l'appendicite, autant que faire se peut, à une époque voisine de son début, dans les deux premiers jours, pas plus tard que quarante heures, car jusqu'à ce moment, dans la presque totalité des cas, tout le danger est encore limité au foyer appendiculaire et en enlevant ce foyer *on coupe le mal dans sa racine*.

Je sais bien qu'il n'est pas toujours aisé de pouvoir intervenir aussi rapidement, mais ce dont nous sommes responsables, nous médecins et chirurgiens, c'est d'ajourner *de parti pris* l'opération jusqu'à ce que l'appendicite « soit refroidie », car alors nous exposons le malade à la mort.

Je peux du reste donner des faits précis et *détaillés* concernant plus de 200 cas d'appendicite que j'ai vues de près, que j'ai suivies, et que j'ai fait opérer ou que j'ai contribué à faire opérer par une dizaine de chirurgiens dont les noms sont connus de tous.

Les appendicites aiguës « chaudes » même graves, qui ont été opérées ou que j'ai fait opérer dans les deux premiers jours, ont *presque toutes guéri*; nous n'avons eu à déplorer que de très rares décès. Ces rares insuccès concernent des appendicites hypertoxiques, souvent gangré-

neuses, à forte fièvre, à grandes douleurs, à vomissements précoces, pour lesquelles l'opération à la fin du second jour est déjà une date presque éloignée.

Jusqu'à ces temps derniers, on n'avait étudié ni l'intoxication appendiculaire, ni la *rapidité* avec laquelle marche cette *intoxication*. Quelques heures suffisent, écoutez bien ceci, pour que le mal ait fait d'irrémédiables progrès. Tel opéré qui eût guéri s'il avait été opéré avant la fin du second jour peut succomber s'il est opéré quelques heures plus tard, car alors, outre qu'il est infecté, ses organes sont devenus la proie des toxines.

Pour ce qui est des malades atteints d'appendicites aiguës, graves qui n'ont été opérés ou que je n'ai pu faire opérer que le troisième jour, pour si fréquente qu'elle soit, la guérison n'est pas constante, la toxi-infection a fait du chemin, elle est plus redoutable qu'au second jour et parmi les opérés qui guérissent, certains restent encore quelques jours en grand danger.

Quant aux appendicites aiguës, graves, opérées le quatrième jour, et à plus forte raison les jours suivants, je ne répons de rien; on a des succès très nombreux, mais les insuccès dépendent du degré de l'infection et du degré de l'intoxication, qui ont eu le temps d'agir *avant* l'opération. Trop souvent on a opéré trop tard.

Tout ceci prouve que nous devons tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille, ou de l'avant-veille, parce qu'ils font coïncider le début de la maladie avec la grande vivacité des douleurs. Or, par un examen attentif et méthodique, nous arrivons à rectifier l'erreur, nous reconstituons le syndrome appendiculaire, nous arrivons à savoir que telle appendicite qu'on nous présente comme étant au second jour est en réalité au troisième ou au quatrième; que telle autre appendicite qu'on nous présente comme étant au troisième jour est en réalité au quatrième ou au cinquième. Ces détails ont une extrême im-

portance; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de vingt-quatre heures et même de douze heures, et *bien moins encore*, pour changer la face des événements.

Voilà des notions qu'il faut propager. En différentes circonstances, les voix les plus autorisées ont proclamé les mêmes idées et ont puissamment contribué à les faire accepter. Tout récemment, à l'Académie de médecine¹, mon collègue Lucas-Championnière faisait à ce sujet une intéressante et concluante communication. Plus récemment encore, à la Société de chirurgie, un grand nombre de chirurgiens, MM. Legueu, Chaput, G. Marchant, Segond, Routier, Hartmann, Poirier, Villard, ont apporté des faits et ont formulé des conclusions qui contribueront je l'espère, à faire tomber dans l'oubli la pratique qui exposait les malades à la mort en retardant de parti pris l'opération jusqu'à ce que l'appendicite fût « refroidie ».

C'est à nous, médecins, de savoir prendre une décision, c'est à nous de faire passer dans les familles la conviction qui nous anime. Trop souvent on fait appeler le chirurgien après avoir longtemps hésité et après avoir épuisé le funeste bagage des moyens médicaux; il ne suffit pas seulement d'opérer, il faut opérer en temps voulu.

Je répète que pour mettre tous les atouts dans son jeu, trente-six heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites aiguës, graves, et quarante-huit heures me paraît être le délai maximum pour les appendicites de moindre intensité. Cette formule, je crois, donne toute sécurité. Grâce à ces préceptes, on supprime le foyer appendiculaire, ce foyer toxi-infectieux au premier chef, avant que des désordres irréparables d'infection et de toxicité aient eu le temps de se produire.

Un mot encore relativement à la conduite à tenir après une attaque d'appendicite qui n'a pas été opérée.

Je ne saurais partager la placidité de quelques confrères

¹ Académie de médecine, séance du 15 juillet 1902, et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 août 1902.

qui abandonnent toute crainte dès que leurs malades sont sortis triomphants d'une attaque d'appendicite. Trop souvent même après guérison apparente, le feu couve sous la cendre, l'appendice est là menaçant, prêt aux récidives, prêt à la perforation, prêt aux infections secondaires :

Hæret lateri lethalis arundo.

Il est donc une formule que je voudrais bien graver dans l'esprit de ceux qui pourraient être encore hésitants : on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. Avec un bon diagnostic et avec une opération faite en temps voulu et suivant les règles de l'art, *on ne devrait pas mourir d'appendicite*. Une telle affirmation est consolante.

Résumé. — L'évolution qui est en train de se faire relativement aux indications opératoires de l'appendicite est la conséquence naturelle des travaux qui, depuis quelques années, ont éclairé la question. De là, une nouvelle orientation.

Si nous portons, en effet, nos regards en arrière, nous voyons qu'à une époque qui n'est pas encore bien éloignée de nous, le danger de l'appendicite ne semblait résider que dans la perforation de l'appendice (la *perforite*, comme l'appelait Peter), avec la péritonite qui en était la conséquence. Aussi tout l'intérêt se concentrait alors sur la péritonite par perforation que l'on considérait comme le seul accident redoutable de l'appendicite et il suffisait, croyait-on, de surveiller l'entrée en scène de cette péritonite, pour intervenir utilement.

Mais on vit bientôt que la question de l'appendicite est autrement compliquée. D'abord, dans bien des cas, les symptômes de l'appendicite, et de la péritonite sont similaires, fusionnés, subintrants, si bien qu'il n'est guère possible de dire à quel moment commence la péritonite; on ne peut donc prétendre en surveiller l'entrée en scène. De plus, il nous fut possible de démontrer, pièces histologiques et bactériologiques en mains, que les agents pathogènes,

dont la virulence a été exaltée en cavité close appendiculaire, migrent à travers les parois de l'appendice *non perforé* et vont ainsi provoquer des péritonites parfois terribles qui n'ont pas la brusquerie des péritonites par perforation et dont « l'entrée en scène » peut échapper au clinicien le plus sagace. On commença dès lors à se faire à cette idée, que l'opération ne doit pas viser seulement la péritonite, accident secondaire, mais qu'elle doit viser avant tout, et sans tarder, le foyer appendiculaire, accident primitif.

Puis, on étudia de plus près les infections lointaines, non plus les infections proches du péritoine, mais les terribles infections purulentes du foie (foie appendiculaire), les infections putrides si souvent mortelles de la plèvre (pleurésie appendiculaire), les infections du péricarde, du poumon, etc. La pathogénie de ces infections lointaines fut dépistée. On les surprit en flagrant délit; on vit qu'elles naissent non pas de la péritonite, mais du foyer appendiculaire pendant que ce foyer est en train de se refroidir. Ce qui importait donc, de plus en plus, au point de vue du succès opératoire, ce n'était pas d'attaquer un peu tardivement le péritoine, mais c'était, surtout, *d'enlever à temps* le foyer appendiculaire, origine de toutes ces infections.

Enfin, il nous fut permis de mettre en évidence la *toxicité* de l'appendicite et de démontrer que le foyer appendiculaire, ce foyer clos, intra-canaliculaire, à flore microbienne intestinale, peut tuer par la toxine qu'il élabore autant que par les agents infectieux dont il exalte la virulence. *C'est cette toxine* qui crée les lésions précoces des reins, du foie, de l'estomac, etc., et qui entre pour une large part dans les accidents rapidements mortels de l'appendicite. Par le poison qu'elle déverse dans le sang, l'appendicite est toxémique. A cette toxémie d'origine appendiculaire, j'ai donné le nom d'*appendicémie*. Le péritoine n'a rien à y voir.

Dès lors, la péritonite était déçue de la situation prépondérante qu'elle avait occupée jadis; elle n'était plus l'unique point de mire de l'opérateur; elle restait, il est vrai, une des complications les plus redoutables de l'appendicite, mais elle

était singulièrement devancée par l'importance primordiale et prédominante du foyer appendiculaire, *origine de l'infection et du poison*. Il devint alors évident que le danger n'est pas seulement au péritoine, il est partout, l'économie entière pouvant être intoxiquée par le foyer appendiculaire (appendicémie) pendant que la péritonite parfois circonscrite et momentanément inoffensive peut n'occuper que le second plan. Aussi l'intervention chirurgicale doit-elle viser d'une façon systématique et sans retard ce terrible foyer, *primum movens* de toute l'épopée appendiculaire.

On ne saurait trop le proclamer: se laisser hypnotiser par la péritonite et méconnaître les accidents rapidement mortels dus aux toxines appendiculaires, c'est ne voir qu'un des côtés de la question; attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est faire fausse route, c'est conduire le malade à la mort. Agir ainsi, c'est donner à la terrible toxinfection appendiculaire le temps de diffuser un mal trop souvent irrémédiable. Nous en avons tous les jours de lamentables exemples.

§ 4. ENTÉRO-TYPHLO-COLITES, GLAIREUSES MEMBRANEUSES, SABLEUSES — LITHIASÉ INTÉSTINALE

Je réunis dans ce chapitre la description des entérotyphlo-colites glaireuses, membraneuses et sableuses, parce que toutes ces entérotyphlo-colites peuvent se traduire par les mêmes symptômes et coexister ou se succéder chez le même individu. Il n'y a donc pas lieu de scinder cette étude. Un chapitre de pathologie qui ne viserait que l'entérocolite muco-membraneuse et qui négligerait l'entérocolite sableuse serait un chapitre fort incomplet. L'ancienne dénomination d'entéro-côlite m'a toujours paru insuffisante car elle ne vise que l'intestin grêle et le côlon; elle a l'air de délaisser le cæcum qui joue dans l'espèce un rôle fort

important; c'est pour cette raison que je lui ai substitué la dénomination d'entéro-typhlo-colite qui comprend toutes les parties de l'intestin. Chaque associé, l'intestin grêle (entérite), le cæcum (typhlite), le gros intestin (colite), prend sa part à la maladie qui nous occupe; néanmoins c'est le côlon qui a la part prépondérante, tandis que l'intestin grêle a un rôle assez effacé. Avant d'entreprendre la description des entéro-typhlo-colites je crois utile d'en faire connaître quelques exemples que j'emprunte à l'une de mes leçons cliniques¹.

La première observation concerne une jeune femme de mon service, atteinte de crises abdominales très douloureuses, surtout à la région iliaque droite, un peu à la façon de l'appendicite. C'est quelques mois avant, qu'a débuté cet état intestinal caractérisé par des coliques avec émission de selles *glaireuses* et de *membranes* « semblables à des peaux ». La poussée de colite muco-membraneuse fut suivie d'entérite aiguë, et plus tard de constipation qui est restée l'état habituel de la malade. Depuis cette époque, apparaissent de temps en temps des crises intestinales fort pénibles; la crise éclate le jour ou la nuit; les douleurs sont accompagnées de tympanisme abdominal, elles durent plusieurs heures, elles se généralisent à toutes les régions du ventre; parfois, cependant, elles sont plus accentuées à la fosse iliaque droite, localisation qui rappelle un peu l'appendicite. Après examen, et pour des raisons que je développerai plus loin, j'éloignai ici l'idée de l'appendicite, et je pensai que cette femme était atteinte de typhlo-colite muco-membraneuse qui pouvait également être sableuse. Je fis donc examiner les déjections et l'hypothèse se trouva vérifiée; outre les membranes il y avait du sable en quantité.

J'ai eu à l'Hôtel-Dieu un tout jeune garçon, atteint depuis un an de vives douleurs intestinales, revenant sous forme de crises dans la région du côlon descendant. Ses

1. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897. Quatorzième leçon.

parents s'étaient aperçus que ces crises étaient suivies de l'émission de *glaires* et de *membranes* dans les déjections. Supposant que cette colite muco-membraneuse pouvait également être sableuse, je fis pratiquer l'examen des garde-robes; elles contenaient en effet une énorme quantité de sable. Plusieurs fois nous avons assisté à ces crises: les douleurs intestinales ne se généralisent pas à tout l'abdomen; elles se cantonnent surtout à la fosse iliaque gauche, dans la région du côlon descendant. Les crises durent quelques heures, une journée et au delà; elles sont parfois aussi douloureuses que les coliques néphrétiques, elles arrachent au malade des larmes et des gémissements.

En 1892, je voyais une dame âgée d'une cinquantaine d'années atteinte de douleurs abdominales qui survenaient sans cause appréciable, à époques indéterminées; elles étaient accompagnées de ballonnement du ventre, d'état nauséux et de constipation. En 1895, ces crises douloureuses devinrent plus fréquentes et plus fortes. Pendant des heures et des jours, les douleurs se succédaient, parfois si violentes, qu'elles rappelaient par leur intensité les souffrances des coliques hépatiques; la malade réclamait avec insistance des piqûres de morphine. Souvent l'accès douloureux était accompagné de sensation de défaillance et d'anéantissement. En face de crises si pénibles, toutes les suppositions venaient à l'esprit; on pensait aux coliques hépatiques, aux attaques appendiculaires, à l'ulcère de l'estomac et du duodénum; mais on ne s'arrêtait pas longtemps à ces suppositions, car la localisation des douleurs et les symptômes concomitants ne justifiaient aucune de ces hypothèses. La douleur ne se cantonnait, en effet, en aucun lieu précis; elle semblait débiter de préférence à la région épigastrique, mais elle ne tardait pas à envahir les hypochondres, les flancs, l'hypogastre, elle remontait même jusqu'au thorax.

Sur ces entrefaites, la malade me montra un jour, après une violente crise, quelques fragments pierreux et une quantité de gros sable qu'elle avait rendu « par paquets »

en allant à la garde-robe. Il n'y avait pas à douter, nous avions affaire à une lithiase intestinale, et depuis ce moment, à plusieurs reprises, j'ai constaté de vraies débâcles de sable intestinal chez cette dame que j'ai envoyée faire une cure à Châtel-Guyon. J'ajoute que cette malade était depuis bien des années sujette à des poussées de colite muco-membraneuse; les garde-robes contenaient fréquemment des matières glaireuses et des membranes. Je priai Berlioz d'analyser le sable et les fragments pierreux; le sable était formé de matières organiques associées à des sels de chaux en petite quantité; les fragments plus volumineux étaient constitués par du phosphate de chaux et par des matières organiques en plus faible proportion.

Les deux cas suivants ont été publiés par Mathieu qui a étudié tout spécialement la question des entéro-colites. L'un concerne une jeune femme de vingt-huit ans, qui fut prise, en décembre 1891, de vives douleurs à l'hypochondre droit, douleurs qui furent confondues avec des coliques hépatiques. En 1892, à la suite de crises semblables, qui furent encore rapportées à la lithiase biliaire, on trouva, dans les selles, des glaires, des fausses membranes et du sable, dont l'origine fut méconnue. Depuis cette époque, le sable n'a presque jamais cessé de se montrer, en quantité variable, et quand cette lithiase intestinale fut reconnue par Mathieu, la malade, dyspeptique et très amaigrie, éprouvait, après ses repas, du ballonnement, de la pesanteur, des tiraillements douloureux au creux épigastrique. Parfois, la douleur, qui procédait sous forme de crises, paraissait localisée à la moitié droite du côlon; la constipation était habituelle, les matières étaient dures et contenaient des glaires, des membranes et du sable.

Dans le deuxième cas, rapporté par Mathieu, il est question d'une femme de cinquante-deux ans, qui souffrait du ventre depuis une dizaine d'années. Chez cette malade, les selles sont formées de matières assez dures, avec glaires et membranes; on y trouve assez souvent du sable d'aspect plâtreux, dont la quantité est évaluée au moins à une cuillerée

à soupe. Le malade accuse, au flanc et à la région iliaque gauche, une sensation de pesanteur et d'endolorissement, souvent accompagnée de douleurs vives et de crises très pénibles. Dans ces deux cas, l'analyse du sable intestinal a donné, en proportions diverses, des matières organiques et des sels de chaux¹.

Mongour a publié l'observation suivante: Une jeune femme arthritique, atteinte depuis quelques années de troubles gastro-intestinaux, fut prise brusquement, en janvier 1895, de vives douleurs abdominales, surtout au niveau des portions ascendante et descendante du côlon, avec constipation opiniâtre et selles muco-membraneuses. En novembre de la même année, on constata, dans les selles, une multitude de petits graviers, du volume d'un pépin d'orange; les plus volumineux avaient les dimensions d'une noisette. Cette émission de calculs intestinaux dura trois semaines. Les concrétions, d'une coloration blanc jaunâtre, très friables, étaient composées de matières organiques, de sels de chaux et de sels de magnésie².

Oddo a rapporté le cas suivant: Une dame d'une cinquantaine d'années, de race goutteuse, était, depuis quarante ans, sujette à des crises intestinales fort douloureuses, survenant subitement, sans cause apparente, et se terminant par des évacuations abondantes. Bien que la malade eût remarqué depuis longtemps que ses évacuations lui donnaient parfois la sensation du passage à travers l'anus d'une grande quantité de terre, ce fait n'avait pas attiré l'attention des différents médecins qui l'avaient soignée, et c'est Oddo qui, tenant compte de ses remarques, fit examiner les garde-robes et constata une énorme quantité de sable intestinal. Chaque crise abdominale, douleurs et débâcle, dure, en moyenne, dix-huit à vingt-quatre heures; la

1. A. Mathieu et A. Richard. Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse. *Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux*, 28 mai 1896.

2. Mongour. Note sur un cas de lithiase intestinale. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 28 février 1896, n° 7, p. 205.

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 cæcum (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 reparassent 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.