

Cité de  *City of*
VERDUN



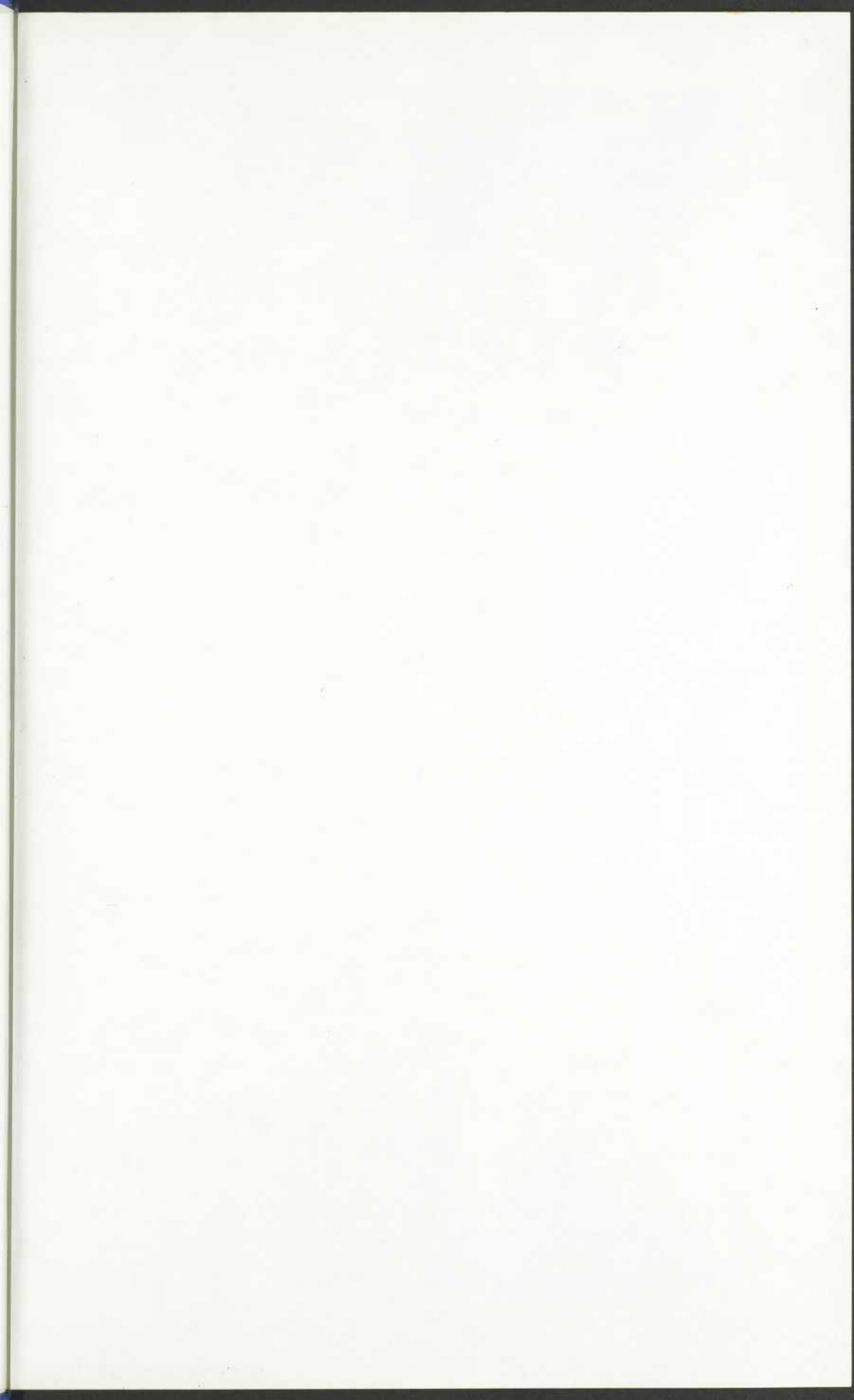
Bibliothèque Municipale **Municipal Library**

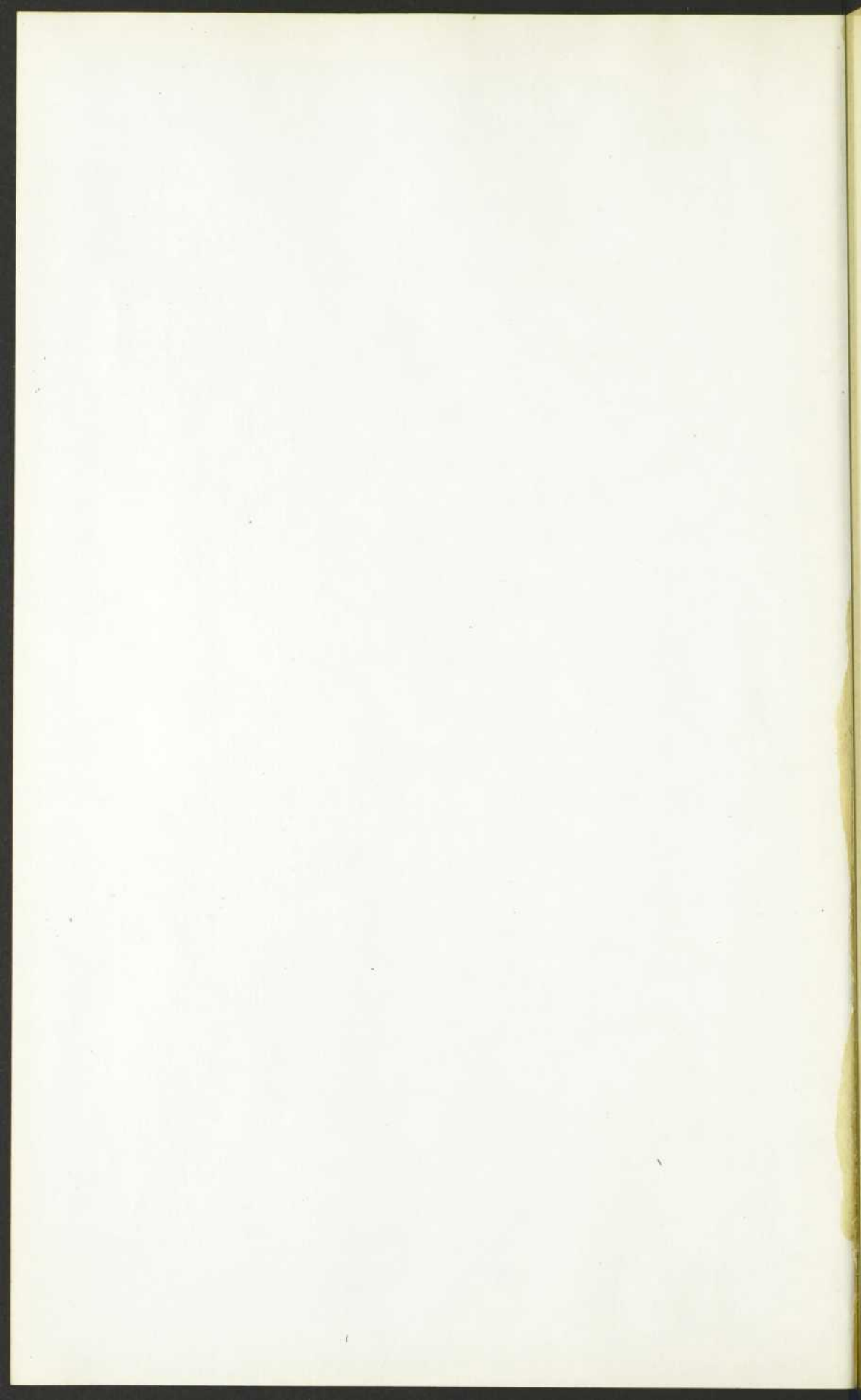
616.342

M536et

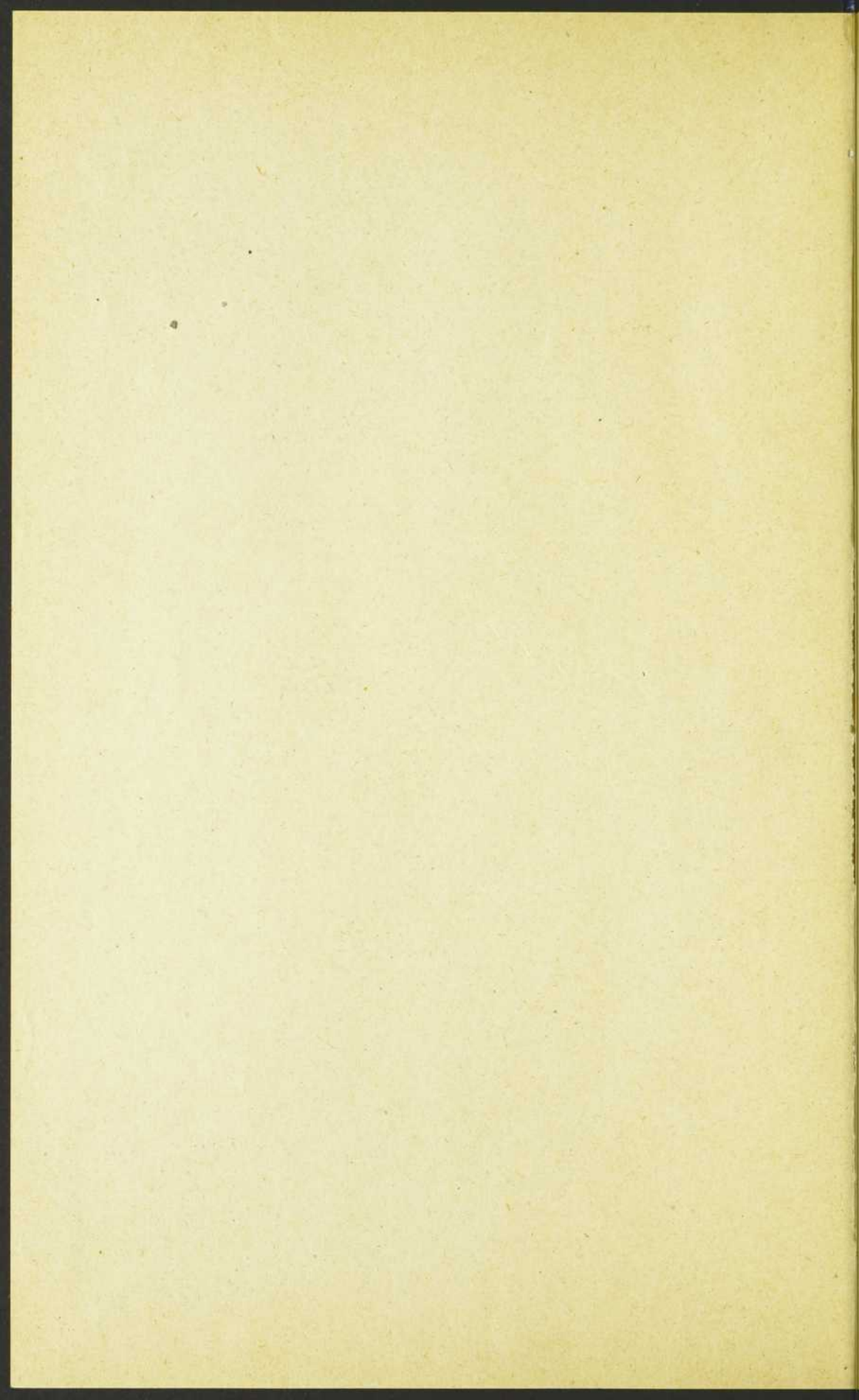
**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 





1 Mer.



É T U D E

du

SYNDROME DOULOUREUX DU COLON PROXIMAL

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Travail du Service du Professeur agrégé DESMAREST

ÉTUDE
DU
SYNDROME DOULOUREUX
DU
COLON PROXIMAL

PAR

Le Docteur Oscar MERCIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Docteur en Médecine de l'Université de Montréal



PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1924



A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR OSCAR-FÉLIX MERCIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL NOTRE-DAME
DE MONTRÉAL

A MA FEMME

A MON FILS



A MON BEAU-PÈRE

M. LE DOCTEUR THÉODOLE BRUNEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTRÉAL

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage reconnaissant pour
l'honneur qu'il m'a fait en
acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE BICÊTRE

*Qui m'a fourni les éléments de ce
travail ; en témoignage de recon-
naissance et de respectueux atta-
chement.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBREDANNE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

*Avec ma profonde gratitude pour
l'affectueux intérêt qu'il n'a cessé
de me témoigner.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

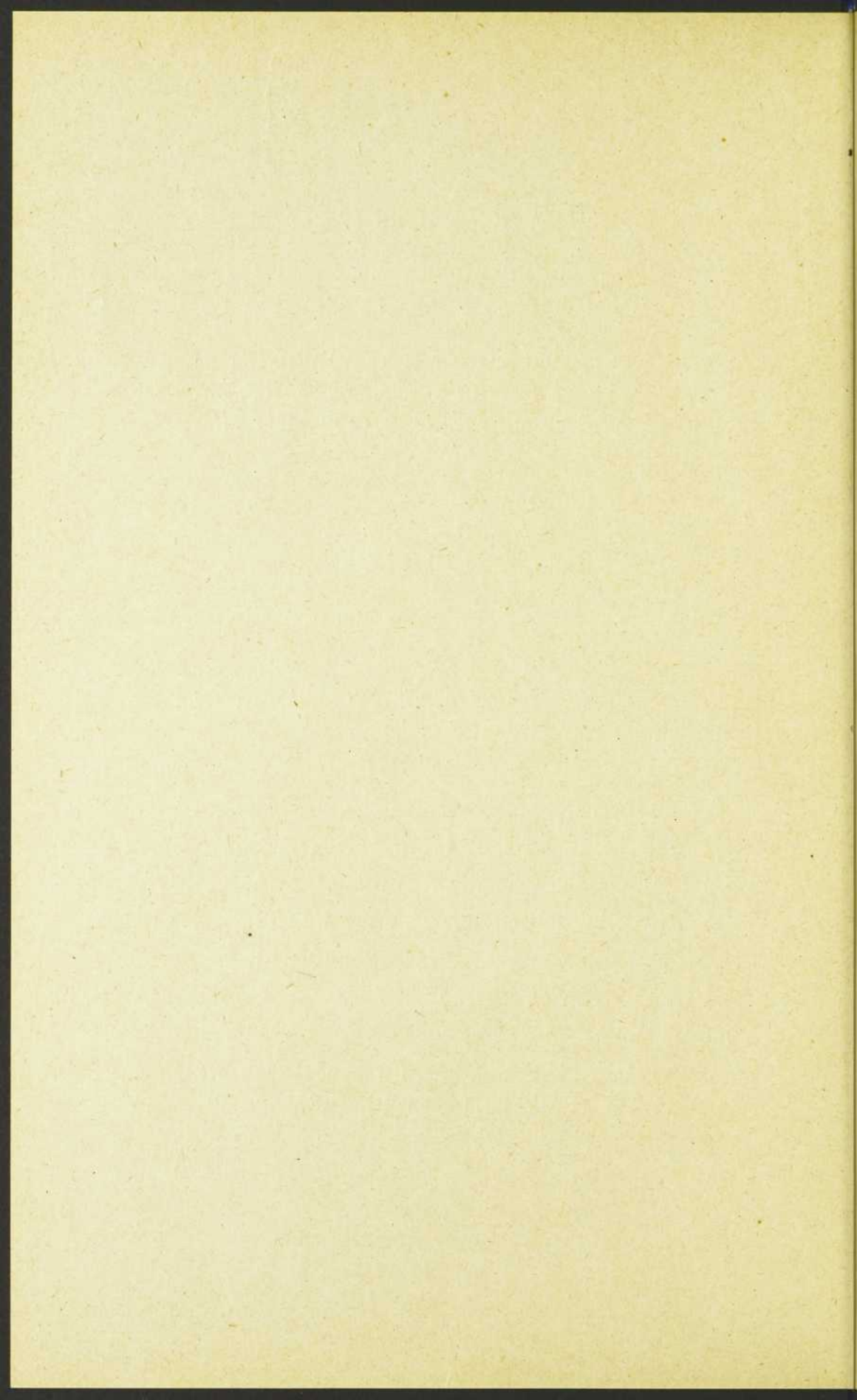
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBREDANNE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

M. LE DOCTEUR SORREL

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



CHAPITRE I

Introduction

Dans ce travail, nous limitons notre étude à la constipation résultant d'un état morbide du côlon droit. Nous établissons cette restriction, parce que la stase stercorale droite a une symptomatologie plus complexe par les nombreux troubles généraux qu'elle entraîne, et parce qu'elle est surtout susceptible de guérir par la chirurgie. Il ne fait plus aucun doute maintenant que la constipation consécutive à une atonie de tout le gros intestin et à une ptose généralisée des viscères, ne peut être améliorée par une intervention purement opératoire. La chirurgie de la constipation, d'abord très radicale avec Lane qui ne craint pas la colectomie totale, devient maintenant plus conservatrice et ses indications, bien que moins nombreuses, sont plus précises. Cependant, le fait est acquis que les résections ou les anastomoses intestinales ne suffisent pas à elles seules, dans la majorité des cas, à guérir le syndrome

douloureux du côlon proximal. L'état d'atonie du cœco-ascendant, quelle qu'en soit la cause, relève d'un traitement à la fois médical et chirurgical.

Au cours de notre étude dont le seul but est d'orienter le mode de thérapeutique, nous ne nous attarderons pas à redire les notions embryologiques et les connaissances anatomiques et physiologiques du côlon proximal, qui furent très bien exposées dans les thèses de Sorrel et de Lefebvre, et que peu de médecins ignorent. De même, loin de nous l'intention de commenter tout ce qui a été écrit sur cette affection. L'étude des nombreuses observations, prises dans le service de notre Maître Desmarest, nous a permis de nous faire une conception personnelle de la question ; nous voulons simplement l'exposer et nous efforcer d'éclairer un peu un sujet qui menace de s'obscurcir **tant par le nombre** incalculable des travaux déjà publiés que par la divergence des multiples systèmes pathogéniques. Nous passerons sous silence plusieurs théories qui nous paraissent sans intérêt pour en développer entièrement certaines autres.

Notre travail a donc un but essentiellement pratique, et si nous nous arrêtons à l'étude de quelques théories pathogéniques, ce n'est que pour mieux expliquer les indications opératoires, pour en mieux démontrer dans certains cas les dangers ; enfin, dans d'autres cas, pour en illustrer plus clairement l'opportunité. Il est, en effet, tout naturel qu'avant de discuter du traitement d'une maladie, il faille

d'abord en connaître la cause. Sans aucun doute, si la cause de la constipation droite était parfaitement connue, l'accord serait déjà fait entre les médecins et les chirurgiens sur le choix de son traitement. Nous croyons aussi que le désaccord, né sur le terrain de la thérapeutique, découle du fait que la majorité des chirurgiens et des médecins, en publiant leurs résultats, se sont trop hâtés pour montrer des guérisons que les années auraient parfois transformées en des échecs. Divergence des théories pathogéniques, absence d'autorité des publications par une hâte inopportune à publier les résultats thérapeutiques : telles sont, à notre avis, les causes du désaccord sur le choix du traitement. Si nous voyons la discussion toujours ouverte pour la réalisation d'une thérapeutique idéale, nous remarquons aussi que l'harmonie tant en France qu'à l'étranger, n'existe même pas encore sur la dénomination de l'affection. On vit en effet cette entité morbide prendre tour à tour divers noms.

En 1908, WILMS, en Allemagne, à la suite d'Hausmann, frappé de la persistance des douleurs cœcales après l'appendicectomie, attribue ces troubles à une mobilité exagérée du cœco-ascendant et désigne cet état sous le nom de *cæcum mobile*. A sa suite, les médecins allemands étudient la question et on peut lire autant d'appellations diverses. KLOSE insiste sur un nouveau facteur pathogénique : la coudure du cœcum sur lui-même, et il remplace le nom de cœcum mobile par celui de *torsion habi-*

tuelle du cœcum. HOFFMEISTER croit que la cause de la maladie doit être la présence de brides sténosantes qu'il a remarquées au cours de ses opérations, et il substitue aux autres termes celui de *pérityphlite*. Enfin FISCHLER, en 1911, s'élève contre la théorie du cœcum mobile et rattache la maladie à une mobilité insuffisante de l'organe, liée à une infection chronique de la muqueuse cœcale et il adopte le mot de *typhlatonie*.

En Amérique, JACKSON oppose aux théories allemandes une conception personnelle. Au cours d'interventions pour appendicite chronique, il remarque un voile membraneux tapissant le côlon ascendant au-dessus du cœcum et, dès lors, la maladie prend le nom de *péricolite membraneuse*.

Outre-Manche, une autre conception surgit, de même en contradiction aux théories allemandes. En 1904, sir Arbutnot LANE rattache tous les troubles morbides à une ptose des viscères autour de points fixes qui sont les ligaments normaux du tractus digestif devenus pathologiques. Ceux-ci s'enflamment, s'élargissent et créent ainsi des sténoses, la paroi intestinale s'atrophie et la circulation des matières dans l'intestin est de fait ralentie. Le chirurgien anglais désigne alors cet état sous l'expression de *stase intestinale chronique*.

En France les dénominations étrangères sont tour à tour admises. Cependant, en 1905, Paul DELBET publie sa *Typhlite ptosique* ; et Pierre DUVAL à la Société de chirurgie (1914), isole trois types clini-

ques : la péricolite membraneuse, le cœcum mobile, la caecotyphlite chronique qu'il réunit sous le terme de *stase chronique par altération du côlon droit*. GRÉGOIRE, en mai 1919, dans les *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, « tente d'isoler du bloc confus de la stase intestinale » une variété qu'il appelle la *dilatation douloureuse du côlon droit*. Enfin, tout récemment (1922), THIERRY DE MARTEL et ANTOINE étudient la question dans un livre qu'ils intitulent *Les fausses appendicites*, expression imagée, mais inexacte.

La maladie que Wilms avait nommée cœcum mobile a donc reçu successivement de nombreuses dénominations en rapport avec les diverses théories pathogéniques conçues. Quoiqu'il en soit, aucunes de ces dénominations ne paraissent illustrer nettement l'affection ; tout au plus tendent-elles à créer une confusion regrettable.

En effet, comme nous nous efforcerons de le démontrer plus loin, les causes de la maladie en sont multiples et chaque théorie pathogénique ne suffit pas, à elle seule, pour expliquer l'état de stase au niveau du cœco-ascendant. De plus, quelle qu'en puisse être la cause efficiente, cette stase se traduit toujours par un tableau clinique dont les signes primordiaux restent les mêmes malgré la multiplicité des réactions générales qu'elle peut fournir. Causes multiples, variables selon les cas, qui synthétisent toujours une même

entité symptomatique : voilà comment nous apparaîtrait la stase stercorale droite.

Nous croyons qu'il vaut mieux englober ces diverses dénominations sous le terme plus générique de *syndrome douloureux du côlon proximal*, ainsi que le firent de Martel et Antoine en sous-titre de leur livre. Sans doute, cette expression est susceptible de critique, parce qu'elle peut paraître vague et trop générique, mais elle a, nous le croyons, l'énorme avantage de comprendre sous le même cadre une maladie dont les symptômes essentiels toujours les mêmes, relèvent de causes multiples et variables selon les individus, elle permet un certain éclectisme pathogénique et elle ne tend pas à créer autant de maladies qu'il existe de causes à un même état morbide, enfin elle place sous le même cadre la multiplicité des troubles généraux associés aux symptômes principaux. En effet, la symptomatologie du syndrome douloureux du côlon proximal, bien qu'invariable dans ses signes propres, revêt autant de modalités différentes, lorsqu'elle exprime l'atteinte de l'état général

Le syndrome douloureux du côlon proximal se caractérise donc par sa grande variabilité tant dans ses causes que dans ses nombreux tableaux cliniques, nés des troubles généraux qu'il déclenche. Du point de vue physiologique, il découle d'un désordre de l'évacuation normale du cœcum et du côlon droit ; ce segment intestinal d'abord hypotonique s'achemine vers l'atonie complète et les matières fé-

cales y stagnent, fermentent, donnant naissance à des produits toxiques. Cet état d'hypotonie a, d'une part, comme substratum un obstacle siégeant sur le côlon ascendant ou sur son angle ; ainsi dans certains cas, il s'agit de brides péritonéales inflammatoires, dans d'autres cas se sont des lames anormales d'ordre congénital. D'autre part, la stase est la conséquence d'une mauvaise innervation de la paroi intestinale, en relation avec un déséquilibre endocrino-sympathique. Malgré la pluralité des causes, cet état morbide s'extériorise cliniquement par de la constipation et des douleurs à la fosse iliaque droite, qui constituent la base du tableau symptomatique. Celui-ci, cependant, revêt un aspect kaléidoscopique par la divergence des troubles généraux, résultant de la résorption des corps toxiques au niveau du cœco-ascendant. Le traitement du syndrome douloureux du côlon proximal ne peut donc avoir rien de mathématique ; il variera selon la cause et selon le degré d'atteinte de l'état général, dans la majorité des cas, il devra être à la fois médical et chirurgical, dans quelques-uns la thérapeutique sera purement médicale.

CHAPITRE II

Etiologie

Le sexe féminin semble particulièrement atteint par la stase cœcale. Klose, dans une statistique de 134 malades qu'il a opérés, trouve 120 femmes souffrant d'atonie colique ; parmi les 50 cas rapportés par Harold Chapple, il s'agit 44 fois de femmes. Lefebvre, dans sa thèse, trouve que sur 244 malades adultes présentant de la stase droite, 169 fois ce sont des femmes qui en sont atteintes. Dans un rapport de Clark, sur 12 cas de colectomie droite pour stase, 12 fois il s'agit de femmes. Sans vouloir allonger cette statistique, nous voyons combien est grande la fréquence des troubles statiques droits chez le sexe féminin. Pour notre part, dans les 55 observations que nous présentons, 53 fois il s'agit de femmes.

D'autre part, les enfants souffrent rarement d'atonie du cœco-ascendant ; la maladie apparaît après la

puberté et ne semble pas exister au-delà de 55 ans : c'est entre 18 et 50 ans que la stase proximal évolue. Lefebvre, sur un ensemble de 553 cas ne trouve que 9 enfants présentant un syndrome douloureux du côlon proximal.

Au point de vue ethnographique, le fait est connu que la fréquence de la constipation est plus grande chez les peuples du Nord.

CHAPITRE III

Pathogénie

Les médecins et les chirurgiens se sont tous ingéniés à trouver l'explication idéale à la production de la stase stercorale droite. Malgré leur originalité particulière, toutes les théories pathogéniques ont été orientées par trois conceptions différentes, ainsi que l'a fait voir RENAUD dans sa thèse. Pour les uns, la stagnation anormale des matières au niveau du cœco-ascendant dépend de *troubles statiques* ; pour les autres, l'atonie cœcale résulte d'*obstacles segmentaires*, ou de brides contre lesquelles le cœcum se fatigue et s'éténue ; enfin, selon l'opinion de quelques-uns, le syndrome douloureux du côlon proximal est l'expression de *troubles dynamiques*, d'une insuffisance musculaire de la paroi cœco-colique droite.

TROUBLES STATIQUES

La présence de troubles statiques à la base même de la stase cœcale a été longtemps défendue par deux théories. L'une, venue d'Allemagne, attribue un rôle morbide primordial à la mobilité du cœcum, l'autre, beaucoup plus vaste et séduisante, fut conçue en Angleterre par Lane. L'une et l'autre nous paraissent maintenant insoutenables et ne peuvent, à notre avis, fournir une explication réelle au syndrome douloureux du côlon proximal.

La mobilité du cœcum est un fait trop fréquent pour pouvoir à elle seule donner la clé de troubles relativement rares. Alglave a montré que chez l'adulte le cœcum n'est vraiment fixé que dans 16 % des cas, il possède au contraire une mobilité extrême dans 20 % des cas. DREYER, à Breslau, sur 107 examens de cadavres, a trouvé le cœcum franchement mobile dans 67 % des cas. Enfin, Legueu et plusieurs auteurs arrivent à cette constatation que chez plus de la moitié des adultes le cœcum est mobile et entouré complètement de péritoine. La mobilité du cœcum apparaît donc comme une disposition anatomique aussi normale que la fixité et nous ne pouvons comprendre comment un organe ayant libre jeu de se contracter puisse aussi facilement entrer en asystolie. Sans doute, la mobilité de ce segment intestinal favorise sa torsion sur lui-même autour de ses points fixes, mais réellement ce volvulus peut-il se constituer

d'une manière assez lente et progressive pour déterminer une stase cœcale ? Pour notre part, nous nous refusons à concevoir la production d'une torsion progressive, s'installant chroniquement, sans l'apparition d'un autre facteur, c'est-à-dire la formation de brides péricoliques fixant en quelque sorte le volvulus. De plus, nous croyons que dans la majorité des cas le cœcum mobile devient atonique, que si ses parois sont l'origine de troubles dynamiques, constituant une insuffisance musculaire. Nous n'admettons donc pas la théorie de WILMS et nous rejetons entièrement l'idée qu'un cœcum puisse entrer en asystolie du seul fait qu'il est mobile.

La conception de Lane, plus originale et plus séduisante, fait une large part aux viscéroptoses. Pour lui, la cause de tous les maux est le développement de la civilisation : l'homme n'est pas fait pour soutenir longtemps la station debout ou la position assise. La station verticale tend à ptoser les viscères abdominaux, et on voit alors se développer des adhérences, des ligaments qui « cristallisent des lignes de force », afin de soutenir ces organes. Ces adhérences, nées purement d'une manière mécanique, vont apporter un obstacle au libre cours des matières dans l'intestin et celui-ci en deçà des lignes de force se dilate et ses parois s'atrophient.

Cette théorie, très imaginative, ne saurait être pratiquement soutenue. Comment expliquer le fait que, chez des fœtus et des nouveaux-nés, où la ptose n'a vraisemblablement pas encore eu le temps de

produire les adhérences décrites par Lane, les ligaments « qui cristallisent les lignes de force » soient retrouvés identiques à ceux décelés par le chirurgien anglais. BRYANT, de Boston, après de nombreuses études sur le fœtus est arrivé à la conclusion que dans 87,5 % des cas il existait des brides anormales. L'existence de ces brides chez le fœtus est donc un violent argument contre les idées de Lane. De plus, Glénard, bien avant le chirurgien anglais, a clairement mis en évidence les facteurs de la viscéroptose : l'amaigrissement et l'atrophie musculaire. Lorsqu'il se produit une fonte du mésentère et lorsque la sangle musculaire de la paroi abdominale fléchit la masse du grêle, dont le rôle joint à celui des muscles est de maintenir solidement le cordon transverse et l'estomac, s'affaisse et permet ainsi une chute de ces organes. Il ne saurait y avoir de ptose viscérale chez un individu normal dont la paroi musculaire de l'abdomen maintient solidement la tension intra-abdominale et dont le mésentère fait en quelque sorte un soutien au côlon transverse.

La théorie de la viscéroptose mécanique de Lane ne saurait donc résoudre la pathogénie du syndrome douloureux du côlon proximal. De même, la ptose, telle que comprise par GLÉNARD, ne peut entrer en ligne de compte pour expliquer une stase stercorale limitée au segment droit du côlon ; elle justifie parfaitement l'existence d'une stase intestinale chronique généralisée qui, comme nous le verrons, vient

fréquemment compliquer le syndrome douloureux du côlon proximal.

Ainsi les théories qui veulent rattacher la cause de la stase stercorale au niveau du cœco-ascendant à des troubles statiques de cet organe ne sont pas, à notre avis, suffisantes pour expliquer l'atonie de ce segment intestinal.

LES OBSTACLES SEGMENTAIRES

Les obstacles segmentaires sont réalisés par des adhérences et par des brides péricoliques. Mise à part la théorie de Lane, deux écoles revendiquent ici un facteur pathogénique différent : les uns affirment que ces membranes péricoliques sont purement *inflammatoires*, les autres attribuent ces brides à un défaut de développement du péritoine, ils enseignent qu'elles sont d'ordre *congénital*. Enfin, entre ces deux conceptions, quelques auteurs se sont efforcés de montrer un certain éclectisme et ils ont adopté à la fois les enseignements de ces écoles adverses. Pour eux, tant que les brides congénitales ne sont pas enflammées, elles ne causent aucun trouble. Les opinions sont, comme on le voit, très partagées sur la nature des obstacles segmentaires et nombreuses furent les théories imaginées pour les expliquer. Nous n'avons pas, cependant, l'intention d'examiner ici chacune de ces théories ; ce qui nous intéresse, ce n'est pas surtout de rechercher le mode d'origine des membranes péricoliques que

de voir si elles sont susceptibles de provoquer une stase au niveau du côlon proximal.

Théorie congénitale :

Jackson a été un des premiers à admettre nettement l'origine congénitale des voiles et des membranes péricoliques. A sa suite, de nombreux auteurs adoptent l'idée de malformations d'ordre dysembryoplasmique, et les recherches anatomiques et embryologiques se multiplient. MAYO, d'après Lefebvre, explique ainsi la formation des brides : « La membrane de Jackson est due, sans doute, à la rotation tardive de l'intestin et à la descente du cœcum de sa position hépatique après la formation de la portion pariétale de la cavité péritonéale chez l'enfant. Le cœcum entraîne sur son chemin le péritoine, il se forme ainsi une espèce de niche dans le péritoine pariétal comme un lapin qui s'enfuit sous terre ; le repli qu'il soulève ainsi finit par le recouvrir et donne naissance à la membrane anormale. »

COTTE, en 1912, croit que les malformations viennent d'un développement anormal du ligament colique droit qui, au lieu de venir se terminer sur l'angle colique droit, recouvre complètement le côlon ascendant et le cœcum.

En 1913, EASTMANN, reprend la question au point de vue embryologique et conclut, d'après ses recherches, que les membranes péricoliques sont constituées par une exagération des ligaments et

des replis normaux du péritoine. Enfin, pour passer plus rapidement, quelques auteurs, Gray et Anderson, estiment que les brides découlent d'un développement plus ou moins parfait de l'épiploon colique. Pour sir Henry GRAY (1922) l'épiploon s'étend toujours plus loin à droite sur le côlon qu'on ne l'enseigne. Cette croissance plus exagérée empêche ainsi le cœcum de descendre de la région sous-hépatique vers la fosse iliaque droite, lors de son involution embryologique. « Cependant, si le cœcum finit par triompher de cet obstacle qui s'oppose à sa descente, la partie de l'épiploon qui le retenait est attirée en bas pour former la membrane de Jackson. Cette lame mince sillonnée de longs vaisseaux linéaires et bourrée d'ilots de graisse a un point d'attache très variable en arrière et en dehors, mais on trouve ordinairement ses limites inférieure et interne près de la bandelette longitudinale antérieure, où elle se termine de la même façon que l'épiploon prend fin sur le côlon transverse. Souvent, chez l'adulte, cette lame n'atteint pas le cœcum. Une membrane de Jackson caractéristique apparaît toujours en continuité directe avec l'épiploon. Près du côlon transverse, une quantité plus grande de graisse est trouvée dans la lame, si bien qu'il n'existe plus de ligne de démarcation précise entre elle et l'épiploon. » Chez plusieurs de nos opérés, il nous fut permis de remarquer que les affirmations de Gray étaient exactes : nous avons, en effet, observé que le voile qui venait passer en avant de l'angle

colique droit et du côlon ascendant avait un aspect macroscopique et une disposition anatomique très voisine de celle de l'épiploon. Il est donc fort probable que la membrane de Jackson soit l'expression d'une croissance exagérée de l'épiploon vers la partie droite du côlon.

Quoiqu'il en soit, il nous semble que toutes ces membranes congénitales ne sauraient par elles-mêmes déclancher une stase cœcale. Comment expliquer que des voiles qui existent avec une fréquence extrême chez le fœtus et le nouveau-né ne puissent produire des troubles qu'à l'âge adulte et chez un nombre relativement restreint d'individus ? Nous avons vu, en effet, que Bryant, de Boston, a trouvé des brides péricoliques chez 87.5 % de fœtus qu'il a examinés. Pringle, seulement pour les membranes décrites par Lane, les a rencontrées chez 20 % des fœtus. D'ailleurs la théorie congénitale pêche grandement par le fait évident que d'une part, ces dispositions anormales du péritoine existent chez des malades qui ne présentent aucun trouble intestinal et que, d'autre part, bien que les malformations embryologiques soient formées dès la vie intra-utérine, la stase cœcale n'apparaît qu'à un âge déjà avancé, après la puberté. Devant ces constatations, plusieurs auteurs ont voulu attribuer à l'inflammation un rôle important dans la genèse des brides péricoliques.

Théories inflammatoires :

Abstraction faite des adhérences péricœcales, nées d'un processus tuberculeux, ce qui sort du cadre de notre étude et doit être placé sous celui des péritonites tuberculeuses discrètes, les membranes qui siègent autour du cœco-ascendant naissent d'après les différents auteurs d'infections variées.

Pour la grande majorité il s'agit d'épiploïte chronique. WALTHER a le premier attiré l'attention sur les lésions de l'épiploon ; il établit une relation intime de cause à effet entre l'appendicite et la colite et l'épiploïte. Les élèves de Walter, Descomps, Haller, Duroselle (1919) ont apporté des précisions sur l'association de ces maladies. L'épiploïte chronique, née d'un processus inflammatoire chronique au niveau du côlon ou de l'appendice, peut être libre ou adhérente. Haller, dans sa thèse sur 372 cas, d'épiploïte chronique, trouve 181 fois que l'épiploon est adhérent au niveau du côlon ascendant. Cette adhérence de l'épiploon crée ainsi des brides péri-coliques et péricœcales qui vont déclencher la stase stercorale. L'existence de ces lésions épiploïques susceptibles de brider le côlon droit est certaine. Renaud, dans sa thèse, sur 60 observations, en rapporte 32. Personnellement chez nos malades parmi les 12 dont l'appendice fut examiné au microscope, 11 fois cet organe était porteur de lésions d'inflammation chronique (obs. 10, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 39, 51). Nous ne sommes donc pas porté à

nier la relation entre l'appendicite chronique et l'épiploïte chronique, bien que l'on puisse se demander si l'inflammation de l'appendice n'est pas consécutive à la stase.

Selon d'autres auteurs, parmi lesquels, Duval, Lardennois, et J. C. Roux, les membranes péricoliques sont la conséquence d'une inflammation primitive des parois intestinales. Le point de départ de ces infections serait, selon eux, les crises gastro-intestinales de l'enfance. Pour J. C. Roux, dans ces typhlites avec formation d'adhérences il y aurait deux phases : au début, il n'existe qu'une « colite muqueuse » où seule la muqueuse et quelques ganglions mésentériques sont enflammés, puis apparaît « une colite pariétale », lorsque toute l'épaisseur de la paroi présente des lésions inflammatoires. C'est alors qu'il se produit une réaction péricolique et que les brides et les membranes se constituent.

Ces infections à point de départ cœlique et appendiculaire ne sont pas les seules capables d'engendrer des membranes péricoliques. Les infections tubaires droites peuvent produire des réactions péritonéales qui créeront des adhérences au niveau du bas-fond cœcal.

De plus, Tripier et Paviot ont montré qu'à la suite de crises vésiculaires répétées et plus ou moins frustes, il se constituait des brides péritonéales anormales au niveau du carrefour sous-hépatique. Il semble, en effet, que les infections minimales du pylore, du duodénum, et de la vésicule biliaire puissent

produire une réaction chronique du tissu péritonéal qui, par ses exsudations, produirait des membranes unissant la face inférieure du foie et l'angle colique droit. Hadgès et Castex, pour expliquer les cas de lames péricoliques sans lésions de la vésicule ou du carrefour sous-hépatique, attribuent un rôle important, à la syphilis péritonéale et rapportent d'excellents résultats par le traitement antisypilitique (obs. 5). De Martel et Antoine, admettent que « dans certains cas la syphilis n'est pas étrangère à la constitution ou à l'aggravation de ces lésions péricoliques. » On voit que tous les partisans de la théorie inflammatoire rattachent les brides péricoliques à une péritonite à répétition, mais bénigne, quel-qu'en puisse être le point de départ.

Théories mixtes :

Lefebvre, ainsi que Cunéo, Pilcher, et Pringle, sont d'avis que la stase a pour substratum anatomique des dispositions péritonéales congénitales ; cependant ces membranes congénitales, selon eux, ne sauraient déclancher une atonie cœcale que si elles s'enflamment. Lefebvre, dans sa thèse, expose ainsi cette opinion. « C'est que les voiles congénitaux, c'est-à-dire les replis péritonéaux plus ou moins anormaux, n'entraînent pas de troubles tant qu'ils restent normaux. Qu'une cause d'inflammation c'est-à-dire d'infection, en général très lente, évoluant par poussées, vienne soit de l'intestin lui-même (endogène), soit des viscères voisins (exogè-

ne), ces ligaments vont subir les altérations que nous avons décrites et porter alors seulement atteinte à l'intégrité de la fonction intestinale. »

Cette théorie qui rallie, en somme, les deux conceptions des écoles adverses a, en plus de son originalité, l'énorme avantage d'envisager la cause de la stase cœcale avec plus d'envergure et de permettre un certain éclectisme pathogénique. Il nous a paru évident que les brides péricoliques d'ordre congénital n'expliquaient pas à elles seules la stase au niveau du côlon droit ; en effet, il serait bien étonnant que des dispositions, constatées si fréquemment chez le nouveau-né entraînaient des troubles intestinaux si rarement chez l'adulte. Sans doute, on peut objecter qu'avec la croissance les membranes anormales constatées chez le fœtus disparaissent ; mais nous ne croyons pas que cette objection possède en soi quelque valeur. Il faut donc qu'à cette malformation dysembryoplasmique il s'ajoute d'autres facteurs susceptibles de rendre leur présence morbide. La théorie de Lefebvre de l'infection secondaire des brides congénitales, qui épaissit ces brides nous paraît séduisante et pleine de vérité. De même, la conception de ceux qui voient en ces membranes péricoliques une conséquence d'infection péritonéale légère et répétée est, dans plusieurs cas, conforme à la réalité. Il faut donc retenir du mode d'origine de ces lames péricoliques que les unes congénitales doivent, pour déclancher une stase stercorale, s'infecter secondairement et que les autres ont

pris naissance sous l'effet d'inflammation légère et répétée de la séreuse péritonéale.

Cependant, comme nous le disions au début, ce n'est pas tant de rechercher le « primum movens » des brides péricoliques qui nous intéresse ici, que de voir si réellement elles peuvent provoquer une stase stercorale au niveau du côlon droit. En somme, les lames péricoliques peuvent-elles, par elles-mêmes, diminuer suffisamment la lumière intestinale pour que le cœco-ascendant soit au point gêné dans sa tâche qu'il puisse entrer en asystolie ? Personnellement, pour la plupart des cas, nous ne le croyons pas. Sans doute, il est des malades chez lesquels l'atonie cœcale fait suite à une obstruction chronique et organique du côlon, mais, à notre avis, ces malades sont l'exception. *Nous pensons, au contraire, et ce, sans vouloir diminuer le rôle des brides péricoliques, que celles-ci ne font que favoriser au niveau de l'endroit où elles se terminent sur le côlon, un spasme de l'intestin.* Si nous voyons l'évolution du syndrome douloureux du côlon proximal, nous constatons que dans la majorité des cas la maladie évolue, au moins au début, par crises. Comment concevoir qu'un obstacle organique toujours le même, puisse, à certains jours, intensifier la stase ? Quelques-uns nous répondraient, assurément, que si la maladie évolue par crises, c'est que le cœcum, à certains moments, faiblit à sa tâche et après cette phase récupère ses forces, rétablissant la compensation. Nous ne voulons pas nier cette hypo-

thèse qui semble vraie dans quelques cas. Mais il est un fait qui illustre bien l'existence du spasme né au niveau de la bride : souvent une striction vue à l'examen radioscopique sur le côlon n'est pas retrouvée à l'opération ; tout au plus, alors, voit-on, à l'endroit indiqué par la radiographie la terminaison d'une membrane péricolique lâche n'étranglant, en aucune sorte, le côlon. Nous croyons donc que dans la majorité des cas, les membranes péricoliques n'ont une influence morbide qu'en produisant là où elles se terminent un spasme du côlon. Ce spasme serait probablement la conséquence d'une irritation nerveuse, causée par la présence des brides et déclancherait une modification du péristaltisme intestinal, modification qui est à la base même des troubles dynamiques essentiels du côlon droit.

TRoubles dynamiques essentiels

Dans tous les cas de stase cœcale, des troubles dynamiques du cœco-ascendant sont à la base de la maladie. D'une part, ces troubles peuvent être secondaires à des obstacles segmentaires : la tunique musculieuse du segment cœcal épuise alors sa force contre cette barrière et finit par succomber plus ou moins. D'autre part, l'épuisement cœcal peut être primitif et exister sans qu'il y ait d'obstacles sur le côlon. C'est ce dernier fait qui nous intéresse lorsque nous parlons des troubles dynamiques essentiels.

Fischler, le premier, en édifiant sa théorie de la typhlatonie, avait soutenu l'origine atonique primitive des stases cœcales. Il croyait à une faiblesse congénitale de la couche musculaire de la paroi intestinale qui déclanchait, à l'occasion des fatigues ou des écarts alimentaires, une hyposystolie et même une asystolie cœcale. La conception de Fischler devait nécessairement disparaître, car elle n'avait pour base que des faits d'extrême exception.

Pendant sont nombreux les malades souffrant de stase cœcale chez lesquels on ne trouve aucune bride péricolique susceptible d'en expliquer la cause. Comment concevoir que le cœco-ascendant puisse, dans ces cas, entrer en asystolie ? Chez certains malades la stase cœcale n'est que la conséquence d'une dyschesie, d'une stase sigmoïdienne. L'arrêt des matières au niveau du segment iliaque de l'intestin a nécessairement une répercussion en arrière dans tout le reste du côlon. Mais ces cas qui doivent être classés dans la stase intestinale généralisée n'entrent pas dans le cadre de notre étude. Par contre, il est d'autres malades qui ne présentent aucune bride péricolique et aucun signe de dyschesie et chez lesquels existe de l'atonie cœcale.

Ces cas, à notre avis, doivent être rattachés à une perturbation du système neuro-végétatif du segment intestinal droit. L'anatomie et la physiologie de ce système neuro-végétatif sont encore trop remplies d'hypothèses et d'obscurité pour que nous

puissions en exposer parfaitement la pathologie. Nous savons, cependant, grâce aux recherches d'Auerbach et de Keith, que des noyaux de contraction s'échelonnent le long du gros intestin et que ceux-ci sont directement en relation avec le système sympathique et les glandes endocrines. Asher a montré l'influence stimulatrice de la sécrétion thyroïdienne sur ces noyaux de contraction décrits par Auerbach ; par exemple dans l'hypothyroïdie il existe ordinairement de la constipation. Lorsque le système neuro-végétatif et les glandes endocrines dont dépendent ces noyaux de contraction fonctionnent vicieusement, l'intestin peut être profondément troublé dans son rythme ; la contraction du côlon est alors incomplète et la stase stercorale s'installe. Il semble que, chez quelques-uns de nos malades, les troubles neuro-ganglionnaires aient été la cause efficiente de la stase proximale (obs. 7, 8, 30). Il nous paraît donc que quelques malades, aussi bien ceux qui ont des membranes péricoliques que ceux dont le côlon proximal est libre, présentent de la stase stercorale droite, parce que chez eux du vagotonisme et un déséquilibre endocrinien existaient antérieurement. *Les troubles du système neuro-végétatif peuvent donc être à la base de l'atonie cœcale.* Cette conception expliquerait facilement l'évolution par crises du syndrome douloureux du côlon proximal. Les poussées d'asystolie coïncideraient avec des périodes de déséquilibre neuro-endocrinien.

CONCLUSION

Par cet exposé schématique des différentes théories pathogéniques, nous voyons combien grande est la divergence des auteurs sur les causes de la stase stercorale droite. Nous ne croyons pas qu'il faille démolir chaque théorie pour en édifier une seule qui soit la vraie ; chacune a une part de vérité. Cependant nous n'admettons pas que le cœcum mobile à lui seul puisse entraîner une stase au niveau du côlon droit : la mobilité du segment cœcal n'est qu'un épiphénomène, n'ayant aucune relation avec l'atonie. La paroi musculaire d'un cœcum mobile ne deviendra atone que si d'autres facteurs pathogéniques apparaissent.

Nous avons déjà dit ce que nous pensons de la théorie mécanique de Lane, et nous la rejetons entièrement.

A notre avis, les membranes péricoliques, qu'elles soient congénitales ou inflammatoires, ne peuvent dans la majorité des cas produire un obstacle suffisant contre lequel le cœcum s'épuise. *Nous croyons cependant, à leur influence morbide dans certains cas où elles coudent fortement l'intestin ;* chez plusieurs malades, les membranes n'amènent une stase proximale que par le fait qu'elles produisent un *spasme* violent à l'endroit où elles se terminent, spasme qui devient parfois permanent et durable. A ces membranes s'ajoutent souvent un autre facteur : ce sont les troubles dynamiques essentiels.

Ces troubles qui peuvent apparaître aussi bien au niveau d'un cœcum ascendant entouré de brides, qu'au niveau d'un cœcum dont la paroi est entièrement libre, sont en relation avec un mauvais fonctionnement du système sympathique et des glandes endocrines.

C'est donc à un déséquilibre nerveux que nous rattachons une grande partie des stases stercorales droites. Toutefois, malgré que nous croyions à l'influence productrice de ces déséquilibres neuro-endocriniens sur l'atonie cœcale, nous ne voulons pas établir un lien intime entre tous les cas de stase proximale et les troubles dynamiques essentiels du cœlon ascendant. Il est de toute évidence que les causes du syndrome douloureux du cœlon proximal sont *multiples et variables* selon les cas.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

La répartition topographique des brides et des membranes péricoliques est tellement variable selon chaque individu qu'il est impossible d'en décrire une distribution bien réglée. Aussi, nous n'avons pas l'intention, dans ce chapitre, de nous lancer dans une étude approfondie des dispositions anatomiques des membranes ; ce qui non seulement deviendrait fastidieux, mais serait certainement inexact et incomplet. Ce qui nous intéresse, c'est d'une part l'aspect des brides, d'autre part l'état du segment cœco-colique droit de l'intestin. Cependant il importe de savoir que les brides se répartissent selon une certaine topographie générale. Chez quelques malades, c'est au niveau du cœcum et du bas-fond cœcal que les membranes s'étalent, dans ces périviscérités du carrefour inférieur, ainsi nommées par de Martel et Antoine, le cœcum est ptosé

et fixe. Dans d'autres cas, la lame péricolique vient passer au devant du côlon ascendant, telle la membrane de Jackson. Enfin, il est des malades chez lesquels les brides se distribuent principalement au niveau de l'angle droit. Il va sans dire que cette disposition topographique n'a rien de très précis et que chez un même malade les membranes peuvent aussi bien s'étaler sur l'angle droit et sur le côlon ascendant que sur le bas-fond cœcal.

Quelle que soit la distribution de ces brides, elles revêtent toujours deux caractères bien différents. Dans un premier groupe, ce sont des lames uniques larges, qui dérivent de disposition anatomique anormale du péritoine. Les unes ont l'aspect de la séreuse péritonéale ou de l'épiploon ; elles semblent d'ailleurs, comme nous l'avons dit, dériver d'un développement exagéré du tissu épiploïque vers l'angle droit. Elles affectent la forme de voiles dont l'aspect général est régulier ; leurs limites sont précises et leur surface lisse est sillonnée de vaisseaux sanguins longs et linéaires qui ne s'anastomosent pas. Ces voiles répondent d'une façon générale à celui décrit par Jackson, ils s'étendent de la face externe de la paroi, passent en avant de l'angle droit et du côlon ascendant qu'ils recouvrent pour se terminer sur la bandelette musculaire longitudinale interne de la même façon que l'épiploon prend fin sur le côlon transverse. Nous avons déjà dit combien nous partageons l'opinion de Gray, qui croit que la membrane de Jackson provient d'un développement

exagéré de l'épiploon vers l'angle hépatique. Les autres sont fibreuses, dépourvues d'élasticité et leur examen histologique montre qu'elles subissent l'influence d'un processus infectieux chronique ; il s'agirait, sans doute, dans ces cas, de lames congénitales, infectées secondairement.

Le second groupe comprend des adhérences consécutives à une infection bénigne et répétée de la séreuse péritonéale ou de l'épiploon. Elles sont formées d'une série de petites brides de dimensions variables, entre-croisées et anastomosées sans ordre ; elles unissent entre eux les organes, tel le cœcum à la paroi antérieure. Lefebvre décrit ainsi ces adhérences en masse : « L'aspect de ces néoformations est blanchâtre, cicatriciel, leur vascularisation est minime, leur élasticité nulle ; leurs insertions se font d'une façon intime et il est quelquefois difficile, sinon impossible de les détacher. » Parmi ces adhérences en masse, quelques-unes peuvent être très épaisses et opaques. Cunéo dit qu'à côté des membranes peu vascularisées « il en est d'autres qui épaissies, infiltrées, très riches en vaisseaux, ont un caractère inflammatoire au moins subaigu ».

Il est très rare que toutes ces membranes péricoliques, qui affectent des dispositions variées, brident suffisamment le segment cœco-ascendant pour en amener une diminution notable de la lumière. Nous ne croyons pas que dans la majorité des cas la diminution de la lumière intestinale par les brides

puisse déclancher une stase cœcale. Sans doute, il est quelques cas exceptionnels où les brides créent une véritable sténose intestinale, mais le plus souvent ce sont des coudures qui se produisent sous l'effet de membranes péricoliques. L'angulation peut siéger à divers endroits et présenter plusieurs degrés. La disposition la plus fréquente est la fermeture de l'angle colique droit avec adossement du côlon ascendant et du côlon transverse, que les auteurs anglais appellent le « dobbel-barreled colon ». Les membranes péricoliques fixent en quelque sorte cette disposition anormale ; cependant, il existe des cas où la déformation n'est pas immuable : il s'agit alors d'une ptose du côlon transverse le long du côlon ascendant. L'apparition d'une stase stercorale droite à la suite de l'adossement en canon de fusil du transverse et de l'ascendant, nous semble un fait possible, car alors la lumière intestinale a réellement un calibre réduit. D'autres fois les coudures siègent sur une autre portion du côlon droit. Lefebvre, sur quinze cas, relève cinq fois une angulation sur le cœcum, sept fois sur l'ascendant, deux fois sur le transverse, et une fois sur l'ascendant et le transverse. Le degré d'angulation de ces coudures est variable, il varie de dix degrés jusqu'à la fermeture complète de l'angle avec accolement des deux parties en canon de fusil. Ces coudures sont fixées par des membranes épaisses, qui établissent définitivement la déformation. Il ne fait aucun doute que les angulations marquées, en réduisant le

calibre de l'intestin, soient une cause efficiente de la stase stercorale droite.

Les membranes péricoliques par les coudures qu'elles produisent sur le côlon droit peuvent donc, dans certains cas, être le facteur important de l'atonie cœcale, et la pathogénie s'éclaircirait facilement, si toujours ces dispositions anormales existaient.

Cependant, nombreux sont les malades chez lesquels non seulement les membranes sont lâches et n'amènent aucune diminution de la lumière intestinale, mais au contraire, chez lesquels il n'existe aucune bride, aucun voile autour du cœco-ascendant et de son angle. Dans les cinquante-cinq observations que nous présentons, sept fois aucune membrane péricolique ne fut trouvée (obs. 1, 9, 12, 32, 42, 47, 52).

Parfois il s'agit de cœcum très mobile, d'autre fois le côlon ascendant est allongé. La cause de l'atonie cœcale n'est pas dans ces cas un obstacle segmentaire.

Quoiqu'il en soit, qu'il y ait ou non des membranes péricoliques, voyons d'une façon générale l'aspect de l'intestin à l'endroit où les aliments stagnent. Au début de la maladie l'évolution se faisant par poussées, il est rare de trouver des modifications anatomiques de ce segment intestinal. Lorsque la maladie évolue depuis quelque temps déjà, le cœco-ascendant subit de sérieuses transformations. Il se dilate et apparaît plus gros que normale-

ment ; ses parois s'amincissent et la couche musculaire s'atrophie. La puissance musculaire de la paroi colique, qui doit être recherchée lors des opérations par le pincement de l'organe, guidera, comme nous le verrons, l'acte opératoire.

Tant que la paroi intestinale n'est pas infectée, l'examen histologique ne fait voir aucune modification des diverses tuniques, sauf de la musculuse et du plexus d'Auerbach, qui subissent une atrophie variable (obs. 43, 49). L'infection fait apparaître une diapedèse et une hyperhémie au niveau de la muqueuse et de la sous-muqueuse, et tous les aspects de l'inflammation peuvent se voir dans les diverses couches. Lorsque l'infection passe à la chronicité, les éléments de la muqueuse et de la musculuse sont remplacés par du tissu conjonctif ; le cœcum devient alors un sac pseudo-membraneux sans pouvoir contractile.

L'état du côlon proximal varie selon la durée de la stase et sa musculature peut à tel point s'atrophier qu'il devient distendu, atone, ne se vidant que par regorgement.

CHAPITRE V

Physiologie pathologique

L'affirmation de Lane que le gros intestin n'est qu'une fosse d'aisance « a cesspool of the system » doit être entièrement rejetée ; très importante au contraire, est la fonction du côlon et principalement de son segment cœco-ascendant. Le chyme parvient au cœcum vers la quatrième heure après l'ingestion des aliments et le segment colique droit est complètement rempli jusqu'à l'angle hépatique entre cinq et huit heures. Entre dix et douze heures, le cœcum et le côlon droit sont vides, les matières ayant déjà franchi l'angle splénique. Tous ces chiffres sont naturellement variables selon les individus et tant que la traversée des aliments n'est pas beaucoup plus longue qu'elle doit l'être normalement, il ne saurait s'agir de stase.

La progression des aliments dans le côlon droit est proportionnellement plus lente que dans l'intes-

tin grêle. Déjà cette lenteur de la marche du chyme au travers du segment cœco-ascendant, nous illustre l'importance de son rôle physiologique. Dans le réservoir cœcal il y a déshydratation des matières et absorption de leurs substances nutritives encore utilisables.

BOUDOUY et CARNOT, chez un sujet porteur d'un anus cœcal, ont pu analyser les selles cœcales. Ils ont vu que le contenu du cœcum est liquide et qu'il renferme entre 80 et 90 % d'eau. Parmi les substances nutritives, il reste encore des sucres qui disparaissent vers la 21^e heure ; on y retrouve une grande quantité d'amidon qui s'y résorbe complètement, de la cellulose qui n'y est pas attaquée et des graisses neutres. Il n'y a jamais de peptones, qui sont résorbées en totalité au niveau du grêle, cependant on y rencontre des substances aromatiques, de la tyrosine, des nhénols et de l'indol. La flore microbienne est iodophile et prend une large part à la fermentation des sucres et des amidons ; elle joue, en somme, un grand rôle en achevant les transformations digestives. Les selles cœcales qui sont acides contiennent donc une grande quantité d'eau et d'amidon, un peu de sucre, de la cellulose et des substances aromatiques, ainsi qu'une flore microbienne iodophile. Chez un malade porteur d'an us cœcal, nous sommes arrivés à des constatations identiques à celles de BOUDOUY et CARNOT. Les selles anales, au contraire, ont une réaction neutre ou alcaline ; elles ne contiennent que de la cellulose en petite quan-

tité et les bactéries du côlon sont mortes. On voit le rôle important que joue le côlon proximal dans les phénomènes digestifs : il parachève, en effet, l'œuvre de l'intestin grêle en permettant l'absorption des amidons et de l'eau.

Lorsque, pour une cause quelconque, soit une bride, une coudure, soit des troubles neuro-endocriniens, le cœco-ascendant entre en asystolie ; ses parois musculaires se contractant peu ou restant atones, le chyme après avoir franchi la valvule iléo-cœcale stagne et il s'y produit des fermentations anormales. Ces transformations anormales vont donner naissance à des corps toxiques. La tyrosine se dédouble en phénol et en crésol, substances éminemment toxiques. La fermentation des amidons aboutit à la production d'acides (acide butyrique) et de gaz (H , CO^2 , CH^4). Ces gaz vont surdistendre la cavité cœcale et seront un des facteurs importants de la douleur ; le phénol, le crésol et les acides résorbés seront responsables des troubles généraux et de l'amaigrissement.

La stase cœcale, par la fermentation des substances alimentaires qui séjournent dans le côlon proximal, peut ébranler fortement celui qui en souffre ; elle se distingue ainsi nettement de la stase recto-pelvienne qui ne porte aucune atteinte à l'état général, car au niveau de l'ampoule rectale les matières fécales ne contiennent plus aucune substance alimentaire. Ce caractère clinique si différent dans la

stase proximale et dans la stase distale nous montre quel rôle important joue le côlon droit et quels troubles généraux la stagnation du chyme à son niveau peut déclancher.

CHAPITRE VI

Symptomatologie

L'étude du syndrome douloureux du côlon proximal varie selon l'état d'atonie de la paroi cœco-colique, c'est-à-dire selon le degré de stase, quelle que soit la nature des lésions causales. Il est des femmes chez lesquelles des dispositions anatomiques anormales existent, chez lesquelles des membranes péricoliques viennent s'étaler et parfois même brider la portion ascendante du côlon et qui ne présentent aucun trouble fonctionnel, aucun phénomène douloureux. La lésion anatomique est, dans ces cas, bien compensée par un cœco-ascendant dont la paroi musculaire résistante triomphe facilement de l'obstacle et suffit à obtenir sa déplétion physiologique. Fortuitement, au cours d'opérations pour d'autres affections, nous avons vu plusieurs de ces malades qui, sans aucun doute, doivent être nombreuses. Le cœcum et le côlon ascendant ont pu alors rétablir une sorte d'équilibre et réactiver, par

l'hypertrophie de leur paroi musculaire, la circulation intestinale. Nous croyons donc que la question doit être cliniquement envisagée par rapport à la compensation de la lésion par le cœco-ascendant.

Nous distinguons deux types cliniques, conditionnés par le degré d'atonie de la paroi cœcale et colique droite. L'un, le *type hypotonique*, réalise le début de l'affection, la stase commence à s'installer dans le cœco-ascendant, mais elle existe déjà depuis si peu de temps que la résorption des produits toxiques de fermentation amène peu d'effets morbides, le foie suffisant à les neutraliser ; l'état général n'est pas atteint. Au contraire, dans l'autre *type*, l'*atonique* l'auto-intoxication est grande et elle domine à elle seule toute la symptomatologie ; il se constitue ainsi de nombreux tableaux cliniques différents selon les organes plus spécialement touchés.

1° LE TYPE HYPOTONIQUE.

Ce type caractérise le début de la décompensation, il extériorise les premières souffrances du côlon proximal qui entre en une sorte d'état hyposystolique et ne peut plus assurer normalement le circuit intestinal. Cet état hyposystolique chez certains malades va s'établir définitivement et tendre progressivement vers l'atonie, sans que jamais le cœco-ascendant retrouve une puissance musculaire suffisante pour rétablir l'équilibre. Chez d'autres malades, l'hypotonie survient par crise à la suite de sur-

menage ou d'écart alimentaire, le cœcum récupérant rapidement une tonicité qui lui permettra de faire disparaître la stase temporaire. Ces crises seront plus ou moins nombreuses, mais d'une façon générale à leur suite, le côlon proximal versera dans l'hypotonie définitive pour s'acheminer vers un état atonique. Dans les deux cas, la stase stercorale est toujours minime et la résorption des produits de fermentation, se faisant depuis peu de temps, l'état général reste floride et il est tout au moins peu atteint. Les symptômes se résument seulement en des troubles fonctionnels et en signes physiques.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

A. Douleur :

Quelques malades, ce qui est moins fréquent, se plaignent d'une sensation continuelle de pesanteur à la région cœcale dans la fosse iliaque droite. D'une façon générale, il s'agit plutôt de malades qui souffrent par périodes. A l'occasion de fatigue, d'excès alimentaire ou à la suite de l'ingestion de certains aliments qui semblent jouer un rôle anaphylactique (obs. 50), une sensation de ballonnement, de tiraillage apparaît dans le territoire du cœco-ascendant. Cette douleur survient le plus souvent au moment où le cœcum se remplit ou lorsqu'il se vide ; elle est peu violente et n'a pas de répercussion sur l'état général. Elle n'irradie pas et disparaît presque subitement, si le malade se place en décu-



bitus latéral gauche ou s'il masse sa fosse iliaque droite (obs. 54). La disparition de la sensation douloureuse s'accompagne de déplacements de gaz que traduisent des bruits musicaux dans le flanc droit. Chez d'autres malades, la douleur est plus violente. Ce sont des coliques, des torsions qui persistent pendant quelques heures et se terminent brusquement par une émission abondante de gaz par l'anus. Dans tous les cas, la douleur a toujours ceci de très caractéristique, qu'elle dure peu et disparaît subitement avec un déplacement ou une émission de gaz.

B. Constipation :

Chez ces malades, la constipation est habituelle ; ils peuvent rester un ou deux jours sans aller à la selle. Les selles ont ordinairement un aspect normal, cependant chez plusieurs de nos malades, nous avons constaté des matières pâteuses du type cœcal : véritable chasse du cœco-ascendant qui réagit violemment. A cette période, l'examen coprologique est normal, sauf dans ces cas de selles du type cœcal où on retrouve une quantité considérable d'amidon non encore digéré.

SIGNES PHYSIQUES.

Dans le type hypotonique, l'examen physique possède, à lui seul, une réelle valeur pour diagnostiquer la maladie ; cependant les résultats qu'il donne subissent des variations selon la période à laquelle il est pratiqué. Parfois il n'existe pas de signes très

précis d'hyposystolie cœcale, car au début de l'affection le côlon droit n'est pas continuellement distendu, atone et rempli de produits de stagnation, la maladie évoluant alors par crises. De même, cinq ou six heures après un repas, il est fréquent de percevoir au niveau d'un cœcum normal du clapotage et du gargouillement, qui indiquent son remplissage physiologique et ce n'est que quelques heures plus tard que ce clapotage disparaîtra, le contenu cœcal devenant pâteux sous l'effet de la digestion. L'examen aura donc une valeur réelle que s'il est fait entre cette période de remplissage du cœcum ; de même, il sera plus démonstratif, pendant les petites crises douloureuses qui coïncident toujours avec une surdistension du cœcum.

La palpation est le moyen d'examen le plus démonstratif pour déceler une hypotonie cœcale. Pour la pratiquer il faut observer certaines règles. Il est d'abord utile de soulever, ainsi que DUVAL le fait, le siège du malade pour favoriser la descente de la masse grêle vers le diaphragme. Puis, la palpation sera faite en décubitus dorsal et en décubitus latéral gauche. La main est largement posée à plat sur la partie droite de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque et du flanc et la pulpe des doigts atteint le bord externe du muscle droit. Au moment de l'expiration les doigts s'enfoncent lentement vers la profondeur. Puis, ils se recourbent vers le dehors en « râclant » la fosse iliaque. Les doigts peuvent, ainsi que nous l'avons observé dans les observations 24, 40, 54,

etc., sentir le cœco-ascendant, distendu par les gaz et les matières en stagnation ; c'est une masse allongée, tendue, élastique, souple et renitente en forme de « boudin », et tympanique à la percussion. Si la palpation devient insistante, il est fréquent de noter un affaissement subit du boudin cœcal, qui s'accompagne de gargouillements (obs. 51, 53, 54). La main est alors parvenue à vider subitement le cœcum de ses gaz.

Dans d'autres cas, plus nombreux, à cette phase d'hypotonie, il est impossible de percevoir un cœcum distendu. Cependant, la palpation garde sa valeur, elle nous permet alors de trouver le gargouillement dans la fosse iliaque droite, et la percussion montre un tympanisme très net.

Chez d'autres malades, ni le boudin cœcal, ni le gargouillement ne peuvent être perçus. *La percussion* devient une manœuvre très importante ; elle indiquera le tympanisme de la fosse iliaque droite qui met bien en évidence la distension cœcale.

Toutes ces manœuvres palpatoires s'accompagnent, d'une façon générale, d'une douleur vague. Toutefois il existe souvent (obs. 6, 7, 11, 19, 25, 29, 42) une douleur précise au point de Mac Burney, ce qui démontrerait la coexistence d'une appendicite chronique.

Chez plusieurs malades, et en particulier chez ceux où la stase découle d'une hypotonie par troubles sympathiques, le signe de Rosving est net : la palpation au niveau de l'angle gauche détermine

une douleur vive dans la région du cœcum. L'existence de ce signe chez les vagotoniques paraît expliquer la facilité avec laquelle les gaz peuvent refluer vers le côlon proximal, libre de toutes brides.

L'auscultation de la fosse iliaque droite nous permettra parfois d'entendre des déplacements minimes de gaz ; elle n'a pas une grande valeur de diagnostic.

Dans ce type d'hypotonie cœcale, tous les signes physiques que nous venons de voir peuvent être au complet : la perception du boudin et son affaissement provoqué, le gargouillement et le tympanisme de la fosse iliaque droite. Cependant, seul le tympanisme et de légers gargouillements seront perçus chez ceux où la stase est peu prononcée, où le cœco-escendant est peu distendu.

Quoiqu'il en soit, pour éviter les erreurs faciles, il ne faut jamais oublier que normalement, au moment de sa réplétion physiologique, le cœcum peut clapoter. L'épreuve du gargouillement n'aura donc de valeur que s'il est perçu en dehors de la période de réplétion physiologique de cet organe et que s'il est joint aux autres signes. Pour éviter une fausse interprétation des faits, nous préférons examiner nos malades le matin ou immédiatement après les repas, c'est-à-dire au moment où les matières doivent avoir normalement franchi l'angle sous-hépatique.

De plus, nombreux sont les malades, à cette période, chez lesquels l'hypotonie se manifeste par

crises : le cœco-ascendant cédant pendant quelques jours à sa tâche de compensation ; c'est alors durant ces crises d'hypotonie que l'examen sera plus révélateur.

A cette phase du syndrome douloureux du côlon proximal, les troubles généraux que nous verrons particulièrement intense, à la période d'atonie, n'existent pas ou sont peu marqués. Toutefois, dans les cas de stase proximale, conséquence d'un déséquilibre sympathique ou endocrinien, nous trouverons des symptômes caractéristiques de cette déficience, symptômes que nous aurons l'occasion d'étudier plus loin.

2° LE TYPE ATONIQUE

Lorsque le cœco-ascendant a depuis quelque temps fléchi à sa tâche de compensation, il entre après une période variable dans une phase d'atonie, qui peut devenir définitive, qui est parfois entrecoupée de réaction contractile de l'organe. La stase se fait alors de plus en plus longue et les matières peuvent stagner jusqu'à 72 heures (obs. 8).

Cette rétention cœcale a lieu sur des matières semi-liquides soumises encore au processus digestif donnant lieu à des fermentations. Il se produit ainsi des corps toxiques qui sont résorbés facilement et le foie, pendant quelque temps, parvient à les neutraliser. Cependant il finit par succomber plus ou

moins et l'état général subit des modifications très importantes.

A cette période de la maladie, ce qui domine toute la symptomatologie, ce sont ces troubles généraux, les signes d'auto-intoxication. C'est vers eux que se trouve portée toute l'attention du malade, et souvent ce sont eux qui le forceront à venir consulter, la douleur et la modification des selles passant au second plan.

SIGNES D'INTOXICATION

A. *Amaigrissement* :

Le premier signe qui apparaît est l'amaigrissement. Cette perte de poids peut être considérable et rapide (obs. 40, 49). L'amaigrissement est rebelle à tous les traitements médicaux et malgré un repos prolongé, les malades ne peuvent reprendre le poids perdu. Il est fonction de la disparition du tissu adipeux et de l'atrophie musculaire. La fonte grasseuse porte non seulement sur le tissu adipeux des **interstices musculaires**, mais aussi sur les coussinets qui solidarisent les organes, le rein et les mésentères. Tous les muscles striés ou lisses s'atrophient, soumis qu'ils sont à l'action nocive continue des produits toxiques de résorption. Adami et Lane affirment qu'il s'y ajouterait même un certain degré de dégénérescence, donnant au tissu musculaire une coloration pâle.

Cette fonte grasseuse et cette atrophie musculaire

conduit rapidement le malade vers une *viscéroptose*, que nous verrons compliquer souvent le syndrome douloureux du côlon proximal.

B. *Troubles nerveux* :

Les troubles nerveux sont parmi les plus fréquents, et nous les avons observés chez tous les malades présentant une stase prolongée ; on peut donc les considérer comme constants.

Le premier signe qui apparaît et qui se montre souvent précocement est la *céphalée*. Les malades se plaignent d'une pesanteur frontale que parfois le sommeil même atténue peu.

Il existe de plus un *vertige* accentué, durable, qui augmente nettement avec les phases de constipation (obs. 52).

En outre, les malades atteints de stase cœcale éprouvent une sensation de *fatigue*, ils sont déprimés et tout travail physique et intellectuel leur est difficile. La nuit ne leur est pas réparatrice, ils ont de l'insomnie ou se plaignent de cauchemars, si bien qu'à leur réveil ils éprouvent une fatigue qui s'accroît jusqu'au soir. Chez eux on note un état de *nervosisme* qui même s'il existait avant la maladie, est fortement augmenté à cette période de l'affection. Leurs réflexes patellaires sont vifs et tous les réflexes d'automatisme sont violents.

Les céphalées, les vertiges, les périodes d'insomnie, la fatigue physique et intellectuelle acheminent souvent ces malades vers un état de neuras-

thénie. Toute leur attention se concentre alors vers leur abdomen ; les moindres symptômes sont notés, un médecin, puis un autre, est consulté, et ils deviennent parfois ces « balafrés du bistouri » qui ont subi soit une ligamentopexie et même une chlecystectomie.

A côté de ces troubles viennent se ranger ceux du système neuro-végétatif. Ces symptômes de *déséquilibre du système sympathique* se retrouvent très fréquents chez les malades atteints de stase cœcale. Chez quelques-uns ils sont *antérieurs* au mauvais fonctionnement de l'intestin et paraissent alors être la *cause efficiente* du syndrome douloureux du côlon proximal (obs. 7, 8, 30). Antérieurs à l'état intestinal, ils n'en subissent pas moins une excitation et il s'établit alors un véritable cercle vicieux : les troubles sympathiques qui, dans quelques cas, nous paraissent conduire le cœcum vers une atonie, sont eux-mêmes exaltés, lorsque la stase s'établit au niveau du cœco-ascendant et, de même, cette exaltation augmente l'atonie cœcale. Chez d'autres malades dont le cœcum présente une stagnation intestinale prolongée, nous voyons (obs. 11, 54), des troubles sympathiques apparaître à la suite de l'auto-intoxication due aux produits de résorption cœcale. Les troubles du système neuro-végétatif peuvent donc préexister à la stase et en être la cause ; ils peuvent aussi être la conséquence de l'action nocive des produits de la stase. Dans l'un et l'autre cas, ils sont nettement influencés par

l'atonie du côlon proximal et s'accroissent en rapport avec la durée de la constipation.

Chez les déséquilibrés du système chromaffine, nous sommes arrivés aux mêmes conclusions que François Moutier, à savoir que ce sont toujours des symptômes de vagotonisme qui prédominent. Ces malades sont pâles, leurs extrémités sont cyanosées, moites et froides (obs. 7, 8, 10, 34) ; ils ont des transpirations abondantes et faciles et une salivation intense. Ils sont souvent opprimés et se plaignent de palpitations cardiaques. Leurs réflexes sont vifs et il existe chez eux un dermographisme très marqué et parfois du tremblement de la langue et des doigts. Leurs urines sont phosphaturiques et leur tension artérielle est au-dessous de la normale. Chez eux le réflexe oculo-cardiaque est exagéré (obs 7, 8, 29, 54, 55), et ils réagissent à la pilocarpine (un centigramme en injection sous-cutanée) qui provoque une sialorrhée et une sudation abondante, de l'épiphora, une rougeur de la peau et une chute de la tension artérielle (obs. 7). Il est fréquent de trouver le suc gastrique des vagotoniques très hyperchlorydrique.

C. *Troubles endocriniens :*

A ces troubles de vagotonisme s'associent ordinairement des signes de déséquilibre des glandes endocrines. Ces troubles endocriniens préexistent, dans certains cas, comme le vagotonisme à la stase cœcale et en sont, peut-être, la cause. Chez d'autres malades dont l'atonie cœcale est la conséquence de

brides, des symptômes de déséquilibre endocrinien naissent sous l'action nocive des corps toxiques en circulation.

On note parfois des signes de petite insuffisance thyroïdienne (obs. 7, 30, 54) : le teint des malades est jaunâtre, les cheveux grisonnent de bonne heure, la peau est sèche, rude ; les malades présentent une grande sensibilité au froid, et il existe une tendance à l'obésité, le pouls est faible, la tension peu élevée. Chez d'autres malades, et ce sont les plus nombreux, des signes d'instabilité thyroïdienne apparaissent. Il s'associe alors à la fois des signes d'hypothyroïdie et des signes d'hyperthyroïdie. Ces malades ont de la frilosité, de l'alopecie, de la constipation d'une part, des palpitations, de l'éclat des yeux, de l'hypersecretion sudorale d'autre part. Le *métabolisme basal* est profondément troublé dans ces instabilités thyroïdiennes ; il est le plus souvent abaissé (obs. 30).

Chez d'autres malades nous avons noté des signes de petite insuffisance surrénalienne, et. Lane rattache la pigmentation cutanée caractéristique chez les constipés à cette insuffisance de la sécrétion surrénalienne.

La fréquence des troubles d'insuffisance ovarienne est grande chez les femmes présentant un syndrome douloureux du côlon proximal (obs. 30, etc.).

Enfin, il existe des cas où des signes de déséquilibre de plusieurs glandes endocrines s'associent pour créer un tableau clinique assez complexe ;

mais nous n'avons pas ici l'intention de dresser ce tableau clinique assez complexe, ce qui pourrait nous entraîner trop loin de notre sujet.

Pourtant il importe de connaître que dans le syndrome douloureux du côlon proximal, à la phase d'atonie, la résorption des toxines, nées de la fermentation cœcale, entraîne souvent un déséquilibre des glandes endocrines, déséquilibre qui s'associe dans de nombreux cas à des symptômes de vagotonisme. Au contraire, dans d'autres cas (obs. 7, 8, 30) l'instabilité des glandes à sécrétion interne et l'état de vagotonisme nous ont paru préexister aux troubles intestinaux et créer l'atonie du cœco-ascendant.

D. Troubles cutanés :

Ces troubles nous semblent plus en rapport avec les perturbations du système neuro-végétatif et avec l'amaigrissement.

Ce dernier entraîne chez des sujets encore jeunes l'apparition de rides, l'atrophie des seins et la saillie des os. La peau au niveau des régions exposées aux frottements répétés se pigmente en brun, elle devient rugueuse. Les malades alors prennent un aspect de sénilité précoce, d'autant que les cheveux deviennent gris de bonne heure, comme nous l'avons déjà signalé.

Enfin le derme, continuellement irrité par les produits toxiques dans son rôle d'émonctoires, peut subir des lésions importantes : telles que l'acné, la furonculose et l'eczéma, ainsi que Mayr l'a noté.

E. *Troubles circulatoires :*

Tous les signes de perturbation du système vaso-constricteur découlent du déséquilibre du système sympathique. C'est une cyanose (obs. 7, 8, 10, 34) et un refroidissement des extrémités que nous avons notés chez plusieurs malades présentant des signes de vagotonisme. Pour Adami, cet état de vaso-constriction constitue déjà un degré de la maladie de Raynaud, et Lane rapporte un cas d'asphyxie locale des extrémités guéri par une colectomie totale.

Nous croyons que les autres désordres du système cardio-vasculaire sont en rapport avec l'irritation directe du tissu cardiaque et des parois artérielles par les substances toxiques de résorption cœcale.

Cependant nous ne pouvons nous ranger à l'avis de MAYR et de RUSSELL qui croient que la constipation conduit à une hypertension ; au contraire, chez la plupart de nos malades nous avons enregistré un abaissement de la tension artérielle.

De même, nous n'admettons pas l'opinion émise par Adami que la constipation puisse devenir la cause d'endocardite ulcéreuse et de myocardite. Nous rejetons donc énergiquement les théories émises par certains disciples de Lane qui veulent rattacher toute affection cardiaque dont la cause n'est pas évidente au syndrome douloureux du côlon proximal.

Sans doute, il nous faut admettre une certaine prédisposition à l'artériosclérose, comme tous les

corps toxiques sont susceptibles de la produire. Quoiqu'il en soit, nous pensons plus logique de rattacher une partie des troubles circulatoires au déséquilibre du système neuro-végétatif.

F. Troubles respiratoires :

Ebstein et Hurst admettent l'action prépondérante de la constipation sur la production de *l'asthme*, et tous deux citent plusieurs asthmatiques guéris par un traitement médical tendant à régulariser leurs intestins ou par une colectomie. Chez aucun de nos malades nous avons trouvé des troubles asthmatiques ; cependant l'influence productrice de la stase stercorale droite sur l'asthme nous apparaît comme probable.

Hurst croit que cet état pathologique est créé par l'action directe des corps toxiques sur les muscles bronchiques. Toutefois, nous préférons nous ranger à l'avis de LIAN et CATHALA, qui rattachent l'asthme à de l'hypervagotonisme et croire qu'ici le déséquilibre du système neuro-végétatif peut constituer l'asthme.

G. Troubles urinaires :

Il ne fait aucun doute que l'irritation constante du tissu rénal par les toxines alimentaires puisse entraîner de l'albuminurie et de la cylindrurie passagère ; ces toxines peuvent même, comme nous le verrons plus loin, compliquer le syndrome douloureux du côlon proximal et créer des lésions rénales graves.

H. *Troubles gastriques* :

Les malades souffrant de stase au niveau de leur cœcum ont la langue chargée et l'haleine fétide ; ils présentent de la carie dentaire, qui serait fréquente pour Mayr, et certains ont de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Chez eux Lane a souvent trouvé de la stomatite. Il existe toujours de l'anorexie et de l'inappétence et chez plusieurs nous avons remarqué un dégoût prononcé pour les graisses (obs. 26, 29, 54, 55), symptôme qui, à notre avis, indiquerait une insuffisance hépatique ; de plus, il est fréquent de rencontrer un état nauséux, surtout matutinal. Les digestions sont, d'une façon générale, lentes et pénibles, ce qui s'expliquerait par un état de ptose gastrique, consécutive à l'amaigrissement.

Chez certains malades chez lesquels le suc gastrique fut analysé (obs. 12, 14, 17, 24), nous avons constaté de l'hyperchlorhydrie, et sur ce fait nous nous rapprochons nettement des constatations de Blake, qui a trouvé une hyperacidité dans 24 p. 100 des cas. Cependant, nous croyons que l'hyperchlorhydrie n'est pas la conséquence d'une action directe de la constipation sur la sécrétion gastrique ; elle nous paraît, au contraire, en rapport avec le déséquilibre du sympathique, avec le vagotonisme.

De même, les malades dont le système nerveux est fortement ébranlé ont souvent de l'aerophagie, qui vient en quelque sorte augmenter les troubles gastro-intestinaux. Chez une de nos malades (obs.

52) l'aérophagie et l'aérocolie se sont manifestées avec une intensité telle qu'après l'opération nous avons pu craindre l'ébauche d'un syndrome d'occlusion.

I. *Troubles des glandes digestives annexes.*

Il est admis que certaines auto-intoxications ont une action hépato-toxique. Aussi il est fréquent de voir les constipés droits présenter une insuffisance hépatique. Celle-ci, ordinairement légère, se manifeste par une tendance aux hémorragies, par une augmentation du temps de coagulation, par la présence d'une petite quantité de sels biliaires dans les urines et par une augmentation du coefficient de Maillard. Chez eux existe un certain dégoût pour les aliments gras **et** l'analyse des matières fécales nous montre que les graisses sont incomplètement digérées (obs. 12).

A côté de cette insuffisance hépatique, nous avons remarqué chez plusieurs malades une insuffisance digestive pancréatique. L'analyse coprologique nous a fait voir une stéatorrhée, et la présence au microscope de fibres musculaires non digérées (obs. 54).

S'il est certain que de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance pancréatique peuvent se constituer sous l'influence nocive des toxines alimentaires venues du cœco-ascendant atonique, est-il possible que dans certains cas ces insuffisances glandulaires

soient antérieures aux troubles intestinaux et en être parfois la cause ?

Tous ces troubles généraux, consécutifs à la résorption des produits toxiques au niveau du cœcum peuvent coexister à la fois. Cependant chez nos malades, ce sont les troubles sympathiques et les troubles de déséquilibre des glandes endocrines qui nous ont toujours paru les plus importants et les plus fréquents. D'ailleurs plusieurs des autres troubles sont, à notre avis, en relation intime avec l'atteinte du système neuro-végétatif, pour ne citer que les symptômes vaso-constricteurs, l'hyperchlorhydrie et l'asthme.

Le syndrome douloureux du côlon proximal, à la phase d'atonie, a donc un tableau clinique beaucoup plus impressionnant qu'au début par l'apparition de tous ces troubles généraux, qui font alors passer au second plan les symptômes fonctionnels et les signes physiques.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Dans le type atonique, les troubles douloureux sont plus accusés et plus caractéristiques. Il arrive souvent que les malades éprouvent une sensation continuelle de pesanteur à la fosse iliaque droite. Cependant la douleur évolue par paroxysmes, qui surviennent au moment de la réplétion physiologique du cœcum et qui traduisent une surdistension brusque, de nouvelles matières s'ajoutant à celles qui stagnent déjà dans le cœco-ascendant. Brusque-

ment la malade accuse une sensation de colique, de ballonnement ou de torsion au niveau du côlon droit. Parfois des nausées et même des vomissements peuvent apparaître ; le faciès devient anxieux et prend l'expression de la douleur, mais il ne se pince pas. La température reste normale ou oscille vers 38° et le pouls s'accélère très peu. Rapidement la crise prend fin au bout de quelques heures par une émission abondante de gaz par la bouche et par l'anus ou par une débâcle diarrhéique.

Entre ces paroxysmes, le malade qui conserve sa région endolorie est constipé. La constipation est tenace et ne cède qu'aux laxatifs ; ces phases de constipation se terminent souvent par des débâcles diarrhéiques, véritables regorgements cœcaux. Durant cette période de diarrhée qui peut persister pendant deux ou trois jours, les selles sont pâteuses, en « bouse de vache », selon l'expression de de Martel et Antoine. Cette diarrhée traduit parfois une réaction violente, un réveil brutal du cœcum atonique ; d'autres fois elle est la suite d'un regorgement cœcal avec chasse rapide de tout le reste du gros intestin ; enfin, ce qui nous apparaît comme fréquent, la diarrhée est la conséquence d'un choc colloïdologique ou anaphylactique. Il nous est, en effet, arrivé de voir des malades présentant des débâcles diarrhéiques à la suite de l'ingestion de certains aliments et nous avons remarqué chez une de nos malades (obs. 50) que la mise en contact de diverses substances alimentaires sur une scarification épidermique pro-

voquait localement une réaction urticairienne et même des phénomènes diarrhéiques avec les aliments qui chez elle déclanchaient de la diarrhée. D'ailleurs la suppression de ces substances alimentaires a nettement amélioré notre malade. L'analyse de ces selles diarrhéiques nous a montré, dans tous les cas, qu'il s'agissait de selles du type cœcal, où on retrouve une quantité considérable d'amidon non encore digéré.

Après ces périodes de diarrhée, la constipation réapparaît opiniâtre et c'est alors que tous les troubles généraux et la douleur augmentent en intensité.

SIGNES PHYSIQUES :

Les signes physiques sont les mêmes qu'à la période d'hypotonie ; cependant ils sont plus caractéristiques et plus faciles à saisir. On retrouve encore ici le « boudin cœcal » qui peut s'affaisser subitement sous la main, le gargouillement et le clapotage du cœco-ascendant, ainsi que le tympanisme de la fosse iliaque droite. Un autre signe s'ajoute parfois, c'est la constatation de points douloureux nombreux à la palpation ; ils siègent autour du cœcum et surtout sur son bord externe.

CHAPITRE VII



Evolution et Complications

Il est impossible de définir une évolution systématique du syndrome douloureux du côlon proximal. Cette évolution, ainsi que l'étude des symptômes nous l'a laissé entrevoir, est capricieuse et revêt de nombreux aspects cliniques. Cependant la maladie évolue toujours chronologiquement en passant par les deux types cliniques.

Au début, ce sont les signes locaux qui attirent l'attention du malade ; plus tard, lorsque le côlon droit devient atonique, l'organisme est fortement ébranlé et toute la symptomatologie est dominée par les troubles généraux. Sans doute le degré de stase et le degré d'atteinte de l'état général est variable chez chaque malade. Aussi voit-on des individus chez lesquels l'atonie cœcale n'apparaît que tardivement après des années de malaise et de constipation. Chez d'autres, au contraire, le deuxième type se

constitue presque d'emblée et dès le début naissent les troubles généraux.

Lorsque la paroi cœcale a encore une certaine vigueur musculaire, il est fréquent de voir évoluer la maladie par crises. Ces crises douloureuses varient en fréquence et en intensité, et leur violence peut être telle qu'elles simulent une attaque d'appendicite. Les paroxysmes naissent ordinairement à la suite d'un surmenage ou d'un écart alimentaire. Ils paraissent parfois être déclenchés par l'ingestion de certains aliments qui produiraient, sans doute, un choc anaphylactique (obs. n° 50). Le substratum physiologique de ces crises est une atonie passagère du cœco-ascendant qui fléchit temporairement ; toutefois celui-ci possédant encore une certaine force musculaire se rétablit rapidement et les symptômes disparaissent.

A côté des paroxysmes dénotant une asystolie du cœcum, il est possible de rencontrer des crises d'un autre caractère et dont la pathogénie est autre. Le côlon ascendant par une cause inconnue, au lieu d'entrer en asystolie, réagit violemment et passe en une sorte de contracture passagère. Cette réaction violente, comme tout spasme, se traduit cliniquement par une douleur vive à la fosse iliaque droite et par une diarrhée ; cette diarrhée est la conséquence de cette énergique chasse du cœcum qui vide brutalement son contenu. L'analyse coprologique dénote alors une quantité notable d'amidon dans les

matières, qui n'ont pas ainsi subit entièrement la digestion.

Quoiqu'il en soit, que la maladie évolue par poussées ou qu'elle marche progressivement vers l'atonie cœcale, toujours à échéance plus ou moins longue le deuxième type se constituera. C'est alors que s'ajoutent aux troubles généraux que nous avons déjà étudiés des complications qui peuvent singulièrement assombrir le tableau clinique et qui orienteront le traitement d'une façon différente.

Parmi ces complications, les unes peuvent être mécaniques : il s'agit de torsion aiguë du cœcum entraînant une occlusion intestinale. D'autre part, certaines autres affections peuvent naître sous l'effet de l'action nocive des toxines alimentaires. Enfin, des complications infectieuses peuvent survenir soit au niveau du côlon, soit à distance.

COMPLICATIONS

A. MÉCANIQUES :

Torsion aiguë du cœcum et occlusion

La torsion aiguë du cœcum est une complication rare du syndrome douloureux du côlon proximal, qui s'observe avec plus de fréquence dans les pays baltiques. Malgré sa rareté, son étude n'en est pas moins intéressante à cause de son extrême gravité.

Du mécanisme de la torsion aiguë du cœcum il faut retenir deux faits. Dans quelques cas il y a ro-

tation sur l'axe intestinal, le cœcum et le côlon ascendant et une portion de l'intestin grêle subissent la torsion sur l'angle hépatique.

Cette torsion du cœco-ascendant se produit sous l'effet de fermentations anormales et subites qui en déterminent une distension suraiguë. Le cœcum se trouve alors projeté et il se crée un volvulus.

Cliniquement, la torsion aiguë du cœcum se caractérise par des symptômes communs d'occlusion intestinale et par des signes particuliers. Le premier symptôme est la douleur qui d'emblée atteint son maximum : c'est une sensation atroce de coliques ; elle siège non pas dans la fosse iliaque droite, mais à la région périombilicale. Puis des signes d'occlusion surviennent : ce sont des nausées, des vomissements, de l'arrêt des gaz et des matières. A l'examen on trouve un météorisme localisé à gauche de la ligne médiane. Si le malade n'est pas opéré d'urgence, un état toxémique se constitue et la mort arrive par syncope ou par collapsus.

Le pronostic de la torsion aiguë du cœcum est toujours très grave et seule une opération précoce permet de sauver quelques malades. CHALFAUT, de Pittsburg, sur une compilation de 119 cas a remarqué que 23 malades non opérés moururent tous, et sur les 96 opérés 57 succombèrent. Penther, dans sa thèse, trouve, sur 88 cas opérés une guérison de 40 p. 100.

B. COMPLICATIONS TOXIQUES

1° *Maladie de Glénard, viscéroptose, rein mobile.*

GLÉNARD, en 1885, est celui qui a le plus insisté sur la valeur pathologique des ptoses. C'est lui qui a complètement mis en évidence leurs facteurs pathogéniques. L'amaigrissement en est la cause primordiale ; celui-ci entraîne la disparition des coussinets graisseux, tel le mésentère, qui jouent un rôle important dans la contention des viscères. De plus, à cette cause s'ajoute un certain degré d'atrophie musculaire. La tension intra-abdominale est ainsi diminuée, les tuniques de l'intestin deviennent flasques, et la sangle musculaire, que constitue la paroi abdominale, fléchit comme soutien. Tous ces facteurs morbides occasionnent ainsi une chute des organes intra-abdominaux, l'utérus se prolable et le rein devient mobile.

Le syndrome douloureux du côlon proximal, que nous avons vu atteindre l'état général et produire un amaigrissement et une atrophie musculaire, réalise toutes les conditions pour engendrer une viscéroptose.

Aussi est-il fréquent d'observer à une période avancée de la stase cœcale cet état de ptose, qui en est une des complications les plus fréquentes. Le bas-fond de l'estomac s'allonge et s'abaisse et des symptômes dyspeptiques s'installent. A l'examen radiologique de l'intestin on voit le côlon transverse ptosé, qui prend la forme d'un V dont les deux branches s'accolent au côlon droit et au côlon gauche ;

parfois même l'angle sous-hépatique est perçu dans la fosse iliaque droite et le cœcum tombe dans la cavité pelvienne. Enfin, il est fréquent de découvrir à la palpation du flanc un rein qui fuit entre les doigts. Cette ptose de la masse grêle et des côlons conduit rapidement vers une stase intestinale généralisée.

Celle-ci est, à notre avis, beaucoup plus fréquemment une complication du syndrome douloureux du côlon proximal qu'une entité morbide, capable de produire une stase cœcale. Sans doute, il est des cas où la maladie de Glénard a pour cause une autre affection dont l'évolution a produit dans l'organisme de l'amaigrissement et de l'atrophie musculaire ; dans ces cas seulement la stase peut s'installer, non seulement au niveau du côlon droit, mais aussi dans tout le tractus intestinal.

2° Maladie de Raynaud.

La maladie de Raynaud, que plusieurs auteurs rattachent à un trouble sympathique avec surexcitabilité des centres vaso-moteurs, peut s'établir à la suite d'une stase stercorale. Lane rapporte le cas extrêmement démonstratif de cet homme de 24 ans chez lequel des signes évidents de maladie de Raynaud existaient et qui présentait, en même temps, des symptômes précis de stase intestinale ; une colectomie rétablit chez cet homme une circulation périphérique normale. De même, le docteur Hawkins, d'après Hurst, cite un autre cas d'asphyxie locale

des extrémités chez lequel une cœcostomie mit fin aux troubles artériels.

Personnellement, nous n'avons, chez aucuns de nos malades, remarqué un syndrome de Raynaud. Cependant il nous fut fréquemment permis d'observer une cyanose et un refroidissement des extrémités, sans qu'il existe des signes de gangrène des doigts.

Quoiqu'il en soit, il faut remarquer que si la maladie de Raynaud est une complication possible du syndrome douloureux du côlon proximal, elle n'en est pas moins une *complication fort rare*.

3° Affections du sein.

Lane a plusieurs fois insisté sur la stase intestinale comme productrice de la mastite chronique. De même, Hurst cite dans son livre sur la constipation le cas de Butler où une mastite chronique coïncidait avec une stase stercorale. Nous n'avons pu nous faire une conception personnelle de cette relation pathologique entre ces deux affections par l'étude des malades qu'il nous fut permis d'observer, car aucune ne présentait de modifications du côté des seins. Cependant nous préférons croire que le syndrome douloureux du côlon proximal ne saurait causer des lésions de mastite chronique ; celles-ci, bien que leur étude soit encore entourée d'obscurité, nous paraissent, d'une façon générale, avoir une cause infectieuse locale.

Si nous avons classé ces maladies du sein parmi les complications, ce n'est que pour mieux illustrer combien, à notre avis, la stase a peu d'influence sur la genèse de ces affections de la glande mammaire.

4° *Ovarites scléro-kystiques.*

L'ovarite scléro-kystique, qui serait, selon J.-L. Faure, un trouble dystrophique de l'appareil génital, est une des complications fréquentes de la stase proximale. Lane et Adami ont depuis longtemps porté leur attention vers la recherche de ces lésions ovariennes au cours de l'atonie cœcalé. Pour notre part, chez le plus grand nombre de nos malades, l'état des ovaires fut recherché avec soin, et sur les 53 observations de femmes que nous présentons, nous avons rencontré, lors des interventions, 6 fois des lésions caractéristiques d'ovarite scléro-kystique (obs. 15, 18, 23, 29, 30, 40).

Le fait est donc certain que la stase intestinale a une grande influence sur la production de cet état dystrophique des ovaires. Par quel mécanisme est-il possible d'expliquer cette influence morbide des troubles intestinaux ? Pendant de nombreuses années l'ovarite scléro-kystique fut considérée comme une manifestation infectieuse. Cependant l'infection n'est plus admise comme facteur pathogénique possible. C'est à la congestion que les auteurs font maintenant jouer un rôle prépondérant dans la genèse de cette affection. « On peut se demander si certains produits toxiques, dus à l'infection de l'in-

testin, n'exercent pas une action sur l'ovaire. » (J. L. Faure).

Malgré la fréquence relativement grande des ovarites scléro-kystiques au cours de la stase intestinale, il faut, cependant, rechercher jusqu'à quel point les lésions ovariennes découlent de l'affection intestinale ; ne sont-elles pas antérieures à la constipation et ne seraient-elles pas productrices de cette insuffisance ovarienne, si fréquente dans le syndrome douloureux du côlon proximal, insuffisance ovarienne qui paraît, dans certains cas, avec les autres troubles endocriniens, déclancher ou créer l'atonie du cœco-ascendant.

5° *Lithiase biliaire.*

La lithiase biliaire apparaît parfois à la suite d'une stase intestinale. Kraus, d'après Hurst, trouve que 80 p. 100 des lithiasiques ont de la constipation. Mayr et Adami considèrent les troubles intestinaux comme capables d'engendrer des calculs dans les conduits de la bile.

La formation des calculs est-elle en relation avec une infection partie du cœcum vers le foie ? La seule action des microbes sur la paroi de la vésicule suffirait-elle alors à mettre en liberté des substances nécessaires à la précipitation de la cholestérine ? L'hypercholestérinémie nous semble, au contraire, beaucoup plus susceptible d'engendrer la formation des calculs. Nous savons, en effet, que l'augmenta-

tion du taux de la cholestérine peut venir d'une hypersécrétion des glandes endocrines. Or, dans la stase stercorale, nous avons vu ces troubles endocriniens fréquents. Il serait donc possible de rattacher la lithiase biliaire à l'atonie cœcale par ce mécanisme de déséquilibre des glandes à sécrétion interne, qui par leur hyperactivité déclancheraient une hypercholestérinémie.

6° *Ulcus gastrique* :

La constipation est un phénomène si fréquent au cours de l'évolution de l'ulcère gastrique que plusieurs l'ont classée comme un symptôme très important de la maladie. ΜΟΥΝΙΑΝ, en 1910, a le premier attiré l'attention sur la coïncidence de l'ulcus et de l'appendicite ; ΜΑΗΝΕΡΤ est allé jusqu'à prétendre que des lésions appendiculaires sont trouvées dans 66 % des cas. Enfin, le fait est clairement connu que des phénomènes de colite se développent parallèlement à l'ulcus. La coïncidence de troubles intestinaux et d'ulcus gastrique est donc une notion bien admise.

Cependant les auteurs se sont toujours demandé laquelle des lésions préexistait et si vraiment l'une pouvait être la cause efficiente de l'autre. Bien que de multiples théories pathogéniques aient été émises, la question ne paraît pas, à l'heure actuelle, complètement élucidée. Le syndrome douloureux du côlon proximal peut-il créer une solution de continuité au niveau des tuniques de l'estomac? *Sans*

vouloir considérer cette possibilité comme fréquente, nous croyons à l'influence productrice de la stase sur l'ulcus gastrique. Deux de nos malades ont été, postérieurement à leur opération intestinale, opérées pour un ulcus gastrique. L'une (obs. 14) fut hospitalisée à Bicêtre le 10 février 1920 pour des troubles intestinaux. Déjà, à cette époque, la malade présentait des phénomènes gastriques avec hyperchlorhydrie et un examen radiologique de l'estomac avait montré une encoche nette de la grande courbure ; cependant, l'exploration de l'estomac, lors de l'appendicectomie et de la libération des adhérences fit voir un estomac anormal. Durant près de deux ans la malade n'a cessé de se sentir mieux et de prendre du poids ; vers le mois de janvier 1923, des troubles gastriques survinrent qui nécessitèrent, en avril 1923, une résection large d'un ulcère de la petite courbure. L'autre malade (obs. 41), opérée en 1916, pour une libération d'adhérences péricoliques, réopérée en 1918 (hémicolectomie), puis en 1920 (iléo-symoidostomie), et en mars 1920 (colectomie totale), est, en 1922, prise de symptômes d'ulcus gastrique et subit une nouvelle opération (excision d'un ulcère de la petite courbure). Dans ces deux cas, on doit se demander si la stase intestinale a réellement eu un effet producteur sur l'ulcus gastrique. Une réponse affirmative, dans l'état actuel de la pathogénie de l'ulcus gastrique, nous paraît osée. Cependant, nous croyons que le syndrome douloureux du côlon proximal peut réaliser les conditions sus-

ceptibles d'engendrer une solution de continuité au niveau de la muqueuse gastrique. J.-C. Roux, dans son livre sur la Pathologie gastro-intestinale, croit que la pathogénie de l'ulcus est complexe et « qu'il faut surtout retenir, parmi les facteurs invoqués, en première ligne la nécrose toxique ou infectieuse, en seconde ligne, l'hyperchlorhydrie, la gastrite interstitielle et la stase ».

Or, si nous revoyons la pathologie de la stase cœcale et les troubles généraux qu'elle peut engendrer, nous y retrouvons facilement les divers facteurs évoqués par J.-C. Roux comme susceptibles de produire ulcus.

La gastrique interstitielle et la nécrose infectieuse de la muqueuse gastrique succèdent souvent à une infection généralisée, qui favorise le développement de colonies microbiennes dans les parois de l'estomac. Nous verrons, plus loin, que la stase stercorale droite peut souvent se compliquer d'infection de la paroi colique, quiensemence ainsi la circulation et permet la diffusion de l'infection. Quant à l'hyperchlorhydrie, nous avons vu combien sa fréquence est grande au cours du syndrome douloureux du côlon proximal. La stase gastrique peut elle-même découler de l'atonie cœcale par une viscéroplose que nous savons possible. Les facteurs étiologiques de l'ulcus gastrique sont donc retrouvés au cours de l'évolution de l'atonie du cœco-ascendant. *Aussi nous est-il permis de conclure que chez quelques malades présentant une stase cœcale l'évolution d'un ulcus gastrique est un fait possible.*

C. COMPLICATIONS INFECTIEUSES



1° Colites, typhlites :

Il apparaît comme certain que la stagnation des matières fécales au niveau du côlon ascendant puisse créer des altérations profondes des parois de ce segment intestinal. Comment le contraire serait-il ? En effet, il est logique d'admettre que l'irritation causée par les produits de la fermentation cœcale puisse entraîner des lésions pariétales du cœco-ascendant. Hurst de Martel, et Antoine et tous ceux qui ont écrit sur la stase intestinale n'hésitent pas à reconnaître comme vrai cet axiome. Guillaume, dans un article paru dans la *Gazette des Hopitaux* (1923), dit que « de quelque manière que l'on envisage le problème de ces inflammations, de ces perforations du cœcum et du côlon ascendant, et des lésions péritonéales qui en sont la conséquence, on voit donc que la stase des matières stercorales est à même d'intervenir pour déterminer leur production et que la typhlite stercorale, avec pour conséquence possible la perforation, est une affection avec laquelle il y a lieu de tenir compte dans la genèse des pérityphlites et une complication possible des typhlites stasiques ».

Cependant on est en droit de se demander si la typhlite et la pérityphlite ne sont pas dans quelques cas *antérieurs* à la stase proximale, et si alors l'atonie cœcale n'a pas pour cause efficiente ces phénomènes inflammatoires, qui créent des brides ou qui

déclanchent une perturbation dans la régularisation de l'influx nerveux nécessaire au fonctionnement normal du côlon droit. Pour nous, le fait apparaît évident et nous avons déjà exposé nos idées sur ces phénomènes inflammatoires, producteurs possibles de la stase.

Lorsque des lésions infectieuses viennent s'ajouter à l'atonie cœcale, le tableau clinique est singulièrement modifié. D'une façon générale, la stase augmente, d'autant que les brides s'épaississent et que la paroi cœco-ascendante enflammée possède moins de vigueur musculaire. Tous les symptômes du syndrome douloureux du côlon proximal sont, de fait, intensifiés. La douleur à la fosse iliaque droite est continue, accrue par la marche, interrompue de véritables exacerbations qui naissent au moment de la digestion cœcale, c'est-à-dire cinq heures après les repas. L'aspect des selles est très variable. D'une façon générale, la typhlite est une cœlite avec diarrhée de fermentation, mais il existe des cas où il y a soit une constipation, soit une diarrhée de putréfaction. François MOUTIER explique ces diarrhées de putréfaction par ce fait « qu'il s'agit de fermentations droites avec putréfaction gauche ». Parfois, le contenu cœcal est évacué rapidement dans le transverse, mais là il est immobilisé et subit les effets d'une constipation cœlo-sygmoidienne ; les malades ne sont pas alors diarrhéiques. Le caractère des selles n'est donc pas très précis dans la typhlite et ne saurait être un criterium pour en

établir le diagnostic. Cependant, les selles sont glai-
reuses, et renferment en quantité notable du mucus
et même du muco-pus. Lorsqu'il s'agit d'une diar-
rhée de fermentation, l'analyse coprologique mon-
tre que les matières évacuées contiennent de l'ami-
don et de nombreux microorganismes iodophiles ;
au contraire, dans la diarrhée putride, qui est la
plus fréquente, la flore iodophile est remplacée par
une flore protéolytique. Dans tous ces phénomènes
d'inflammation de la muqueuse colique, l'examen
coprologique fait voir la présence d'albumine, sans
bilurubine concomitante. Cette absence de pigments
biliaires prouverait que les substances albuminoï-
des décelées ne seraient pas d'origine alimentaire,
mais viendraient des lésions du gros intestin. A l'exa-
men physique des malades se plaignant de typhlite,
on trouve que la région cœcale entière est doulou-
reuse.

Tous ces symptômes passent parfois par de véri-
tables paroxysmes qui revêtent un caractère pseudo-
identique à celui des crises d'appendicite aiguë.
Les douleurs sont plus violentes, la température
s'élève mais ne dépasse pas 39°, le plus souvent
elle voisine 38°, de la diarrhée de putréfaction s'ins-
talle et des nausées, des vomissements peuvent
apparaître. Ces poussées aiguës ne persistent jamais
au delà de 5 jours, et dans la plupart des cas
elles sont sans gravité. Cependant, durant ces états
phlegmoneux de la paroi cœcale, des ulcères, puis
des perforations peuvent survenir. SOUPAULT (1920)

dans un travail où il compile vingt-sept cas de perforations intestinales au cours de còlite, montre que dans dix-sept cas la perforation siégeait sur le còlon proximal. Mais il faut se hâter d'ajouter que l'éventualité d'une telle complication est un fait rare. Bien plus fréquents, au contraire, sont les malades qui présentent à la fois un spasme du còlon gauche, et chez lesquels se réalise ainsi un syndrome de còlite muco-membraneuse.

L'apparition de phénomènes inflammatoires au niveau du cœco-ascendant, dans lequel les matières stagnent, est d'ordre courant. Ces typhlites qui jadis avaient été remplacées dans la nosologie par l'appendicite doivent attirer notre attention ; elles transforment singulièrement le tableau clinique de la stase cœcale, elles en modifient non seulement son évolution et son pronostic, mais elles en orientent en plus, d'une façon particulière, son traitement. Cependant, si la typhlite peut découler de la stase stercorale, elle peut aussi, comme nous l'avons vu, la précéder et engendrer les brides péricoliques, facteur pathogénique important du syndrome douloureux du còlon proximal.

2° *Appendicite chronique :*

La notion d'appendicite chronique, après avoir pendant des années régné en maîtresse sur la pathologie de la fosse iliaque droite, devient moins précise et plus hésitante. Déjà elle semble vouloir céder la place aux typhlites et aux pérityphlites. Sans doute,

les médecins du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle, ont trop violemment réagi en sortant du cadre vague des cœlites droites la notion d'appendicite : une réaction en appelle une autre. Les attaques contre l'appendicite chronique ont été dans ces dernières années si violentes que cette maladie menace d'être reléguée dans l'ombre et de devenir un point intéressant de l'histoire médicale. Le domaine de l'appendicite chronique est donc notablement diminué ; il a dû faire place à celui des affections du côlon proximal.

Cependant, de nombreux auteurs se demandent avec raison si des lésions chroniques de l'appendice ne seraient pas susceptibles de créer des troubles au niveau du cœco-ascendant, d'y produire une stase stercorale. GUILLAUME, dans une série d'articles parus dans la *Gazette des Hôpitaux* (1923), conclut que « chez aucun de ces malades, et bien qu'il y ait eu une stase droite prononcée avec, souvent, des phénomènes toxiques et même infectieux graves, et toujours une stase évoluant depuis très longtemps, il n'est apparu aucun trouble que l'on puisse raisonnablement rattacher à l'appendicite aiguë, subaiguë et chronique. » C'est donc une affirmation ferme qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre la stase et l'appendicite.

D'autres auteurs, au contraire, n'ont pas hésité à accorder un rôle prépondérant à l'appendicite chronique dans la genèse des membranes péricoliques susceptibles de produire une stase cœcale.

Déjà, en 1898, WALTHER met en évidence les lésions de l'épiploon, liées à l'inflammation chronique de l'appendice. DUROZELLE, dans sa thèse (1918), observe des lésions d'épiploïte chronique coïncidant dans cinquante-huit cas sur cent cinq, avec des lésions d'appendicite, et il en éclaire la pathogénie par un exposé des recherches anatomiques de Descomps. FLANDRIN (thèse de Paris 1922), de même, accorde une grande importance aux lésions chroniques de l'appendicite comme facteur des épiploïtes chroniques. Enfin, récemment, Renaud (thèse de Paris, 1921), réunit sur soixante observations, trente-deux où des lésions d'épiploïte consécutives à l'appendicite chronique ont créé des obstacles sur le segment iléo-cæco-colique de l'intestin.

La notion d'appendicite chronique est donc le point de départ de multiples discussions, et nombreux sont ceux qui la gratifient d'un rôle important dans la formation des brides péricoliques. Cependant on est en droit de se demander si dans plusieurs cas l'inflammation chronique de l'appendice n'est pas consécutive à la stase proximale. Pour notre part, bien que nous ayons trouvé des lésions chroniques histologiques de l'appendice, sur onze de nos malades (obs. 10, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 39, 51), parmi les douze dont l'appendice fut examiné au microscope, nous ne pouvons conclure affirmativement à l'influence productrice de la stase sur l'apparition de ces lésions appendiculaires ; de même, nous ne pouvons affirmer l'existence anté-

rière à la stase de ces appendicites chroniques. Remarquons toutefois la coïncidence fréquente des lésions appendiculaires avec le syndrome douloureux du côlon proximal ; et pour faire la part des choses, disons qu'à notre avis, les deux hypothèses sont possibles. Dans quelques cas l'inflammation chronique de l'appendice paraît avoir un rôle important dans l'apparition de brides péricoliques ; dans d'autres, l'appendicite chronique est vraisemblablement née sous l'influence de la stase proximale. *Bref, d'une façon générale, l'existence concomittante d'appendicite chronique et de syndrome douloureux du côlon proximal a été fréquente chez nos malades.*

3° Syndrome entéro-rénal :

Depuis que HEITZ BOYER, à la Société médicale des Hôpitaux (1919) a montré la fréquence des pyélonéphrites de cause intestinale, de nombreuses observations sont venues prouver l'existence d'un syndrome entéro-rénal. Duval, Roux, J. C., Antoine, ont attiré l'attention sur la relation intime qui existait entre l'infection rénale et les stases stercorales. Heitz Boyer lui-même, reprenant la question plus à fond dans un article du *Journal Médical Français*, explique clairement la pathogénie du syndrome entéro-rénal. Lorsque, sous l'effet de la stase cœcale, la muqueuse cœco-colique s'altère, les agents microbiens, le plus souvent le colibacille, franchissent facilement la paroi cœcale pour passer dans la circulation sanguine. Il se constitue alors une vérita-

ble bacillémie et des lésions inflammatoires s'installent dans le rein où les microbes ont été entraînés.

Ces complications que nous avons vu s'ajouter au syndrome douloureux du côlon proximal, à la phase d'atonie, ne sont pas toutes, heureusement, d'une extrême fréquence. Cependant, parmi les plus fréquentes il en est une qui doit principalement rester gravée dans notre mémoire, c'est la typhlite. L'inflammation de la paroi du côlon proximal, nous l'avons vu, aggrave singulièrement les troubles propres à la stase ; elle en orientera différemment la thérapeutique.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

I. DIAGNOSTIC POSITIF

C'est par l'analyse exacte des divers symptômes, surtout par l'étude approfondie de l'ensemble des signes, que l'on parviendra à poser d'une façon générale un diagnostic précis. En effet, aucun des symptômes du syndrome douloureux du côlon proximal n'est assez net par lui-même pour devenir pathognomonique. Il faudra donc, dans l'examen de ces malades, serrer de près l'analyse de l'ensemble des signes pour arriver à une conclusion véridique. Il est de même indispensable pour affirmer le diagnostic de procéder durant les crises à l'examen du pouls et de la température, à l'étude de la formule sanguine et enfin de faire un examen du transit intestinal à la radiographie.

A. *Analyse des signes cliniques.*

Au début, à la phase d'hypotonie cœcale, c'est le caractère particulier de la douleur joint à la constipation et aux signes physiques qui caractérisent la maladie. Le caractère particulier de la douleur est d'apparaître par crises ; celles-ci sont brusques dans leur apparition et courtes dans leur durée. Elles surviennent subitement et se terminent rapidement par une émission de gaz ou par des bruits musicaux dans le flanc droit, et c'est là un caractère très important et très particulier au syndrome douloureux du côlon proximal. A cette phase d'hypotonie, alors qu'il n'existe pas de colite, la température ne subit aucune élévation durant les crises. Enfin l'examen physique est d'une valeur importante, s'il est pratiqué en dehors de la période de réplétion physiologique du cœcum ; il permet de sentir parfois dans la fosse iliaque droite un « boudin » cœcal, et dans la majeure partie des cas il décèle un gargouillement et un tympanisme du cœco-ascendant.

Dans la phase d'atonie, à ces signes viennent se joindre les troubles de l'état général, dus à la résorption des produits toxiques nés de la fermentation des matières en stagnation cœcale.

La constatation de cet ensemble de signes suffit déjà à elle seule à orienter le diagnostic. Cependant, pour le confirmer, pour connaître le degré de stase, il importe d'examiner le malade aux rayons X.

B. *Examen radiologique.*

L'examen, pour être complet et fournir le maximum de renseignements, doit se faire par repas et par lavement. Il n'y a pas à discuter l'avantage de l'une des deux techniques, au contraire, chacune a sa fonction propre. Le repas nous permettra d'apprécier la physiologie et la motricité du gros intestin, le lavement nous renseignera sur l'état du calibre, sur l'aspect anatomique du côlon.

Examen par repas.

L'examen par repas baryté doit toujours précéder l'examen par lavement, qui peut amener une perturbation du fonctionnement physiologique du côlon. Le premier soin à apporter, lorsqu'on examine un malade par un repas baryté, est de le placer *dans les conditions les plus voisines de son genre de vie habituel*. Le malade ne changera rien à son régime alimentaire, il doit continuer à manger tel qu'il le fait chaque jour et il faut rejeter toutes les techniques qui enseignent que le jeûne doit précéder et suivre l'ingestion de baryte ; de plus, la prise de la crème de sulfate de baryte doit se faire au cours d'un des repas. Enfin, le malade doit continuer avant et après le repas baryté sa vie normale, il doit vaquer à ses occupations. Il ne doit même pas, ainsi que le dit Constantin dans sa thèse, libérer ses intestins par un lavement d'eau savonneuse, avant l'ingestion du sulfate de baryte, ce qui pourrait placer le malade dans un état physiologique

idéal, loin de la réalité. Il faut rejeter de même la purgation qui exerce soit une action évacuatrice prolongée, soit une action paralysante secondaire. La partie la plus importante de l'examen par repas est, à notre avis, de laisser le malade dans un état le plus voisin de son genre de vie ; tel régime, est, en effet, plus constipant, tel autre plus laxatif et si le régime est responsable de la constipation, en respectant les habitudes du malade, nous aurons éloigné une grande cause d'erreur.

Le sel opaque qui semble le moins troubler la physiologie motrice du côlon est le sulfate de baryte.

A la fin du repas du soir, le malade absorbe, en guise de dessert, 200 grammes de sulfate de baryte crémeux qu'il additionne de chocolat ou d'un arôme selon son goût. Puis le premier examen aura lieu environ 12 heures après, c'est-à-dire le lendemain matin vers 8 heures. Normalement, à cette heure, le repas opaque occupe le cœco-ascendant et le transverse. Dès ce premier examen le malade est vu dans la position debout et dans la position couchée afin de déceler la situation et la mobilité du segment colique droit, les points douloureux sont recherchés et un calque est pris pour graver l'image radioscopique. Ce premier examen nous renseigne sur la situation et la mobilité du segment cœco-ascendant et sur l'existence des points douloureux ; il nous indique déjà les dispositions anatomiques anormales et il nous fournit d'importantes indica-

tions sur le transit. Il est, en effet, possible qu'à cette heure, le repas n'ait pas encore franchi la valvule iléo-cœcale, ce qui nous indiquera une stase iléale ; de même le cœco-ascendant ne peut être qu'à demi rempli, mais le demi remplissage du cœco-ascendant n'a pas, à notre avis, une grande valeur ; il ne deviendra pathologique que s'il persiste au deuxième examen.

Ce deuxième examen sera fait vers la vingt-quatrième heure. Le fait de trouver un cœco-ascendant et un transverse encore remplis n'indique pas, nécessairement l'idée de stase cœcale ; il peut alors y avoir un ralentissement du transit au niveau du segment gauche. De même, le fait de trouver tout le côlon opaque ne saurait donner l'idée de stase localisée au segment proximal ; il ne s'agirait que d'un transit lent. Au contraire, on peut affirmer l'existence de stase à la vingt-quatrième heure, lorsqu'on constate un cœco-ascendant opaque, une transverse vide et un côlon sigmoïde occupé par le repas. Il y a eu, en somme, fragmentation du repas baryté ; une partie ayant franchi l'angle hépatique poursuit son trajet normal, l'autre partie, au contraire, stagne dans le côlon proximal. Seule cette image radioscopique permet d'affirmer, à la 24^e heure, l'existence d'une stase cœcale.

L'examen de 36 heures sera très démonstratif, si l'on voit un côlon proximal opaque ; il ne peut, alors, y avoir de doute, il existe réellement une stase stercorale droite. Lorsque nous trouvons un cœco-

ascendant encore opaque à la 36^e heure, s'il est possible au malade, nous préférons continuer la série des examens et pratiquer un quatrième à la 48^e heure et la 60^e heure pour connaître le degré de stase.

On voit donc que les examens par repas baryté doivent s'échelonner de douze heures en douze heures. Le premier examen nous indiquera la disposition anatomique, la situation et la mobilité du segment cœco-ascendant que l'examen par lavement complétera ; les examens ultérieurs fourniront des indications sur la stase et sur son degré.

Examen par lavement.

Lorsqu'on fait pénétrer un sel opaque par l'anus, il s'arrête normalement au niveau de la valvule iléo-cœcale et on obtient une image radiologique de tout le côlon. Le seul idéal est encore comme dans l'examen par repas, le sulfate de baryte. En plus de la finesse de ses particules, sa mise en suspension dans l'eau est immédiate et sa précipitation est lente. Son écoulement est donc facile, aussi faut-il le rendre plus visqueux pour lui permettre d'arrêter au niveau des points sténosés. Dans ce but, il est nécessaire de lui adjoindre une solution gommeuse dont la nature importe peu. La quantité de baryte à employer dépend des individus et doit être réglée sous l'écran par le radiographe. On place ordinairement deux litres dans un bock gradué. Une sonde de Châtel-Guyon, percée d'un orifice terminal et d'un orifice latéral, est introduite dans l'anus et sous l'écran le

radiographe fait passer la baryte, l'air ayant été, au préalable, chassé du tuyau d'écoulement. La progression du lavement opaque au travers du côlon doit être notée pas à pas et chaque image suspecte doit être examinée avec attention, le lavement étant arrêté au besoin. Lorsque tout le côlon sera rempli de la substance opaque, le radiographe doit suspendre l'écoulement de la baryte. Un calque et au besoin un cliché radiographique fixera l'image opaque.

L'examen par lavement permettra d'étudier la configuration générale du côlon, son calibre et sa mobilité ; il permettra de repérer avec soin les points douloureux et il renseignera sur la fixité des déformations, indiquant les endroits adhérents et les segments coudés ou sténosés.

L'examen radiologique a donc, dans le diagnostic du syndrome douloureux du côlon proximal, une très grande importance ; par le repas baryté, il renseignera sur la physiologie du segment cœco-ascendant, sur sa contractilité, sur l'existence et le degré de stase stercorale ; l'examen par lavement, qui doit être fait après l'examen par repas, ne nous fournira aucun renseignement sur la stagnation des aliments, mais, par contre, il sera très démonstratif pour étudier la configuration générale du côlon.

C. Epreuve au charbon et au carmin.

L'étude de la traversée intestinale par des substances inertes et colorantes, tel des cachets de char-

bon (5 gr.) ou de carmin (0 gr. 50) ne saurait fournir de précieuses indications sur l'existence d'une stase proximale. En somme, ces substances colorantes ne feront qu'indiquer le temps de transit intestinal, sans préciser où se fait la stase. Elles ne sauraient donc être d'une utilité pratique.

D. Insufflation de l'intestin.

Lorsqu'il est impossible d'avoir un cliché radiographique ou un examen radioscopique d'un malade présentant des signes cliniques de stase, il est parfois utile d'insuffler le côlon pour permettre de contrôler par la vue un obstacle supposé. On verra la partie sous-jacente à la sténose se distendre sous la pression des gaz et réaliser un ballonnement localisé, la limite supérieure de la dilatation indiquera l'emplacement de la striction. Cependant, malgré son utilité, cette manœuvre ne saurait être préférée à l'examen radiologique que lorsqu'il est impossible de faire passer le malade sous l'écran.

E. Examen du sang.

Au cours des crises douloureuses de la fosse iliaque droite, l'étude de la formule sanguine peut apporter d'excellents renseignements pour poser le diagnostic. Enriquez, Antoine et Caspérin ont tout récemment montré l'importance de l'examen hématologique chez les malades atteints d'affections chroniques du tube digestif.

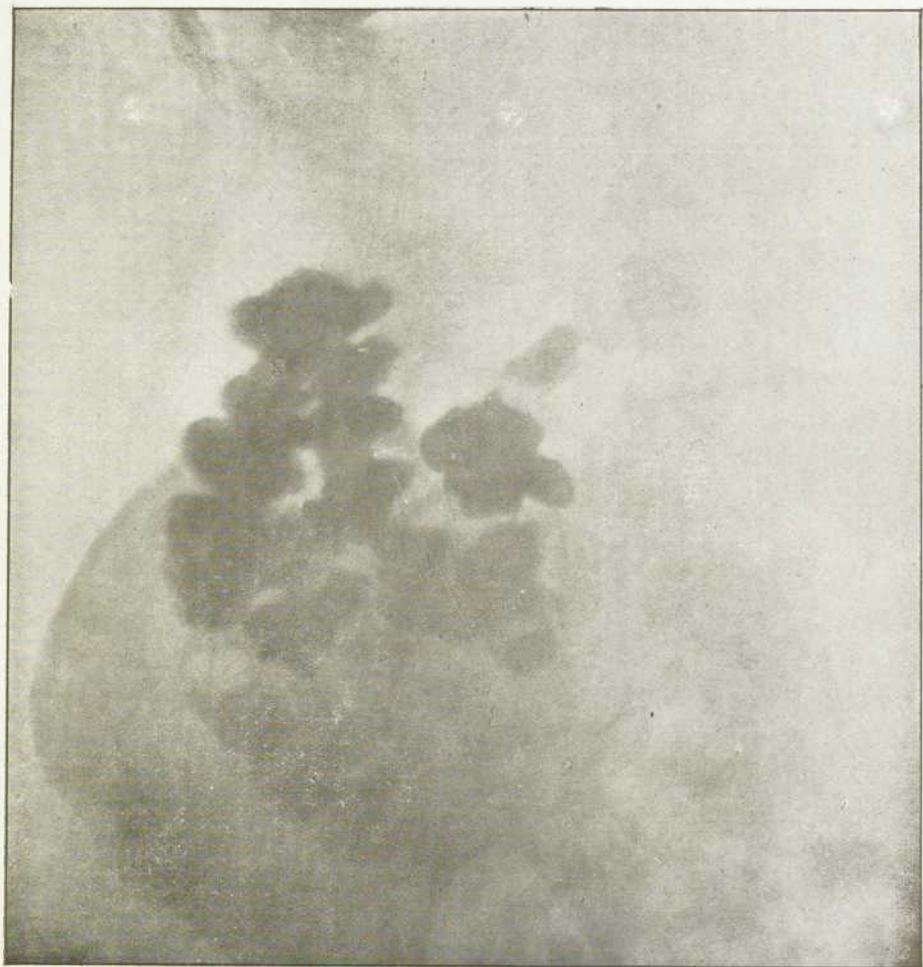


FIGURE 1. — Stase stercorale droite de 47 heures (obs. 54)



Dans les appendicites aiguës ou subaiguës, il n'y a pas lieu d'insister que l'infection se traduit par une leucocytose polynucléaire. Sur un ensemble de 70 malades présentant des douleurs à la fosse iliaque droite, Antoine conclut que dans l'appendicite simple chronique, la leucocytose est constante ; dans la moitié des cas elle dépasse 8.000 et dans 50 % elle franchit 14.000. En plus de la leucocytose, on trouve une mononucléose qui peut atteindre jusqu'à 45 % ; cette mononucléose porte soit sur les grands ou les moyens mononucléaires, soit sur les lymphocytes. Lorsque des lésions chroniques de l'appendice s'associent à une autre infection abdominale aiguë, c'est une polynucléose qui remplace la mononucléose.

Au contraire, dans la stase cœcale, au début de la maladie, on ne constate aucune modification de la formule sanguine. Cependant, si une réaction inflammatoire de la muqueuse colique, de la paroi intestinale et de l'appendice apparaît, il se produit une modification de la formule sanguine qui se traduira par une leucocytose avec mononucléose. En résumé, lorsqu'il ne s'ajoute pas à la stase de réaction inflammatoire, la formule sanguine reste normale, ce qui peut aider à préciser le diagnostic.

F. *Examen coprologique.*

Dans la stase stercorale droite il est préférable de recourir à un examen coprologique. Cette analyse des selles nous permettra d'étudier les phénomènes

digestifs, de voir s'il existe certains aliments non absorbés et de déceler ainsi une insuffisance pancréatique ou biliaire. Durant trois jours on incorpore dans l'alimentation du malade environ 150 grammes de viande (bœuf ou mouton), deux assiettes de pomme de terre et du beurre afin d'être assuré que le malade ingérera des albuminoïdes, des graisses et des hydrates de carbone. Le matin de la quatrième journée les selles sont recueillies et confiées au laboratoire. L'analyse doit alors porter non seulement sur la recherche du sang, de la mucine, des pigments biliaires et des parasites intestinaux, mais surtout sur les substances alimentaires, ce qui illustre la façon dont s'opèrent les phénomènes de digestion.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic du syndrome douloureux du côlon proximal n'est pas toujours très facile à poser cliniquement. Quelques maladies peuvent facilement revêtir un des aspects cliniques de la stase stercorale droite : parfois ce sont les douleurs qui affectent un caractère voisin de celles de l'atonie cœcale ; dans d'autres cas ce sera la constipation qui orientera le médecin vers le segment cœco-ascendant, enfin quelques fois la perception d'une masse dans la fosse iliaque droite fera penser à un cœcum gros et distendu.

I. Douleur. } Appendicite.
 } Affections rénales droites.
 } Cholécystite.
 } Salpingo-ovarite droite.

II. Tumeur. Tuberculose et cancer du cœcum.

III. Constipation Dyschésie.

A. *Appendicite.*

La constatation à la palpation d'un point douloureux net et localisé à la région appendiculaire doit déjà orienter le diagnostic vers l'idée d'appendicite. La formule sanguine, que nous avons déjà étudiée, peut donner des renseignements très importants. Enfin l'examen radiologique nous permettra de trancher la question : pour Antoine « le point douloureux nettement localisé au niveau de l'appendice et la fixité cœco-appendiculaire paraissent, à l'heure actuelle, les meilleurs signes radiologiques de l'appendice ».

B. *Affections rénales droites.*

Les lésions du rein, du bassin et de l'uretère peuvent déclencher des crises douloureuses au niveau du flanc droit. Cependant la douleur irradie dans ces cas, vers la vessie, les organes génitaux et la racine des cuisses ; de plus on ne trouve pas de tympanisme et de gargouillement de la fosse iliaque droite et la palpation du flanc droit nous permettra

parfois de sentir un rein mobile, cause de tous les phénomènes douloureux. Enfin, l'examen des urines pourra donner la clé du diagnostic en montrant l'existence d'hématurie, de pyurie, ou d'un excès de sels dissous. Si le diagnostic reste hésitant même après ces recherches, on pourra procéder à un examen radiologique de l'arbre urinaire et à un cathétérisme qui tranchera la question en indiquant nettement une lésion rénale.

C. *Cholécystite.*

Lorsque la cholécystite évolue chroniquement sans symptômes très caractéristiques, elle peut en imposer pour un syndrome douloureux du côlon proximal. Elle peut même, d'ailleurs, être la cause de la stase en créant au niveau de l'angle hépatique des adhérences qui gêneront le fonctionnement du côlon droit ; dans ces cas, les signes propres à la stase proximale seront reconnus avec ceux de la cholécystite. Lorsqu'il n'existe pas de troubles coliques concomitants, l'examen de la fosse iliaque droite sera, en toute évidence, négative et les points douloureux seront trouvés au niveau de la région vésiculaire. Cependant il est des cas frustes de cholécystite dont le diagnostic est très difficile. L'examen approfondi de la douleur, qui disparaît subitement dans la stase cœcale avec une évacuation de gaz, qui irradie vers la base du thorax ou vers l'épaule dans la cholécystite sera déjà un jalon solide pour dépister la maladie.

L'apparition d'un subictère, les troubles gastriques concomitants, les douleurs plus violentes après l'ingestion d'œufs, l'apparition de pigments dans les urines nous feront penser plutôt à une affection de la vésicule. Enfin, la recherche de la cholestérinémie et l'examen radiologique nous permettra, dans la grande majorité des cas, de préciser l'origine des troubles que présente le malade.

D. *Salpingo-ovarites droites.*

Les affections tubaires droites peuvent, comme les lésions vésiculaires, créer une stase cœcale par la réaction péritonéale qu'elles déclanchent ; elles peuvent donc coexister avec le syndrome douloureux du côlon proximal et dans ce cas le toucher vaginal nous indiquera la coexistence des deux maladies. Lorsqu'il s'agit seulement d'une affection salpingo-ovarienne, l'interrogation de la malade, l'histoire de son passé génital, l'état de ses menstruations et l'examen gynécologique nous permettront de conclure à l'existence d'une lésion tubaire ; c'est donc l'examen complet de ces malades qui nous permettra de poser un diagnostic conforme à la réalité.

E. *Tuberculose et cancer du cœcum.*

La perception d'une masse dans la fosse iliaque droite, qui ne s'affaisse pas à la palpation et bosselée nous orientera vers l'idée de tuberculose ou de cancer du cœcum. La recherche du sang dans les

selles, le caractère particulier de la tumeur qui est bosselée et diffuse en dedans, nous fera penser à la néoplasie. L'évolution caractéristique, le début par des phénomènes diarrhéiques, l'existence d'un syndrome de Kœnig nous indiquera la présence d'une polypose cœcale hypertrophique. Dans l'une et l'autre affection l'examen radiologique nous permettra d'éliminer la stase stercorale droite.

F. *Dyschésie.*

La dyschésie, introduite dans le vocabulaire par Robert BARNES, est une constipation d'évacuation liée à une perturbation du mécanisme de la défécation ; il se produit alors une accumulation des matières dans le segment recto-pelvien du gros intestin. D'une façon générale la stase terminale ne s'accompagne pas de troubles généraux, d'atteinte de l'état général. Le signe le plus important et souvent unique est la constipation qui cède aux lavements et aux suppositoires ; chez ces malades il n'existe aucune douleur au niveau de la fosse iliaque droite, aucun clapotage au niveau du cœco-ascendant. Cependant il arrive souvent que la dyschésie produise une stase proximale par répercussion sur le segment rétrograde de l'intestin. Des troubles généraux de toxémie apparaissent alors et ce sont les signes de stase au niveau du cœco-ascendant qui prédominent dans le tableau clinique. Il est de grande importance, dans tous les cas de syndrome douloureux du côlon proximal, de rechercher les signes physi-

ques de la dyschésie, afin de trouver la cause de l'affection ; de même, chez les constipés, le diagnostic doit toujours être posé entre la stase proximale et la stase terminale. C'est par le toucher rectal que l'on établira l'existence d'une dyschésie. Il nous permettra de sentir une quantité de matières dures qui stagnent dans l'ampoule rectale ; de même, il nous renseignera sur la contracture du sphincter anal, sur l'existence de fissures ou d'hémorroïdes, qui constituent des obstacles anaux, causes fréquentes de la stase recto-pelvienne.

Nous avons passé rapidement sur le diagnostic différentiel ne faisant, en somme, qu'énumérer les diverses maladies susceptibles d'être facilement confondues avec le syndrome douloureux du côlon proximal. Il nous aurait paru superflu de détailler avec précision chacune des affections se manifestant avec un ou plusieurs symptômes voisins de ceux de la stase stercorale droite : *ce qui importe le plus est de connaître qu'il est possible de confondre d'autres maladies et d'arriver à une conclusion fautive par le seul fait d'un examen incomplet.* Il faut donc, chez tous les malades présentant des troubles au niveau du flanc et de la fosse iliaque droite, procéder à un examen général, méthodique et complet. Cet examen ainsi compris nous permettra non seulement d'établir le diagnostic, mais il renseignera souvent sur les causes du syndrome douloureux du côlon proximal, il nous indiquera, soit une origine infectieuse à point de départ tubaire ou vésiculaire, soit

un état général défectueux avec troubles neuro-endocriniens, causes fréquentes de la stase.

Le diagnostic de la maladie stasique étant posé avec certitude, il faudra le compléter par la recherche des autres affections que nous avons vues compliquer souvent le syndrome douloureux du côlon proximal.

CHAPITRE IX

Traitement

Nous avons dit, au commencement de notre travail, que nous n'avions qu'un but : celui d'orienter le mode de thérapeutique dans la stase stercorale droite. Si nous nous sommes longuement arrêté sur la pathogénie et l'évolution clinique de la maladie, ce n'était que pour en faciliter l'étude du traitement. Nous avons, en effet, appris que le syndrome douloureux du côlon proximal n'avait pas toujours pour cause un obstacle segmentaire siégeant sur le côlon et qu'au contraire, nombreux étaient les cas où le gros intestin libre n'entraînait en asystolie que par la répercussion de troubles neuro-endocriniens sur son système nerveux et sur sa musculature. Nous avons, de même, vu que le syndrome douloureux du côlon proximal pouvait ébranler fortement l'état général et acheminer le malade vers un état d'amaigrissement et de cachexie.

Déjà nous pouvons déduire que le traitement de la stase cœcale ne saurait être uniquement chirurgical ; dans quelques cas, une thérapeutique médicale guérira le malade ; dans d'autres, l'intervention opératoire n'aura de succès que si des moyens médicaux viennent la compléter.

TRAITEMENT MÉDICAL

Avant de s'adresser à la chirurgie, le médecin doit toujours recourir aux moyens thérapeutiques qui sont à sa portée. Le traitement médical s'attaquera d'abord à la cause de la maladie. S'il s'agit de troubles neuro-endocriniens, une médication opothérapique et neuropathique sera établie ; au contraire, si le médecin a la conviction nette que la stase découle d'une coudure de l'intestin par brides, il doit, sans hésitation, diriger son malade vers un chirurgien. Une thérapeutique physiologique doit s'associer à ce traitement causal : la vidange complète du segment cœco-ascendant du côlon doit être assurée, les phénomènes de fermentation cœcale seront réduits au minimum, la tonicité de la paroi colique sera stimulée et dans les cas de typhilités une antiseptie intestinale doit être réalisée.

Pour établir cette thérapeutique le médecin aura recours à un régime approprié et à des moyens hygiéniques auxquels il adjoindra l'action de certains agents physiques et mécaniques et de certaines substances médicamenteuses.

A. *Régime alimentaire.*

Nous avons vu que le chyme, à son arrivée dans le cœcum contenait encore des substances nutritives, parmi lesquelles une grande quantité d'amidon et de cellulose. Nous avons vu, de même, que la stagnation de ces diverses substances alimentaires favorisait leur transformation en corps toxiques qui, résorbés, ébranlaient fortement l'organisme. Il faut donc, dans la stase cœcale, pour établir un régime rationnel, retrancher de l'alimentation toutes ces substances dont la résorption se fait au niveau du côlon droit. C'est, à notre avis, une grave erreur d'instituer chez ces malades un régime dont la base est faite de pâtes alimentaires et de végétaux. Ce régime végétarien de coutume courante et que Lefebvre, dans sa thèse, conseille, doit être entièrement oublié ; il menace dans la stase stercorale droite d'augmenter l'encombrement du côlon par des substances alimentaires qui ne seront résorbées en totalité, qu'à son niveau. Tous les aliments dont la substance constitutive est amylacée, doivent être soustraits du régime d'un malade atteint de syndrome douloureux du côlon proximal. La quantité des matières qui franchiront la valvule iléo-cœcale sera ainsi beaucoup moindre et, de fait, la stase tendra à diminuer, tout au plus portera-t-elle sur un volume moindre.

Parmi les substances alimentaires, ce sont les céréales et les légumineuses qui renferment la presque totalité des amidons. Tous les aliments du règne

animal n'en renferment pas, les légumes aqueux et la plupart des fruits en contiennent très peu.

TAUX D'AMIDON, d'après BALLAND	
Farine de blé.....	74 o\o
Pain de froment.....	45 à 55 o\o
Pommes de terre.....	15 à 29 o\o
Sagou.....	87 o\o
Arrow root.....	82 o\o
Tapioca.....	83 o\o
Haricots	52 à 63 o\o
Pois.....	56 à 67 o\o
Lentilles.....	56 à 62 o\o
Fèves.....	50 à 53 o\o
Fèves de soja.....	32,11 o\o
Châtaignes et marrons.....	31 à 40 o\o
Topinambours.....	16 à 20 o\o d'inuline
Asperges.....	6 o\o
Bananes.....	60 o\o

Pour mettre entièrement au repos le côlon proximal, il faudrait de même retrancher de l'alimentation, toutes les substances alimentaires contenant en trop grande quantité de la cellulose. Mais ici intervient le point délicat de la mise en pratique du régime logique de la stase cœcale ; la restriction des substances amylacées et des aliments contenant de la cellulose aboutit à une diète hypercarnée. Ce régime hypercarné ne sera pas toujours accepté avec facilité par les malades et de plus, il aboutit à une déficience des matières hydrocarbonées ; aussi

croions-nous que, pour être pratique, le régime de la stase proximale, tout en conservant une base carnée, doit cependant contenir quelques aliments végétaux, ceux précisément qui ne renferment pas d'amidon et ceux dans lesquels la cellulose est en quantité moindre.

Seront défendus :

Pain de froment.

Pain de farine de blé.

Pâtes alimentaires.

Tous les aliments à base de farine de blé et de froment.

Haricots.

Pois.

Lentilles.

Fèves.

Fèves de soja.

Arow-root.

Tapioca.

Châtaignes et marrons.

Topinambours.

Asperges.

Bananes.

Légumes herbacés : salade, épinard, oseille, rhubarbe, etc.

Choux.

Carottes.

Seront permis :

Toutes les viandes et tous les poissons.

Le pain (en très petite quantité).

Les pommes de terre (avec grande modération).

Navets, betteraves.

Tomates.

Aubergines.

Champignons.

ibid.

Fruits aqueux acidulés.

Le lait. Le beurre, les fromages.

Vins.

Le régime d'un malade atteint de stase stercorale droite sera donc constitué principalement de viande, de poisson, de quelques végétaux et de fruits aqueux.

En instituant ce régime carné, deux écueils sont à éviter. D'une part, il faut bien se garder de diminuer la ration alimentaire, car on ne doit pas oublier que les malades atteints de stase ont un état général défectueux qu'il ne faut pas aggraver par le jeûne. D'autre part, parmi les aliments permis, il peut en exister qui produisent chez certains sujets un choc anaphylactique, faisant apparaître de la diarrhée et des phénomènes urticariens ; c'est au médecin alors de bien étudier ces réactions et de rechercher quel aliment les déclenche pour le retrancher.

Nous répétons, car nous croyons que c'est là une partie importante du traitement médical de la stase, que le régime à base de céréales et de végétaux ne convient pas aux malades chez lesquels les aliments stagnent dans le côlon proximal. Chez eux la ration

alimentaire abondante sera presque totalement formée de viandes et de poissons.

B. Hygiène générale.

Le premier soin d'un stasique est de se présenter à la selle chaque jour à la même heure. Il doit habituer son côlon à se vider systématiquement. Cependant l'éducation de la défécation importante, dans la dyschésie, n'a pas, d'une façon générale, une grande influence sur la stase stercorale droite. Elle sera d'un très grand intérêt, lorsque la stagnation des aliments dans le cœcum vient d'une stase recto-pelvienne. Dans ce cas, le malade doit apporter un grand soin à l'exonération journalière de son intestin ; il ne doit jamais remettre à plus tard « l'appel à la défécation » (Hurst) et il doit vider entièrement son ampoule rectale. Selon Lefebvre « il existe une position favorable à la défécation : c'est la position accroupie utilisée sur le siège à la turque ; si l'on veut s'asseoir, il faut éviter les sièges élevés où les jambes restent pendantes ; ces derniers doivent être aussi bas que possible, afin que les cuisses puissent exercer une pression énergique sur la paroi abdominale ».

Le stasique doit faire reprendre de la vigueur, à ses muscles plus ou moins atrophiés, par des exercices et par de la gymnastique. Son travail, ordinairement sédentaire, sera interrompu à certaines heures de la journée pour lui permettre des promenades à pied au grand air. Il pratiquera, en outre, de la gymnas-

tique abdominale qui consistera en des mouvements d'élévation des jambes et de contraction de la paroi abdominale. La durée de ces exercices doit être progressivement réglée avec la résistance du sujet, car tout exercice qui pousse à la fatigue devient néfaste et affaiblit le malade dont l'état général est déjà mauvais. Parmi ces mouvements physiques le meilleur est, à notre avis, la natation qui non seulement amène une énergique contraction des muscles abdominaux, mais comporte en plus, les effets excellents de l'hydrothérapie.

Les douches et les bains, à moins de contre-indications spéciales, seront conseillés au malade et ce, toujours sans excès. Chez les atones l'eau froide, par son action stimulante sur la musculature intestinale, sera largement utilisée ; au contraire, chez les spasmodiques, on emploiera l'hydrothérapie chaude ou tiède.

Pour les malades dont la stase découle d'une atonie cœcale par des troubles dynamiques essentiels un séjour à la station thermale de Châtel-Guyon est très recommandable et pourra donner des résultats excellents.

C. *Agents physiques et agents mécaniques.*

Les lavements rectaux ne seront utilisés avec profit que dans ces cas où la stase droite découle d'une dyschésie ; la libération de l'ampoule rectale permettra aux matières qui stagnent en arrière, de continuer leur progression. Il existe un certain nombre

de moyens qui favorisent la traversée du segment cœco-ascendant ; ce sont le massage de l'abdomen et l'électrothérapie.

Le massage de l'abdomen agira de deux façons : d'une part, il possède une action tonique sur les muscles intestinaux et abdominaux ; d'autre part, il aidera au contenu colique à progresser. Il ne faut pas, à l'instar de Froussard, commencer par masser la région de l'S iliaque ; le massage doit, au contraire, comme HURST le préconise, commencer au niveau du cœcum et suivre tout le côlon pour s'arrêter à gauche au-dessus du pubis. Le début du massage au niveau du cœcum peut seul réaliser le deuxième avantage de cette pratique, c'est-à-dire l'aide apportée au contenu colique à continuer son transit. Le massage se fait classiquement en débutant par l'effleurage pour terminer par le pétrissage ; la durée des séances doit être progressive, en rapport avec la résistance du sujet. Le massage, qui produit chez certains malades une amélioration notable, sera chez d'autres, très dangereux ; il pourra réveiller un état inflammatoire aigu et augmenter les réactions spasmodiques du côlon. Le massage ne sera donc institué qu'après avoir pris une connaissance exacte de l'état intestinal ; on s'en abstiendra lorsqu'il existe des phénomènes de colites ou lorsque le gros intestin présente des réactions spasmodiques.

Hurst n'attribue pas une grande valeur à l'électricité, comme moyen thérapeutique chez les stasiques intestinaux. Par un examen aux rayons X, il n'a pu

constater « aucun signe d'accroissement de l'activité générale ou des contractions locales du côlon ». De même, CASE n'a vu aucune contraction naître sous l'effet d'un courant galvanique ou faradique chez un malade dont le côlon avait été rempli de bismuth. L'électrothérapie ne saurait donc être d'une aide efficace dans le traitement de la stase cœcale, cependant il ne faut pas oublier qu'elle peut être un puissant moyen psychothérapique chez les névropathes dont l'état de suggestion est grand.

Nous passons sous silence le port de ceintures qui ne peuvent, dans la stase stercorale droite, produire un résultat quelconque ; elles agiront avec efficacité dans la viscéroptose généralisée.

D. *Psychothérapie.*

Chez les névropathes, tous les autres moyens thérapeutiques risquent de faillir, si le médecin ne parvient pas à leur donner confiance et à détourner leur attention de leur intestin malade. Il faut donc s'emparer de leur confiance, les convaincre que la maladie progresse rapidement vers la guérison. Au besoin, le médecin doit se servir de certains traitements qui frapperont l'imagination de son malade, tel l'électricité, le port d'une sangle abdominale ; mais il doit bien se garder de leur promettre formellement une guérison certaine : un échec augmentera gravement les troubles névropathiques.

E. *Traitement médicamenteux.*

1° *Purgatifs :*

D'une façon générale, toutes les substances purgatives actives doivent être proscrites du traitement de la stase cœcale ; elles ne feront qu'augmenter l'irritation du côlon proximal et elles pourront même, dans les fortes coudures coliques, déclancher un syndrome d'occlusion.

Seuls les purgatifs mécaniques, extraits du règne minéral, sont indiqués. L'huile de paraffine, par son action lubrifiante favorisera la traversée des matières au niveau du segment cœco-ascendant du côlon ; elle sera administrée quotidiennement à la dose de une à deux cuillerées à soupe. La graine de lin, en augmentant le volume des fécès, n'est pas sans inconvénient, elle amène une surcharge du cœcum qui doit, au contraire, être mis au repos.

JORDAN conseille d'incorporer à l'huile de paraffine du kaolin colloïdal, qui agirait efficacement ; selon lui, il absorberait les toxines des bactéries de l'intestin et tout au moins les neutraliserait, il lubrifierait la muqueuse colique et il posséderait une action mécanique importante sur le gros intestin. Voici la formule qu'il conseille :

Kaolin colloïdal.....	100 grammes
Essence de menthe.....	1 cent. cube
Gomme adragante.....	15 grammes
Eau q. s. pour.....	300 grammes

A prendre un verre toutes les six heures.

2° *Charbon végétal* :

Le charbon végétal possède une grande efficacité dans la stase en absorbant les gaz qui prennent naissance dans le cœcum ; il est surtout utile, lorsque des signes d'aérophagie apparaissent. Il sera pris en tablettes à la dose de 1 à 20 grammes.

3° *Belladone* :

Si le médecin a diagnostiqué, aidé par l'examen radiologique, un spasme intestinal causal de la stase, il doit, sans hésiter, recourir à l'emploi de la belladone. Hurst a clairement vu, à la radiographie, un spasme intestinal, céder sous l'effet de la belladone. Celle-ci sera administrée sous forme de pilule de Trousseau.

4° *Esérine* :

Dans les hypersympathicotonies digestives et abdominales, François MOUTIER conseille l'emploi de l'extrait de la fève de Calabar. L'ésérine, selon lui, aurait une action excitante sur les fibres musculaires lisses et une action inhibante sur les fibres nerveuses. Daniélopou et Carniol, ont montré que l'estomac, après injection d'ésérine, passe par deux périodes : « la première, sympathicotrope, pendant laquelle les contractions de l'estomac diminuent et disparaissent ; la seconde tardive, vagotrope, dans

laquelle les contractions de l'estomac recommencent et s'exagèrent dans la suite. »

Certains cas de stase stercorale droite dont la cause paraît être un trouble sympathique par hyper-sympathicotonie, pourraient bénéficier de l'administration d'ésérine.

Voici la formule que propose Moutier :

Salicylate neutre d'ésérine..	1 centigramme
Glycérine à 28°.....	3 c. c. 5
Eau distillée.....	1 c. c. 5
Alcool à 95° q. s. p.....	10 cent. cubes

Dans un flacon teinté

L gouttes renferment un milligramme.

Au début, la dose par vingt-quatre heures ne doit jamais être supérieure à XXV gouttes et, d'une façon générale, la dose quotidienne moyenne sera de XXX à XL gouttes.

Selon Moutier, « l'usage prolongé de l'ésérine peut se poursuivre pendant plusieurs mois chez certains sujets sans aucun inconvénient ». Cependant l'administration de cet alcaloïde doit être surveillée attentivement et sa suppression sera immédiate dès le moindre signe d'intolérance, qui se caractérise par des courbatures, des raideurs vertébrales, des vertiges et des nausées.

5° *Opothérapie* :

Lorsque des troubles endocriniens sont à la base même du syndrome douloureux du côlon proximal, il faut, chez ces malades, instituer sans crainte un

traitement obothérapique qui donnera souvent d'excellents résultats. Selon la glande endocrine déficiente ou en hyperfonctionnement, certains extraits seront prescrits. D'une façon générale, car nous ne pouvons, dans ce travail, entrer dans une analyse des divers modes d'opothérapie, l'extrait doit être administré sous la peau ; son action sera ainsi plus efficace et plus rapide. Le traitement obothérapique ne saurait être fait à l'aveugle sans contrôle ; c'est une très mauvaise façon, qui peut être dangereuse, que d'instituer une telle thérapeutique sans une surveillance médicale. Le médecin devra donc lui-même injecter l'extrait glandulaire, ce qui lui permettra d'exercer une surveillance sur son malade et d'observer chez lui, l'évolution de la maladie et l'effet du traitement.

II. TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'acte opératoire est nettement indiqué, lorsque la stase stercorale droite découle d'une bride, productrice de spasme ou de coudure, ou lorsque le segment cœco-ascendant est devenu un sac membraneux dont la paroi musculaire ne peut plus assurer sa déplétition ; il est de même très utile, lorsque le côlon transverse et le côlon ascendant sont accolés en canon de fusil au niveau de l'angle droit.

L'idée d'opération impose l'obligation d'examens approfondis et répétés : on ne doit pas opérer les malades tant qu'ils n'ont pas été étudiés à fond, tant que les divers examens cliniques et de labora-



toire n'ont pas apporté une conviction absolue que le traitement médical ne pouvait, à lui seul, parvenir à une guérison. Il importe donc que le chirurgien connaisse parfaitement le malade qui vient solliciter chez lui le soulagement à ses troubles et c'est pourquoi nous avons si longuement étudié l'évolution clinique de la stase stercorale droite, ses symptômes et ses complications.

Cependant, avant de poser les indications opératoires, avant de décider le choix de la technique, il nous faut voir par quel moyen le chirurgien peut traiter le syndrome douloureux du côlon proximal.

Les opérations dirigées contre la stase stercorale droite peuvent se grouper en trois classes :

1° Les unes, purement plastiques, consisteront soit en des *libérations des brides péricoliques*, soit en une *fixation du côlon droit*, soit enfin en une *plicature* du cœcum pour en diminuer le calibre.

2° Les autres comprennent des *anastomoses* de dérivation avec ou sans exclusion.

3° Enfin, dans un troisième groupe se rangent les *résections* totales ou partielles du gros intestin.

1^{er} groupe : plastie. $\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ Libération d'adhérences.} \\ 2. \text{ Cœco et colopexie.} \\ 3. \text{ Cœcopicature.} \end{array} \right.$

2^e groupe : anastomoses. $\left\{ \begin{array}{l} 1. \text{ Sans exclusion.} \\ 2. \text{ Avec exclusion.} \end{array} \right.$

3^e groupe : résection. $\left\{ \begin{array}{l} 2. \text{ Partielle.} \\ 1. \text{ Totale.} \end{array} \right.$



Libération d'adhérences :

Lorsqu'il existe, sur le côlon droit ou sur son angle, des brides qui produisent un spasme violent ou une coudure, la première opération qui vient naturellement à l'idée est la libération de ces brides; c'est aussi celle qui, dans la majorité des cas, doit être utilisée au début. Jointe au traitement médical qui s'attaquera, au besoin, aux troubles sympathiques ou endocriniens souvent associés, la résection des membranes péricoliques est une excellente opération. Robineau dit qu'avec la libération des brides dans les stases mécaniques, un succès complet et durable est assuré. De Martel, dans le livre qu'il a écrit avec Antoine, bien qu'il ne croit pas à l'efficacité de la section des brides, admet toutefois qu'il a obtenu de « très beaux résultats de la section d'adhérences en forme de longues brides, dont l'action atrésiante est très marquée ». Lefebvre, dans les observations qu'il a résumées trouve sur 184 cas, 98 guérisons, 7 mauvais résultats, et 54 résultats imparfaits avec légère amélioration.

Ces chiffres montrent qu'il ne faut pas compter une guérison avec chaque libération d'adhérences et la reproduction des brides avec réapparition des troubles est un fait possible. Duval et Roux estiment que la simple libération des adhérences est chose illogique à cause de leur reproduction facile. Cette reproduction des adhérences apparaît donc comme un échec de la méthode de la libération des brides. Mais comment expliquer les bons résultats obtenus ?

Pour notre part, chez les 31 malades (obs. n^{os} 1 à 30 + 40, 41), chez lesquels les brides furent sectionnées, les résultats ont été les suivants :

Résultats excellents, avec guérison variant de 5 ans à 1 an : 16 cas (obs. 2, 3, 4, 5, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28).

Résultats satisfaisants, avec amélioration de l'état général, mais persistance de la constipation : 4 cas (obs. 13, 15, 16, 24).

Résultats négatifs, pas d'amélioration : 11 cas (obs. 1, 6, 7, 8, 9, 11, 19, 22, 29, 40, 41).

On voit donc que, chez nos malades, la libération des membranes péricoliques a donné un résultat complet dans 51,6 % des cas. Une méthode qui comporte 51,6 % de succès sans aucune gravité opératoire n'est donc pas à dédaigner. Parmi les 10 insuccès, deux malades furent réopérées, chez lesquelles des brides nouvelles furent trouvées ; quatre autres (obs. 6, 7, 8, 11), présentent des signes de déséquilibre neuro-endocrinien très nets, et sont actuellement soignées pour ces troubles. Nous croyons que la majorité des insuccès viennent de ce que les malades, après leur opération, ont été laissées sans aucun traitement médical symptomatique des troubles généraux produits par la stase. Sans doute, nous ne voulons pas nier la possibilité de la réformation des brides, mais nous croyons que les échecs ne relèvent pas toujours de cette cause. Jackson ayant eu l'occasion de réopérer deux malades auxquels il avait sectionné une membrane six

mois et un an auparavant, se rendit compte de l'absence de brides.

Les membranes ont une tendance à se reproduire, si leur libération laisse une surface cruantée ou si elles sont, et c'est à notre avis le cas le plus fréquent, le siège de phénomènes inflammatoires. Lorsqu'à la fin de la libération une surface cruantée s'offre à nos yeux. Duval conseille la pose d'une greffe épiploïque libre qui, selon lui, aurait donné de bons résultats. Cependant, nous croyons que la chose la plus importante à faire pour que la libération des adhérences puissent produire les meilleurs résultats, c'est de traiter, chez le malade avant et après l'opération, les phénomènes inflammatoires coliques ou pérityphliques, ce qui éloignera une des causes possibles de l'apparition des brides. Pour éviter les échecs, il ne faut pas, en somme, demander à la section des brides plus qu'elle ne peut donner ; elle ne fera qu'enlever l'obstacle contre lequel le cœcum se fatigue, elle est incapable d'agir directement sur les troubles généraux. De même, elle n'aura d'efficacité dans la stase par troubles dynamiques essentiels que si le médecin s'attaque à la cause de ces troubles dynamiques, c'est-à-dire aux phénomènes de déséquilibre neuro-endocriniens.

Dans la majorité des cas, le chirurgien, s'il veut que la libération des membranes péricoliques donne un résultat excellent, doit faire appel au médecin qui établira une thérapeutique contre les phénomènes de typhlites et contre les troubles généraux.

Nous verrons plus loin quand se pose l'indication de la section des brides.

Cœcopicature :

Paul DELBET, en 1905, est le premier à préconiser la cœcopicature afin de diminuer le volume de l'organe. La plicature du cœcum, méthode maintenant délaissée, ne présente aucun intérêt pratique. D'une part elle se propose d'agir sur un cœcum distendu par la présence des brides siégeant sur l'angle droit et alors n'atteint pas la cause et risque ainsi d'augmenter les troubles. D'autre part, elle s'attaque à un côlon proximal, dont l'atonie découle d'un déséquilibre nerveux et aboutit à un désastre. Dans l'un et l'autre cas la cœcopicature, opération purement symptomatique, amène par la diminution de la lumière du côlon proximal une exacerbation des douleurs ; en effet, les gaz se produisant toujours en même quantité n'ont plus un cubage suffisant et font effort avec plus de violence sur la paroi cœcale plicaturée. La cœcopicature est donc non seulement une opération qui peut aboutir à des résultats négatifs, mais en plus une opération désastreuse qui augmentera les phénomènes douloureux ; elle ne doit jamais être pratiquée dans le syndrome douloureux du côlon proximal.

Cœco et colopexie :

La cœco-colopexie, dont le but est de remettre

en place et de fixer dans sa position normale le côlon droit et son angle ptosé, paraît, à prime abord, une opération très logique. Dans la pexie, le chirurgien veut agir contre les changements de situation d'un ou plusieurs segments du tube digestif. Tour à tour, les chirurgiens ont agi sur le côlon ascendant, le fixant soit au péritoine pariétal antérieur, soit au péritoine pariétal de la fosse iliaque. Toutes ces fixations péritonéales n'ont pas semblé donner les résultats qu'on voulait en tirer. La statistique de Wilms portant sur quarante cas et donnant une guérison de 75 %, ne possède aucune autorité démonstrative de l'excellence de la méthode, car la plupart des cas publiés n'ont pas été observés assez longtemps après l'opération pour être concluants. DUVAL, dans un numéro de la *Revue de Chirurgie*, de 1914, critiquant les diverses techniques de pexie, conclut que toutes celles qui fixent le cœcum au péritoine sont aléatoires, car « il est illogique de fixer à un organe aussi extensible que le péritoine un organe anormalement mobile ». Lambert, à la Société de Chirurgie (1914), dit : « Les cœco-plicatures et cœco-pexies sont les plus anciennes en date. Ce sont elles qui m'ont donné les résultats les moins bons. Six malades sur vingt seulement sont tout à fait guéris. Les autres sont loin d'être satisfaits. J'ai renoncé aux plicatures et pexies. »

Duval, dans le but d'éviter les récidives à cause de l'extensibilité du péritoine, propose une nouvelle méthode. Il fixe la face postérieure de l'anse cœco-

colique au tendon du psoas. Cette fixation au tendon du psoas n'est pas sans inconvénient ; elle opère lors de la marche une traction continuelle sur le cœcum, ce qui fait apparaître de la douleur à la fosse iliaque droite. Grégoire lui-même dans une communication à la Société de gastro-entérologie (16 avril 1923), dit qu'il « ne pratique guère la fixation au psoas, ce qui produit une certaine gêne pendant la marche ». Toutes les pexies qui s'attaquent au côlon droit ne sont donc pas sans inconvénient, les unes n'apportent qu'une fixation illusoire, le péritoine se distendant à la longue, les autres, celles qui utilisent le tendon du psoas, amènent une douleur persistante à la marche.

De plus, et c'est là la plus grave objection que nous puissions poser contre cette méthode, il est antiphysiologique de fixer un organe qui, dans la majorité des cas, est mobile. Nous avons vu, en effet, que le cœcum mobile ne saurait à lui seul déclencher une stase stercorale droite, la stagnation des matières ne se produira que si à la mobilité cœcale s'ajoute des troubles dynamiques essentiels ou des brides et des coudures. Comment la cœco-pexie peut-elle agir contre ces troubles dynamiques qui dérivent d'un déséquilibre nerveux ? Comment corrigera-t-elle les déformations par brides et les coudures au niveau de l'angle droit ?

La cœcopexie n'est donc pas une opération à laquelle il faille recourir. GRÉGOIRE l'a si bien compris, qu'il a proposé une nouvelle technique : « la

colopexie en équerre ». Dans le but de corriger l'accolement en canon de fusil du côlon ascendant et du transverse, il propose de fixer le côlon droit et le côlon transverse en angle droit. La colopexie en équerre est une opération plus logique et plus physiologique ; elle lutte contre la ptose du transverse et sa coudure sur le côlon ascendant. Cependant, on doit se demander si, après la pexie, le côlon transverse fixé au péritoine ne tend pas à reprendre sa place anormale, en vertu de l'élasticité du péritoine. En outre, comme de Martel l'a fait remarquer, « très fréquemment l'intestin mobile est d'une longueur nullement proportionnée à celle du lit dans lequel on se propose de le coucher. » Il se crée ainsi des coudures de l'intestin qui ne peuvent être évitées « et qui peuvent être aussi nuisibles que la mobilité anormale qu'elles remplacent. »

Grégoire a présenté ses résultats éloignés à la Société de gastro-entérologie (16 avril 1923) ; il conclut de l'examen des 49 cas qu'il présente que « la colopexie en équerre avec ou sans libération du côlon, suivant les cas, donne des résultats satisfaisants et durables ». Les douleurs ont disparu entièrement chez 75 % des malades, chez 69,4 % la constipation a cessé et enfin chez 32 % l'état général est bon. Or, si nous examinons attentivement la statistique que présente Grégoire, nous remarquons que sur les 49 observations, 32 malades ont obtenu une guérison complète, sans douleur, sans constipation et avec amélioration de l'état général ; ce qui

donne un pourcentage de 61,2 et encore existe-t-il parmi ces malades six dont l'opération remonte à moins d'un an.

Doit-on alors recourir à une opération plus grave que la libération des adhérences et qui donne un pourcentage de guérison très peu supérieur à celui de cette dernière opération ? Pour notre part, nous préférons, dans la majorité des cas, nous adresser à la libération des adhérences, opération plus physiologique et dont le pourcentage de guérison (51,6 %) est presque aussi élevé que celui de la colopexie en équerre (61,2 %). Dans ces cas où le côlon ascendant et le côlon transverse sont accolés en canon de fusil, cas qui apparemment peuvent relever d'une colopexie en équerre, nous croyons plus simple et d'un résultat fonctionnel plus certain de pratiquer une cœco-transversotomie avec exclusion de l'angle droit.

Anastomoses intestinales de dérivation :

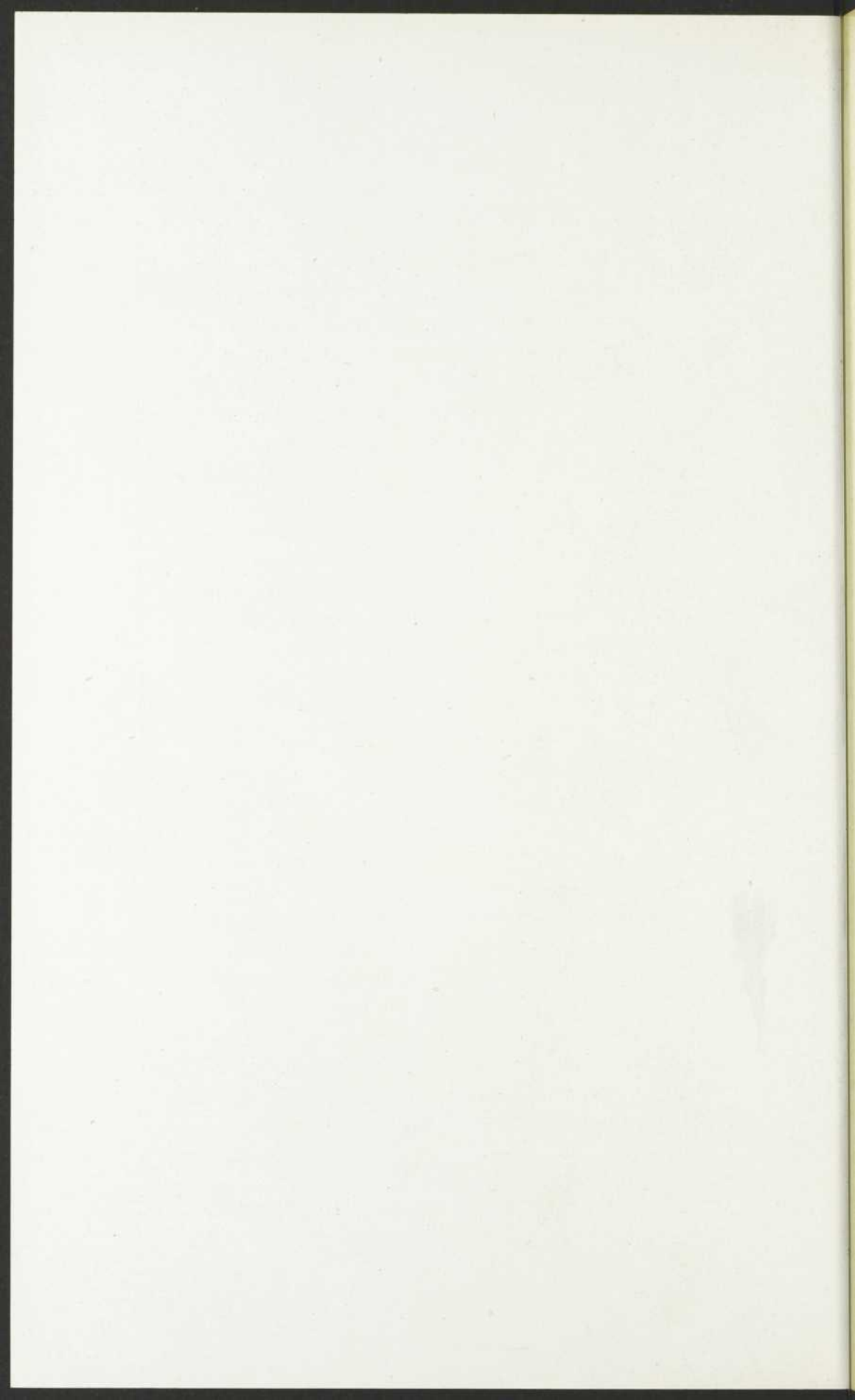
Pour faire disparaître la stagnation des matières dans le cœco-ascendant, les chirurgiens se sont adressés à un procédé opératoire qui, à première vue, apparaît comme très logique. Les anastomoses de dérivation se proposent de drainer ce segment intestinal où stagnent les matières. Détourner le cours des matières, soulager le côlon droit en permettant le cours régulier des fécès, tel est le but des anastomoses intestinales dans la stase stercorale.

On peut diviser ces opérations en deux types : l'un consiste en une anastomose latéro-latérale, unissant le grêle ou le fond du cœcum avec l'anse sigmoïde ; ce sont les cœco ou iléo-sigmoïdostomies latérales ; l'autre type est réalisé par la section de l'intestin-grêle et l'implantation de l'iléon dans l'anse sigmoïde : c'est l'iléo-sigmoïdostomie terminale. Entre ces deux types existent diverses modalités, telles l'iléo-transversostomie, la cœco-sigmoïdostomie en γ de Lardennois et Okincyc, la cœco-transversostomie. Dans notre étude, il nous est évidemment impossible de détailler chaque technique et d'étudier les avantages de chacune. Afin de simplifier, nous envisagerons certaines opérations qui serviront de type.

L'iléo-sigmoïdostomie simple est une opération antiphysiologique : elle détermine un afflux brutal, dans l'ampoule rectale, du chyme du grêle, encore liquide et rempli de substances alimentaires utilisables. Cette arrivée soudaine détermine l'acte de la défécation et de la diarrhée liquide apparaît. Sans doute la constipation est disparue, mais les malades s'acheminent vers l'amaigrissement et la cachexie. Cependant le malade finit par résister au besoin de la défécation et la diarrhée cesse ; les matières sont alors rejetées par un antipéristaltisme violent dans le grêle et dans les côlons. Ce retour en arrière des matières augmente les phénomènes toxiques. Le côlon devient un véritable puisard où il se produit des phénomènes de fermentation, de putréfaction et de



FIGURE 2. — Cœco-transversostomie avec exclusion par section de l'angle droit



stase. « Ayant eu, pour but d'exclure la zone de stagnation en dérivant les matières, écrit Guillaume, on aboutit à la constitution d'une zone de stagnation encore plus dangereuse, puisqu'elle est placée, latéralement, sur la voie principale. » L'iléo-sigmoïdostomie est donc une très mauvaise opération, qui ne peut être que le premier temps d'une colectomie.

La *cæco-sigmoïdostomie* est une opération qui donne de meilleurs résultats. Cependant ceux-ci sont très inconstants ; le drainage du cœcum est incomplet. « Elle n'empêche pas, dit ROBINEAU, les matières de stagner aussi longtemps ou presque dans le côlon ascendant, mais il en reste une quantité moindre. » Il se produit souvent, comme dans l'iléo-sigmoïdostomie, un reflux en arrière des fèces, dans le côlon, véritable cercle vicieux.

Toutes les anastomoses de dérivation sont des opérations incomplètes, parfois dangereuses par l'aggravation des phénomènes toxiques qu'elles produisent ; dans la majorité des cas elles aboutissent à un reflux des matières dans le côlon, ce qui augmente la stagnation. Il faut donc, dans les méthodes de dérivation exclure entièrement le côlon au niveau de l'anastomose pour éviter ce reflux continu des matières, en arrière. Les opérations dont le but est de produire un « court circuit » des matières stercorales ne sauraient amener de résultats et d'amélioration du malade que si le chirurgien établit une exclusion complète du segment colique situé en deçà de l'anastomose. Nos observations sont d'ailleurs ve-

nues nous démontrer la véracité de cette conception : chez les 11 malades chez lesquels des anastomoses intestinales furent faites, nous avons obtenu avec :

8 anastomoses sans exclusion : 8 échecs. (Obs. 31, 32, 33, 34, 37, 38, 41, 43).

3 anastomoses avec exclusion de l'angle droit : 3 succès. (Obs. 35, 36, 39.)

Notre maître DESMAREST, en est arrivé à la conclusion que parmi toutes les techniques d'anastomose une seule doit être employée : c'est l'abouchement du côlon ascendant et du côlon transverse *avec exclusion par section de l'angle droit* dans ces cas où l'examen radiologique nous a montré un accollement en canon de fusil des deux segments intestinaux. L'opération, dans ces cas, est très simple, les organes se présentant d'eux mêmes pour s'aboucher ; de plus la section de l'angle droit empêche l'apparition d'un cercle vicieux, d'un reflux en arrière des matières. La technique (fig. 2) facile consiste en une entéro-anastomose pratiquée dans la portion la plus déclive de la partie du transverse posée ; la bouche unissant les deux segments sera large et la suture des lèvres de cette nouvelle bouche sera faite selon les habitudes du chirurgien, enfin l'opération doit débiter par une section de l'angle droit entre deux clamps *sans écrasement* et fermeture des deux bouts sectionnés. Nous avons déjà dit que 3 malades opérées par ce procédé ont merveilleusement guéri.

Toutes les anastomoses sans exclusion du gros intestin, ne seront, d'une façon générale, jamais utili-

sées pour obtenir la guérison d'une stase stercorale droite ; tout au plus ne seront-elles que le premier temps d'une colectomie. La cœco-transversostomie avec exclusion par section de l'angle droit est, au contraire, une excellente opération ; elle est indiquée chez les stasiques dont le côlon ascendant et le côlon transverse sont accolés en canon de fusil.

Colectomie totale :

LANE, en Angleterre, et PAUCHET, en France, ont été les fervents partisans de la colectomie totale. L'ablation du côlon en entier fait nécessairement disparaître la stase, mais cette opération, non seulement n'a pas donné les résultats fonctionnels que l'on pouvait en espérer, mais elle est grevée d'une forte mortalité opératoire. La statistique des colectomies totales pratiquées au *Guy's Hospital* de 1904 à 1921, rapportée par Hurst, est particulièrement démonstrative :

Années	Nombre de cas	Morts	Pourcentage de la mortalité
1904-08	37	9	24.0 (Lane)
1909-13	50	4	8.0 (Bainbridge)
1914	40	5	12.5
1915	34	4	12.0
1916	12	4	33.0
1917	9	3	33.0
1918	13	4	30.8
1919	2	0	
1920	1	0	
1921	0	0	
Total . . .	198	33	16.5

HALL, sur 68 cas, de colectomie, rapporte 27 morts, soit une mortalité de 40 %.

Nous ne nous attarderons pas à discuter une opération qui est suivie d'une mortalité si élevée, elle est peu recommandable et doit être entièrement rejetée dans le traitement de la stase stercorale droite.

Hémi-colectomie droite :

Lorsque le côlon droit est devenu un sac pseudo-membraneux, atone, qui ne se vide que par regorgement, la résection de ce segment colique est indiquée. De même, l'hémi-colectomie droite peut trouver des indications, lorsque les parois du cœco-ascendant sont fortement atteintes par des phénomènes inflammatoires.

Cette opération, qui peut paraître antiphysiologique, puisqu'elle supprime le côlon ascendant dont le rôle est considérable dans la digestion, apporte plutôt au malade une amélioration notable en enlevant le foyer où s'élaborent les produits toxiques. D'ailleurs elle ne nuit aucunement aux phénomènes digestifs, la résorption s'opérant après dans le côlon transverse. L'hémi-colectomie droite apparaît comme une intervention très rationnelle qui supprime la stase proximale sans apporter une grande perturbation au transit intestinal, qui reste inchangé. Elle comporte, en plus, une très faible gravité opératoire. Les résultats des divers chirurgiens que nous avons groupés fournissent une preuve certaine de son faible pourcentage de mortalité :

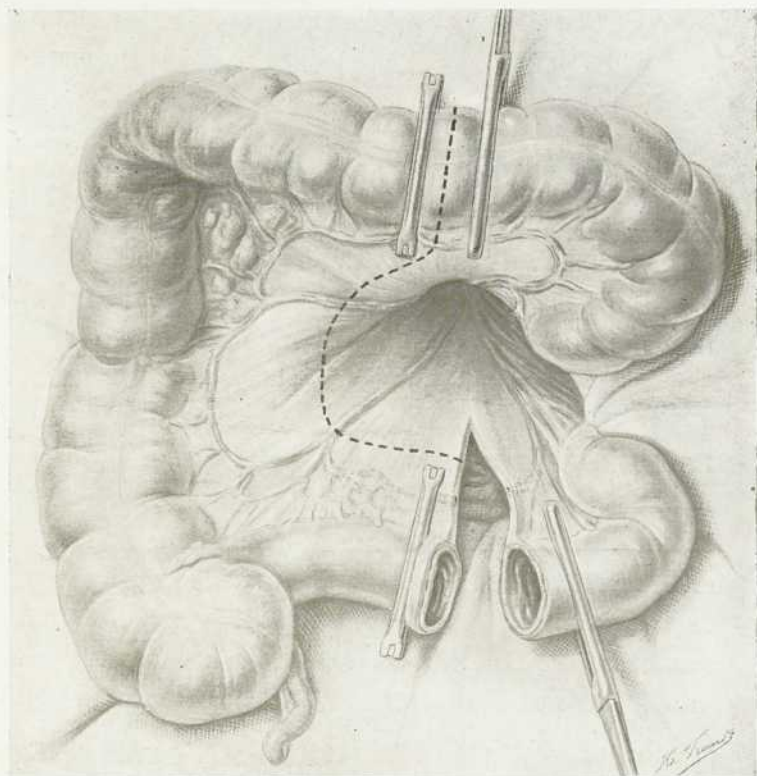


FIGURE 3. — Hémi-colectomie droite : ligne de section

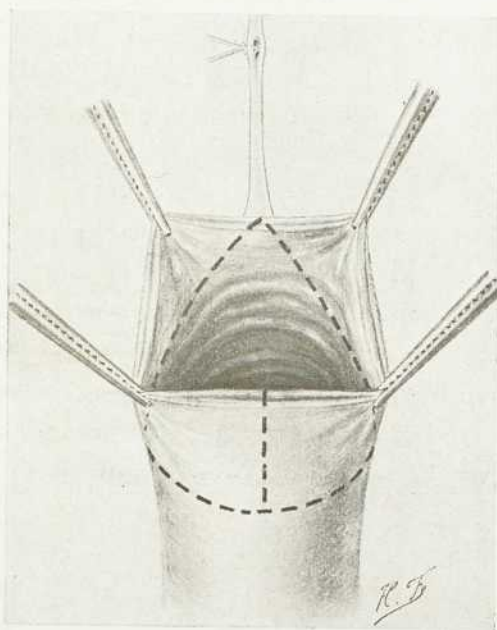


FIGURE 5. — Manière de procéder à la recoupe du bout iléal



MOYNIHAN..	68 cas	2 morts	2.5 % de mortalité
ROBINEAU..	23 cas	1 mort	4 %
LAMBRET...	8 cas	0 mort	0 %
CLARK.....	3 cas	0 mort	0 %
JOHNSON...	10 cas	0 mort	0 %

113 cas 3 morts 2.5 %

L'hémi-colectomie droite est une opération qui doit être pratiquée dans ces cas de stase où le cœcum est devenu un véritable puisard sans puissance contractile et dans ces cas où les parois de l'organe sont profondément infectées. D'ailleurs, nous croyons que la mortalité doit être ramenée à néant, si l'on suit les conseils de notre maître Desmarest c'est-à-dire la recoupe des bouts intestinaux afin d'en assurer la vascularisation, dont il a montré l'importance dans un article de la *Presse Médicale* (24 janvier 1923). M. Desmarest écrivait alors, à propos des tranches de section que « c'est l'insuffisance de leur vascularisation et de leur nutrition qui est la cause des échecs. » Il faisait remarquer que l'anastomose colo-colique lâche, parce qu'il se fait à ce niveau une escarre et non parce que la muqueuse infectée détermine l'infection d'une soi-disant cavité close ». Les résultats de M. Desmarest que nous publions sont venus confirmer combien vraie était sa conception, en effet, le seul cas de décès (obs. 53) sur les 16 hémi-colectomies droites qu'il a pratiquées est précisément celui d'une malade dont les tranches de l'intestin sectionnées ne saignaient pas, malgré des recou-

pes poussées fort loin. On peut dire qu'avec le procédé de la recoupe des tranches intestinales, il n'existe aucune mortalité opératoire par désunion de l'anastomose, lorsque les bouts intestinaux sont bien vascularisés.

L'hémi-colectomie droite, pratiquée par notre maître Desmarest, s'éloigne très peu des temps opératoires classiques. Par une incision iliaque droite de 8 centimètres environ, il aborde le segment iléo-cœco-colique droit de l'intestin ; la libération de ce segment intestinal s'opère de la façon habituelle, mais les parties de l'intestin qui seront sectionnées ne sont pas écrasées, et c'est là un point important ; en deçà de la ligne de section la paroi intestinale est saisie par une pince à coprostase très élastique. Lorsque le segment iléo-cœco-colique droit est enlevé et que l'hémostase du méso sectionné est assurée, avant de pratiquer l'anastomose termino-terminale de l'iléon et du transverse, il faut s'assurer de la vascularisation des tranches intestinales. Le champ opératoire étant largement garni, et les anses sectionnées étant bien isolées, des pinces de Terrier saisissent les lèvres des bouts intestinaux et la pince à coprostase est alors enlevée pendant que l'aide maintient la tranche intestinale. L'état de vascularisation de cette tranche intestinale est soigneusement observé. Si l'intestin saigne abondamment, on procède à une anastomose termino-terminale classique. Au contraire, lorsque la paroi est exsangue, il faut en faire une recoupe. Cette recoupe doit

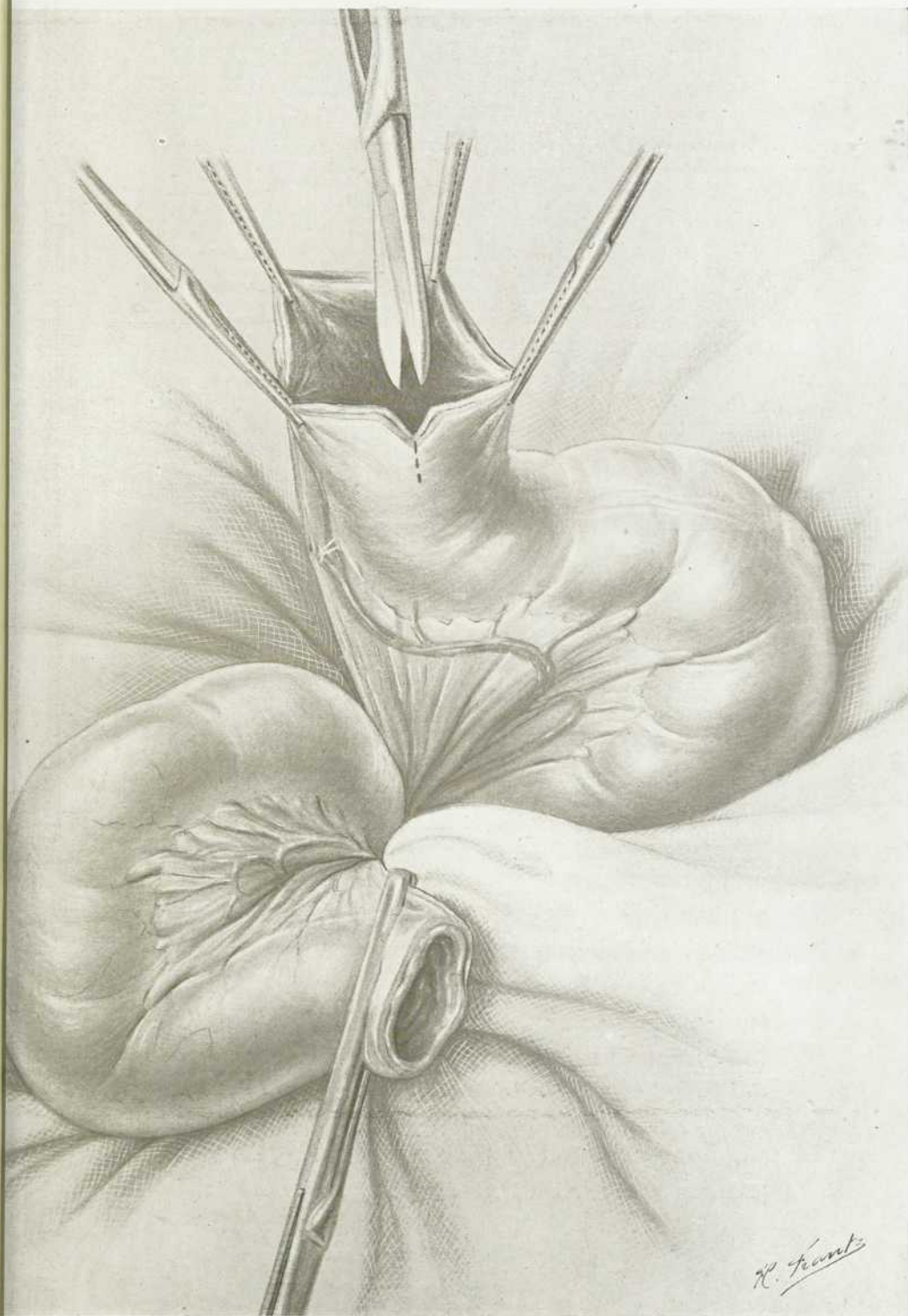
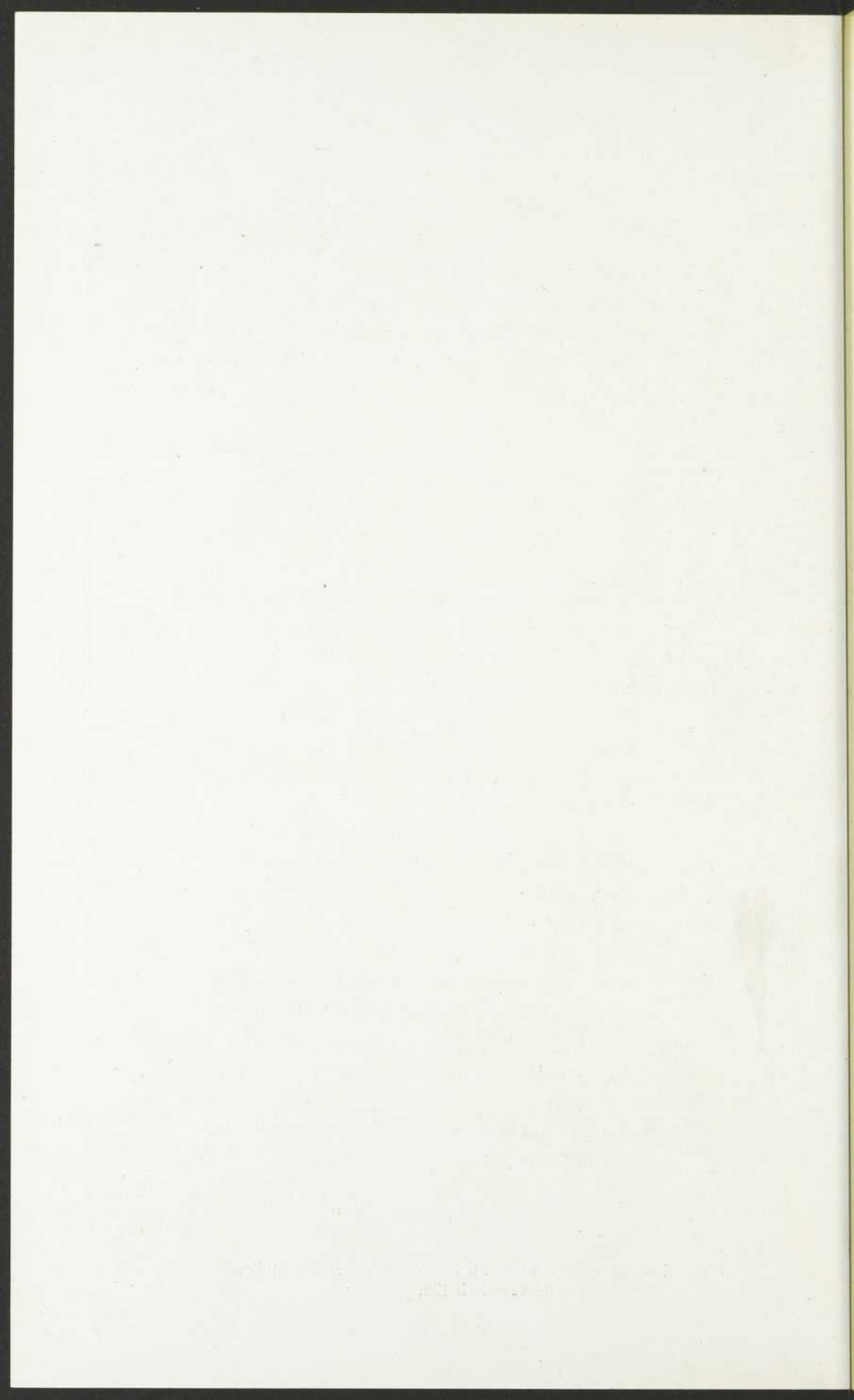


FIGURE 4. — La recoupe des bouts intestinaux pour en contrôler la vascularisation



être pratiquée soigneusement : une mèche est introduite dans la lumière intestinale, afin d'éviter une sortie inattendue des matières fécales et l'on sectionne la tranche entre deux pinces de Terrier perpendiculairement à la lumière intestinale, comme l'indique la figure 4, d'autres pinces de Terrier venant saisir la nouvelle ligne de section. Cette recoupe est ainsi poussée circonférenciellement à la lumière intestinale, tant que la tranche ne saigne pas.

M. Desmarest *condamne* toute manœuvre qui tend à l'*écrasement* des bouts intestinaux, il fait reposer tout le succès de l'opération sur la *vascularisation des tranches intestinales*, pour éviter leur sphacèle et la désunion des anastomoses. D'ailleurs le seul cas de décès qui apparaît dans notre statistique, prouve nettement l'importance de cette conception : des bouts exsangues lors de l'anastomose se sont sphacelés et désunis.

La recoupe en plus de contrôler la vascularisation des tranches intestinales a le grand avantage de faciliter l'abouchement de l'iléon au transverse ; celui-ci, sous l'effet de la section, se contracte et diminue ainsi sa lumière.

Dans toutes nos héli-colectomies droites l'anastomose des bouts de l'intestin a été faite termino-terminale. D'ailleurs, dans la stase cœcale, les anastomoses latéro-terminales ou latéro-latérales risquent d'amener la création d'un nouveau segment cœco-ascendant par l'agrandissement des culs-de-sac des bouts anastomosés. Au contraire, lorsque l'anasto-

mose est termino-terminale, il ne s'opère aucune modification anatomique, comme nous l'avons remarqué chez nos malades par un examen radiographique.

Parmi les 16 malades, traités par l'hémi-colectomie droite avec recoupe :

Chez 11 malades les résultats éloignés ont été excellents, la constipation et les douleurs sont disparues et l'état général est devenu très bon (obs. 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 54).

Chez 3, les résultats ont été négatifs (obs. 41, 45, 50).

Chez une, les résultats sont trop récents (obs. 55).

Enfin une est morte (obs. 53).

Une opération, qui non seulement ne possède aucune gravité opératoire, mais peut amener une guérison complète dans 78.2 % des cas, ne doit pas être condamnée aussi facilement que le font certains médecins. L'hémi-colectomie droite a, dans certains cas de stase proximale, son indication.

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT.

La conduite à suivre dans la stase stercorale droite varie d'une façon générale selon les cas. Nous avons déjà indiqué les grandes lignes de cette conduite, cependant, pour schématiser et illustrer d'une manière plus précise la façon d'établir le traitement, nous résumerons par l'exposé de quelques cas cliniques les indications de la thérapeutique du syndrome douloureux du côlon proximal.

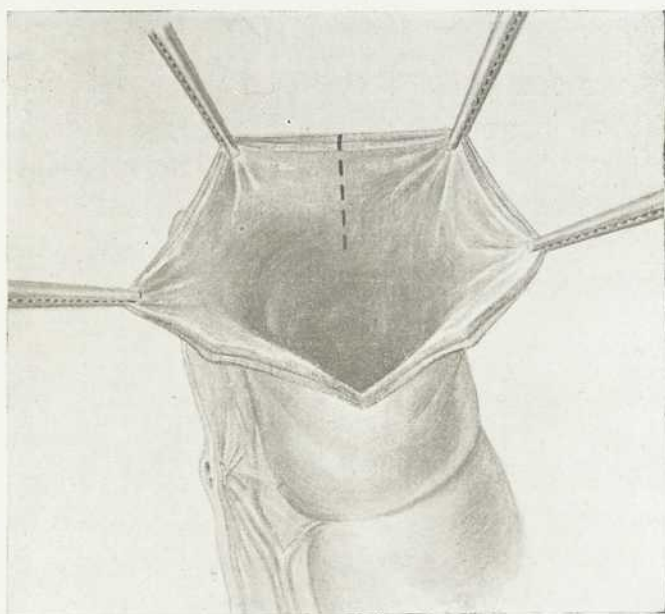


FIGURE 6. — Manière de procéder à la recoupe du bout colique

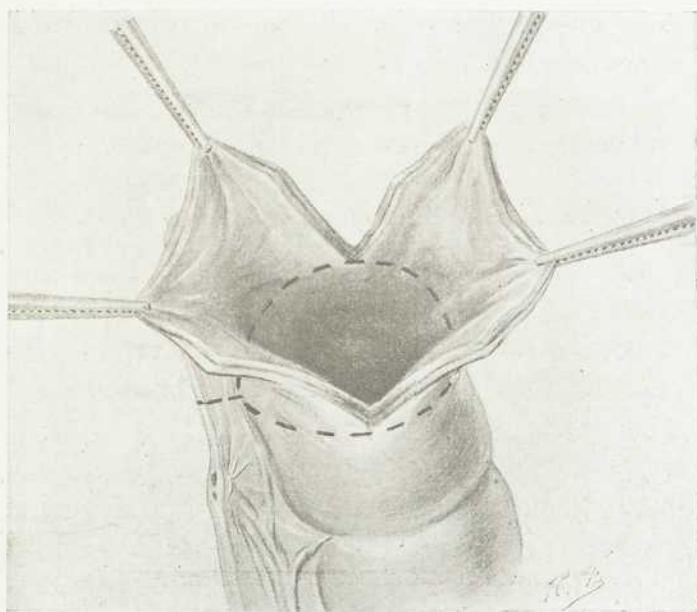
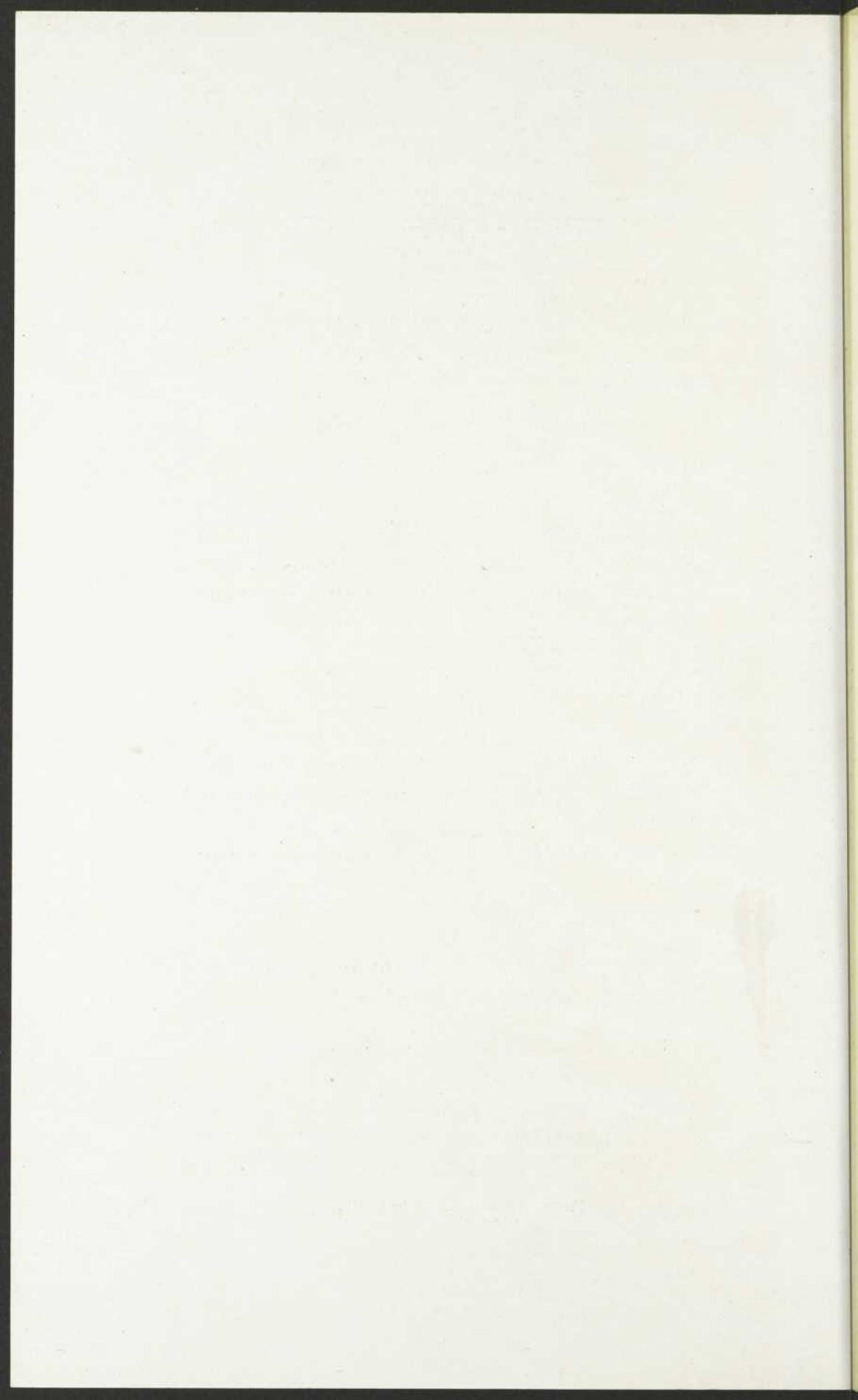


FIGURE 7 — Recoupe du bout colique



1^{er} cas :

Malade présentant depuis peu de temps des signes cliniques de stase cœcale, chez lequel la radiographie n'a décelé aucune déformation notable du cœco-ascendant :

Traitement médical

2^e cas :

Malade présentant des signes cliniques de stase cœcale sans déformation du cœco-ascendant, mais chez lequel on trouve des signes évidents de déséquilibre neuro-endocrinien :

Traitement médical. Opothérapie

3^e cas :

Malade présentant des signes cliniques de stase cœcale, chez lequel des troubles dyschésiques existent :

Dilatation anale en plus du traitement de la stase droite.

4^e cas :

Malade chez lequel le traitement médical a échoué et qui n'entre pas dans le 7^e et 8^e cas :

Libération des adhérences

5^e cas :

Malade présentant des signes cliniques de stase

cœcale, chez lequel la radiographie indique des courbures ou des spasmes du cœco-ascendant par brides probables :

Libération des adhérences

6^e cas :

Malade présentant des signes cliniques de stase cœcale, chez lequel la radiographie montre un accollement en canon de fusil du cœlon ascendant et du cœlon transverse :

Cœco-transversostomie avec exclusion par section de l'angle droit

7^e cas :

Malade présentant en plus des signes de stase, des symptômes d'intoxication chez lequel le cœco-ascendant est devenu une poche membraneuse dont l'atonie a été décelée soit par un examen radiologique montrant une stase prolongée, soit par un pincement de l'organe durant l'opération, qui fait voir son absence de contractilité.

Hemi-colectomie droite

8^e cas :

Malade présentant des signes de stase cœcale avec ou sans symptôme d'intoxication, chez lequel il existe une infection chronique prolongée de la paroi du cœlon droit.

Hemi-colectomie droite

La chirurgie garde donc une partie de ses droits sur la stase stercorale droite. Cependant, le chirurgien ne doit jamais oublier que, pour obtenir une guérison complète, il doit, dans la majorité des cas, faire appel au médecin qui établira un traitement contre les troubles généraux que le syndrome douloureux du côlon proximal a pu faire naître.

CHAPITRE X

12 11

Observations

1^o Libération d'adhérences et appendicectomie

OBSERVATION I

Mme D... A..., 23 ans, admise à Broussais le 12 janvier 1915 pour des douleurs à la fosse iliaque droite et de la constipation opiniâtre. Depuis 2 ans, la malade se plaint de sensation de pesanteur et de tiraillement à la fosse iliaque droite. Elle a souvent des borborismes intestinaux, ce qui parfois fait disparaître la sensation de pesanteur. Elle est très constipée et peut rester jusqu'à trois jours sans aller à la selle, elle n'a jamais de diarrhée. Elle n'a jamais eu de crises abdominales aiguës. Ses règles sont régulières, non douloureuses, mais abondantes. Un accouchement à terme et normal en 1913. Pas de pertes vaginales.

L'examen de la fosse iliaque droite montre un clapotage et un tympanisme du cœcum, il existe une douleur diffuse à la fosse iliaque droite, douleur plus aiguë au niveau du point appendiculaire. Le toucher vaginal n'indique rien d'anormal. Au

sommet du poumon droit il existe de la submatité, une expiration rude et une augmentation des vibrations. L'examen du cœur montre l'existence d'un rétrécissement mitral. Malade très nerveuse, transpirant facilement. Pas d'élévation thermique.

Opération le 4 février 1915. Incision de Mac Burney. Cœcum très long, très mobile, gros. Appendice un peu distendu. Pas d'adhérences ou de brides péritonéales. Appendicectomie. Cœcopicature à l'aide de fils de lin.

Suites opératoires normales : ablation des fils le 11 février, sortie le 20 février 1915.

Revue en mars 1924. L'état général est mauvais, le poids reste stationnaire. Il existe une douleur presque continue à la fosse iliaque droite, plus marquée à la marche. La constipation est plus opiniâtre.

OBSERVATION II

Mlle N... M..., 22 ans, 20 juin 1919.

La malade entre dans le service pour douleurs abdominales du côté droit. Le début remonte à 6 ans par une sorte de tiraillement, gêne de la respiration, sans que la malade puisse bien localiser cette douleur. Il y a un mois, la malade fait une crise aiguë caractérisée par de la douleur survenue brusquement le matin au réveil, accompagnée des vomissements muqueux puis bilieux. Tout rentre dans l'ordre trois jours après. A ce moment, apparition d'une coloration jaune des téguments avec sensation de lassitude. Cet ictère disparaît rapidement. Actuellement, état général bon. L'appétit est conservé, les douleurs abdominales ont presque complètement disparu. La malade est légèrement constipée. La palpation révèle un point de Mac Burney légèrement douloureux, ainsi

qu'un point vésiculaire sensible. La malade est mal réglée. Elle a des pertes blanches presque continuelles. Au toucher, on sent une masse volumineuse et douloureuse à droite. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal.

A noter dans les antécédents une entéro-colite ayant durée 18 mois, survenue il y a 5 ans. Pendant ces 18 mois, la malade a maigri énormément, était constipée et présentait de temps à autre des périodes de diarrhée très abondante avec selles glaireuses et muco-sanguinolentes.

L'examen radioscopique montre un cœcum distendu, fixe et douloureux. L'estomac est très allongé, fixé également par son fond et dévié en bas et à droite.

Opération le 25 juin 1919. Gros cœcum mobile, appendice libre. La partie droite du colon transverse retombe sur le cœcum. On extériorise très facilement le transverse et on voit un cœlon ascendant complètement libre. Il existe sur l'angle droit une sorte de lame qui aboutit à une frange, un épaississement graisseux répondant à peu près à la bandelette du colon ascendant. Une série des petites brides se continuent avec le grand épiploon. La partie droite de l'épiploon est grenue, rougeâtre, rappelant ce qui a été décrit comme épiploïte chronique. On résèque un morceau. Appendicectomie.

Examen de l'épiploon : au milieu du tissu cellulo-graisseux on note des petites zones inflammatoires.

Suites opératoires normales.

Revue en mars 1924. La malade s'est mariée depuis et a mis au monde une fille bien portante. Etat général parfait ; a engraisé de 10 kilos. Ne souffre plus de son côté droit, pas de constipation. Jamais de diarrhée.

OBSERVATION III

Mme R... F..., 41 ans, août 1919.

La malade entre pour douleurs localisées dans la fosse iliaque droite. Il y a 6 ans, la malade a commencé à souffrir de son côté droit ; elle a remarqué que ces douleurs étaient surtout marquées après le repas. Il y a trois ans, accentuation de ces douleurs pendant deux mois, mais pas de vomissement, pas de température. Depuis, la malade souffre de temps à autre, surtout deux ou trois jours avant les règles. Mais ce qui la préoccupe le plus, c'est la constipation qui devient de plus en plus marquée et souvent suivie de débâcles diarrhéiques. En même temps, l'appétit diminue, la malade digère mal et a de temps à autre des nausées. A l'examen, on trouve un Mac Burney nettement douloureux. Pas de gargouillement, ni de sonorité exagérée. La malade est bien réglée. Elle a eu deux grossesses normales, ses enfants sont vivants et bien portants. Une fausse-couche ayant entraîné quelques irrégularités de la menstruation.

L'examen radioscopique montre un cœcum normal, mobile avec un point appendiculaire nettement douloureux. L'estomac est normal.

Opération le 27 août 1919. Cœcum long, appendice légèrement adhérent qu'on décolle facilement. Toute la partie externe du côlon ascendant présente des adhérences lâches qu'on libère facilement. Appendicectomie.

Suites opératoires normales. A la sortie de l'hôpital, l'état général est excellent. Il persiste une douleur au niveau de l'angle droit du côlon à la palpation.

Revue en mars 1924. L'état général est bon ; la malade a engraisé de 18 kilos. Elle ne souffre plus dans la fosse iliaque droite. Depuis son opération, elle n'est plus constipée, a plutôt de la diarrhée. Deux à trois selles par jour.

OBSERVATION IV

M. B... L..., 29 ans. 8 juin 1919.

Le malade entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales. Ces douleurs débutent au mois de novembre 1916 insidieusement. Elles survenaient généralement une heure après chaque **repas, siégeaient à l'épigastre et s'irradiaient** vers la fosse iliaque droite. En même temps, le malade émettait des gaz par la bouche, ce qui le soulageait énormément. De temps à autre, ces douleurs ont été accompagnées de vomissements alimentaires et quelquefois bilieux. Le malade a ainsi fait plusieurs crises semblables de durée variable de cinq à dix jours. Pendant ces crises, la constipation était opiniâtre, suivie des débâcles diarrhéiques avec glaires. Depuis un an, le malade se sent très fatigué, son appétit est diminué, a maigri de 5 kilos et présente de la constipation nécessitant constamment l'emploi des purgatifs. A l'examen, on trouve un point douloureux à deux travers de doigts au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La température et le pouls sont normaux. Du côté des autres appareils rien à signaler. Les examens radioscopique, coprologique et celui du sang manquent.

Opération le 11 juin 1919. Incision de Mac Burney. La partie externe du cœco-ascendant est recouverte d'une lame péritonéale fixant cette partie au péritoine pariétal. Le cœlon ascendant sous influence du décollement de cette lame se déplisse et s'étale ; on pratique l'ablation de l'appendice qui adhérait à la partie postérieure du cœcum. Intestin manifestement irritable, il suffit de toucher le gros intestin avec une compresse pour voir aussitôt les anses cœco-coliques se contracter, de même la terminaison dans l'iléon sous influence d'excitation mécanique, se présente presque contracturée sous forme d'anneaux qui se segmentent à la partie terminale de l'intestin. On enlève un petit ganglion qu'on trouve au niveau de

la partie terminale du cœcum. Suites opératoires normales. L'examen histologique du ganglion est normal.

Revu en septembre 1919. Le malade a fait une légère phlébite de sa jambe gauche guérie en trois semaines par immobilisation. Le malade n'est plus constipé, a un appétit excellent et digère très bien. L'état général est excellent.

Revu en mars 1924. Le malade se porte bien, a gagné en poids. La constipation est complètement disparue, le malade se présente régulièrement à la selle une fois par jour.

OBSERVATION V

M. L... A..., 40 ans, mars 1919.

Le malade vient pour une douleur du flanc droit apparue progressivement il y a 18 mois, et qui n'a pas disparu depuis. Il s'agit d'une gêne continuelle plus marquée dans la position debout et, siégeant à droite de l'ombilic le long du bord interne du grand droit. Cette douleur devient surtout forte à deux heures dans l'après midi, et disparaît progressivement en deux heures de temps. Pas de constipation, pas de vomissements. A la palpation on ne trouve pas de point douloureux net. Le cœcum est mobile et gargouillant. La mobilisation du malade déplace légèrement le cœcum. L'examen des autres appareils ne montre rien d'anormal. Dans les antécédents on trouve un ictère à 20 ans, cet ictère a disparu en trois semaines.

Le 11 novembre 1919, le malade entre à l'hôpital, de nouveau, toujours pour les mêmes douleurs. En plus le malade est très faible et a maigri de plusieurs kilos. Les douleurs à siège para-ombilical droit, surviennent à deux heures de l'après midi et irradient vers la fosse iliaque droite, mais les vomissements, et la constipation font leurs apparitions. Les vomissements soulagent beaucoup le malade et sont presque quotidiens. La

constipation est opiniâtre, ne cède qu'aux lavements et aux purgatifs. L'amaigrissement est considérable. La palpation très aisée révèle un cœcum gros et distendu, gargouillant mais non douloureux.

Ganglions inguinaux bilatéraux bien marqués.

Opération le 20 novembre 1919. Le cœcum très long est attaché en dehors au péritoine pariétal, par une série d'adhérences lamelleuses. L'épiploon adhère au-dessous du cœcum au péritoine de la fosse iliaque. L'appendice est fixé au grêle par une lame péritonéale, il est court, sa pointe blanchâtre et nettement fibreuse. La partie terminale de l'iléon est fixée dans la fosse iliaque par une membrane continuant la lame péritonéale, qui existe au niveau de l'épiploon. La dernière anse du grêle iléal descend très profondément vers la fosse iliaque. Appendicectomie. Libération de toutes les adhérences. Toute la région répondant aux adhérences est lubrifiée avec 20 cc. d'huile de vaseline stérilisée.

Revu en mars 1920. Depuis quelque temps le malade a constaté une tumeur au niveau de la fosse iliaque droite. Cette tumeur apparaît deux à trois heures après le repas, devient de plus en plus douloureuse et s'accompagne d'un malaise général, de nausées, parfois de vomissements. La douleur est calmée par la position du décubitus dorsal, elle est augmentée par la station debout. Le malade a maigri de 7 kilos et se sent très faible. Pas de constipation. La palpation révèle une tumeur oblongue siégeant entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la cicatrice opératoire. Cette tumeur est dure, régulière, mobile transversalement. Ganglions inguinaux bilatéraux très marqués.

Radioscopie ; rien d'anormal, le cœcum se vide totalement.

2^e opération le 31 mars 1920. Incision dans l'ancienne cicatrice. On pénètre difficilement dans la cavité péritonéale, tissus d'adhérences qu'il est impossible de franchir. On prélève un fragment. Ces lésions donnent l'impression de lésions de tuberculose. Examen histologique : spécificité.



Revu en mars 1924. L'état général est bon, le poids est stationnaire. Pas de douleur de la région opérée. Pas de constipation.

OBSERVATION VI

Mille M..., 35 ans, 18 septembre 1919.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs ont commencé il y a trois mois, insidieusement et progressivement. Le maximum de ces douleurs était à la suite d'une longue marche, à la fin de la journée. Ces derniers temps la douleur devenait de plus en plus forte, obligeant la malade de se mettre au lit. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes avec éructations gazeuses, vertiges et céphalée tenace. A tous ces symptômes s'ajoute la constipation qui, ces derniers temps devient opiniâtre. A l'examen de la paroi abdominale, on trouve un point douloureux net au Mac Burney avec une fosse iliaque endolorie et légèrement empâtée ; les autres appareils sont normaux ainsi que la menstruation. La malade a légèrement maigri depuis trois mois. L'examen radioscopique montre un côlon transverse plissé descendu dans le petit bassin, et en remontant jusqu'à l'angle hépatique abaissé, il forme avec le cœco-ascendant une plicature, siège au niveau de la douleur accusée par la malade.

Opération le 19 septembre 1919. Le péritoine ouvert, on extériorise un gros cœcum, contenant des matières pâteuses, qui attire à sa suite un colon ascendant absolument libre, un angle droit libre également et une partie du transverse mobile. En renversant le côlon transverse, on voit très nettement se continuant avec le bord droit du grand épiploon une lame très mince et très transparente qui vient s'attacher sur le bord externe et la face postérieure du côlon ascendant, lame qu'on

décolle tout le long de cette face externe et de ce bord postérieur. On poursuit cette lame jusque sur la face postérieure et externe de la terminaison de l'iléon. Quand on renverse l'angle droit, on voit sur la partie de cet angle une série de lamelles très fines, très transparentes qui vont sur le duodénum et doivent remonter au foie. Appendicectomie. Enfouissement.

En 1920, au mois de juillet, la malade ne se sent pas mieux, présente toujours les mêmes symptômes. Examen radiologique : six heures après un repas opaque, les deux tiers de celui-ci occupent l'iléon ; une faible partie teinte le cœcum. Estomac ptosé vidant normalement. Malgré la violence des contractions bulbaires, le contenu de la première portion du duodénum ne passe que très lentement dans la deuxième portion qui est coudée à la partie moyenne. 24 heures après, le côlon transverse et l'angle splénique sont très visibles. Rien dans le côlon pelvien.

Revue en mars 1924, la constipation est opiniâtre, céphalée, nausées. Règles normales. Le poids est stationnaire. On constate une petite hernie ombilicale.

Des signes d'insuffisance thyroïdienne existent ; il s'agit d'une personne très nerveuse.

OBSERVATION VII

Mlle Th... M..., 25 ans, secrétaire. 27 octobre 1920. La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et pour des vomissements fréquents.

La maladie débute brusquement en octobre 1918 par une crise douloureuse accompagnée de vomissements abondants, alimentaires au début, puis biliaires et muco-sanguinolents. La douleur siègeait au niveau de la fosse iliaque droite. Soi-

gnée comme une crise d'appendicite, la malade guérit dix jours après ; mais elle conserve un endolorissement de la région. Depuis, elle se sent très mal, les vomissements et l'état nauséux sont fréquents, la douleur de la fosse iliaque persiste et augmente pendant les crises de constipation qui s'installent. Cette constipation de plus en plus opiniâtre est entrecoupée des débâcles diarrhéiques durant trois à quatre jours. En même temps, la malade signale de nombreuses bronchites, de l'amaigrissement, de la fatigue. Du reste, on retrouve dans les antécédents une pleurésie gauche en 1912, non ponctionnée, ayant duré six mois. A part ces troubles des voies respiratoires, elle ne signale aucune maladie importante. La menstruation est normale.

Actuellement (27 octobre 1920), la malade se plaint d'une pesanteur dans la fosse iliaque droite, suivie de temps à autre de véritables crises douloureuses, que la malade compare à des tiraillements. La constipation et des crises diarrhéiques sont définitivement installées. L'appétit est capricieux, les digestions sont lentes. La malade a l'aspect fatigué, inquiet. A la percussion de l'abdomen, on note un léger tympanisme de la fosse iliaque droite. La palpation révèle un endolorissement généralisé de cette région, un point de Mac Burney nettement douloureux ainsi que du gargouillement. On conclut dans le sens d'appendicite et on l'opère le 29 octobre 1920.

On trouve, partant du péritoine pariétal une lame donnant l'impression d'être extra-péritonéale et qu'on est obligé d'inciser pour découvrir l'angle iléo-cœcal. L'appendice est trouvé derrière, coudé. On est obligé de prolonger l'incision de la lame péritonéale externe pour pouvoir pratiquer le redressement du méso. L'enfouissement est rendu difficile par cette couverture péritonéale anormale. Tout autour du cœcum on est obligé de placer une série de catguts sur réseaux veineux très développés.

Les suites opératoires sont normales, une petite suppuration de la paroi guérit en quelques jours. A sa sortie, le 12 dé-

cembre, la malade se plaint toujours de la douleur de la fosse iliaque droite. L'état nauséux et la constipation persistent.

Revue trois mois après, la malade déclare que son état reste sensiblement le même.

Revue le 24 mars 1924 : la malade a eu plusieurs crises de constipation toujours suivies de diarrhée. L'état général est mauvais ; elle a maigri et se sent très fatiguée. A l'examen, on trouve la douleur au même point, du tympanisme, du gargouillement. Il existe une cyanose des extrémités, de la cryesthésie ; le système pileux est très développé, l'œil est clair et vif. Tension au Vaquez : 11/7. Pouls : 90, régulier. Réflexe oculo-cardiaque positif. L'épreuve à la pilocarpine (0,005 mgr.) est positive : dix minutes après l'injection, salivation, transpiration, pouls 105, tension au Vaquez 10/6.

L'examen radiologique après 36 heures de l'ingestion de la bouillie barytée montre un cœcum encore rempli.

La malade est mise au traitement opothérapique, thyroovarien et à un régime hypercarné sans substances amylacées.

OBSERVATION VIII

Mlle Th..., 14 ans.

La malade entre à l'hôpital le 20 septembre 1920 pour de la constipation et des douleurs à la fosse iliaque droite. Le début de la maladie remonte au mois de mai 1919 ; à cette époque, la malade qui est une constipée depuis des années, est prise subitement d'une violente douleur à la fosse iliaque droite sous forme de torsion qui n'irradie pas. En même temps, des nausées puis des vomissements apparaissent, mais il n'y a pas d'élévation thermique. La malade est mise au repos et à la diète et la douleur disparaît brusquement vers la 36^e heure par une émission abondante de gaz. Après cette crise, la ma-

lade n'éprouve aucune douleur, mais elle est très constipée. Cependant, en novembre 1919, une crise identique à la précédente apparaît qui ne s'accompagne d'aucune élévation thermique. Depuis, la malade éprouve soit tous les jours, soit tous les deux jours, et surtout vers le soir une sensation de pesanteur, de tiraillement à la région cœcale ; cette douleur cesse ordinairement d'une façon brusque avec une émission de gaz. La constipation est plus opiniâtre. L'état général de la malade est excellent ; il s'agit plutôt d'une malade adiposique. Elle fut réglée il y a environ dix-huit mois, et actuellement elle présente une menstruation régulière, mais peu abondante. L'examen des autres appareils montre qu'ils sont normaux. La palpation de la fosse iliaque droite montre un cœcum gros, tympanique, gargouillant ; il existe une douleur précise au point appendiculaire.

Opération le 21 septembre 1920 par M. Desmarest. On trouve un long cœcum mobile, sur la face antérieure du côlon ascendant venant se terminer sur la bandelette antérieure, il existe une lame péritonéale qui semble venir de la partie droite de l'épiploon. Libération de cette lame, ablation d'un appendice dont la pointe contient un calcul. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 27 février 1924. Durant un an après l'opération, la malade est en excellente santé et n'est pas constipée. Cependant vers le mois de juillet 1922, de la constipation apparaît, constipation qui peut durer jusqu'à huit jours et qui souvent se termine par une débâcle diarrhéique avec selles semi-liquides. Actuellement, la malade se plaint de douleurs cœcales sous formes de torsion qui s'atténuent lorsque des gaz se déplacent. La constipation est très marquée, l'état général est mauvais ; la malade se plaint d'asthénie, de vertiges et de céphalée. La malade n'a pas maigri, au contraire, sa tendance adiposique s'est accrue. Il existe une cyanose des extrémités et du dermatographisme. La malade est très nerveuse et chez elle le réflexe oculo-cardiaque est positif ; la tension au Vaquez

est de 11/8. Les règles sont irrégulières, non douloureuses, mais peu abondantes. Un examen radiologique par ingestion de baryte montre à la 24^e heure un cœcum encore rempli, un transverse vide et un ascendant opaque. A la 36^e heure, seul le cœcum est encore rempli. A la 72^e heure, le cœcum est encore opaque : stase de 72 heures.

— — —

OBSERVATION IX

Mlle J... R..., entre le 27 juillet 1920 à l'hôpital pour de la constipation et des douleurs siégeant dans le flanc droit. Il y a 3 ans, la malade contracte une fièvre typhoïde dont la convalescence est longue. Un an après cette typhoïde, la constipation apparaît qui s'accompagne de sensation de torsion au niveau de la fosse iliaque droite. Il y a six semaines, la malade est prise d'une violente crise douloureuse abdominale. Douleurs dans tout l'hémi-côté droit de l'abdomen. Pas d'élévation thermique, vomissements durant deux jours. Au bout de six jours, la douleur disparaît brusquement avec une débâcle diarrhéique. Depuis, la malade est constipée et se plaint d'une vague douleur continue siégeant dans la fosse iliaque droite. Pas de douleur nette au point de Mac Burney. Etat général mauvais ; malade très nerveuse. Règles irrégulières, très peu abondantes et douloureuses. Le toucher vaginal est négatif. Amaigrissement de 20 kilos depuis janvier 1919. Pas d'examen radiologique. Pas d'examen de sang.

Opération le 30 août 1920. Incision de Mac Burney typique. On arrive sur un cœcum long et mobile. Pas de brides péricoliques. Appendice long ; trompe et ovaires normaux. Appendicectomie avec enfouissement. Fixation du cœcum et du côlon ascendant au niveau du péritoine pariétal, latéralement.



Fermeture en trois plans. Suites opératoires normales. Sortie le 27 août. La constipation persiste opiniâtre.

Revue en mars 1924. Pas d'amélioration. Etat général mauvais ; n'a pas engraisé ; les douleurs abdominales persistent et la constipation très opiniâtre est entrecoupée de périodes diarrhéiques.

OBSERVATION X

Mlle D... L..., caissière. Entrée le 30 mars 1921.

Vient à l'hôpital pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il s'agit d'une constipée depuis l'âge de 10 ans. Le début de sa maladie remonte à 5 ans par des douleurs de la fosse iliaque droite, plutôt une sensation de pesanteur intermittente survenant sans cause apparente et se propageant vers la cuisse droite. Depuis deux mois, ces douleurs sont plus violentes, obligent la malade d'interrompre son travail et de s'aliter pendant quelques jours. En même temps, très souvent, nausées et vomissements. L'appétit diminue ainsi que le poids et la constipation devient plus marquée qu'auparavant. A l'examen, on trouve du tympanisme, du gargouillement et de la douleur diffuse de la fosse iliaque droite. L'aspect de la malade est bon ; elle a des extrémités froides et légèrement cyanosées. Les règles sont normales, ainsi que le fonctionnement des autres appareils.

A l'examen radioscopique, on constate un cœcum fixé et irrégulier, le transverse ptosé est accolé en canon de fusil au cœco-ascendant. Douleur sur le cœcum.

On conclut dans le sens d'appendicite chronique et on l'opère le 1^{er} avril 1921.

Opération. Le côlon transverse se présente le premier, angle droit bas, côlon ascendant court, tenu en dehors par toute une série de lames péritonéales qui décelent l'existence d'une

péricolite. On libère toute ces adhérences. Appendicectomie par écrasement, section et enfouissement sans rien de spécial. L'appendice est gros, en forme de « J », à pointe relevée. Rien d'anormal dans le petit bassin.

Histologiquement : appendice présentant en un point une dilatation de sa cavité. Celle-ci est remplie de polynucléaires. La couche folliculaire présente une hyperplasie marquée. Les autres couches sont normales.

Revue en mars 1924. L'état général est satisfaisant. Gain de 4 kilos. Pas de douleurs dans la région opérée. Pas de constipation.

OBSERVATION XI

Mlle S... S..., 22 ans. Entrée le 27 juillet 1921.

La malade entre pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. La maladie débute en novembre 1920 par une crise douloureuse. Les douleurs apparaissent progressivement et gênent la malade surtout pendant la marche et dans la station debout. Pas de vomissements ni diarrhée. Elle fait ainsi plusieurs crises semblables, chacune d'une durée moyenne de trois à quatre jours. La malade remarque que dans l'intervalle de ces crises elle a beaucoup de pertes blanches. La dernière crise remonte à trois semaines, les douleurs ont été plus violentes qu'au cours des crises précédentes. Actuellement, la malade se sent très fatiguée ; elle est en pleine période de menstruation et perd abondamment, comme d'habitude pendant ses règles. Elle est constipée et cette constipation est suivie d'une débâcle diarrhéique avec des glaires sanguinolentes. La douleur de la fosse iliaque droite semble avoir diminué d'intensité depuis cette débâcle diarrhéique. A l'examen, on trouve une paroi abdominale légèrement contracturée à droite. Toute cette fosse est endolorie, gargouille et on trouve à

l'examen un point de Mac Burney nettement douloureux. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal.

Examen radioscopique : Six heures après l'ingestion d'un repas baryté. La fin du grêle, le cœcum, le côlon ascendant et la presque totalité du transverse sont remplis. A la palpation, il existe deux régions douloureuses : 1. l'une siégeant au niveau de la partie interne du cœcum ; 2. la seconde au niveau du côlon transverse, dans sa partie moyenne.

Opération le 9 août 1921. Cœcum énorme, très gros côlon ascendant, le méso-côlon ascendant s'insérant au-dessus de l'angle ; une petite partie du grand épiploon vient sur la face latérale droite du côlon. On attire le transverse et on trouve un angle droit très coudé par une lame péritonéale formant bride. L'ovaire droit un peu plus gros que normalement, également le gauche, mais sans qu'ils soient kystiques. Très long appendice, type congénital adhérent à la terminaison du méso-cœcum. On libère les adhérences. Appendicectomie. Suites opératoires, petit hématome vers le 8^e jour qui guérit sans accidents.

Revue en mars 1924. L'état général de la malade est bon. Le poids est stationnaire. La constipation existe intermittente. La malade présente des signes très précis de déséquilibre neuro-endocrinien. Un examen radiographique montre une stase cœcale de 36 heures. Un traitement opothérapique est institué et une hémicolectomie droite est conseillée.

OBSERVATION XII

Mlle D..., 28 ans, admise à Bicêtre le 6 juin 1922 pour des troubles gastro-intestinaux.

Depuis des années, la malade présente une sensation de tiraillement à la fosse iliaque droite et de la constipation. Ce-

pendant depuis quatre ans, ces sensations de tiraillement deviennent plus accusées. C'est une torsion violente à la fosse iliaque droite et au flanc droit qui force la malade à se coucher, qui survient à horaire très variable et dure peu longtemps se terminant brusquement lorsque la malade évacue des gaz par l'anus. A cette douleur est liée un état de constipation. La malade reste trois ou quatre jours sans se présenter à la selle et après cette phase, a une diarrhée profuse et liquide : les matières sont brunâtres, muqueuses, liquides et demi-fétides. De plus, la malade éprouve après le repas à horaire variable, une sensation de pesanteur au creux épigastrique et des éructations. Jamais de vomissements. Depuis deux ans elle a beaucoup maigri : elle pèse actuellement 49 kilos, elle est très affaiblie. Nous ne notons aucun trouble urinaire. Il n'existe aucun signe de sympaticotomie ou d'insuffisance endocrinienne. Les règles sont normales ; il n'y a pas de pertes vaginales. Pas de grossesse, pas de fausses-couches.

A l'examen de la fosse iliaque droite, on trouve un cœcum gros, tympanique, qui clapote et de la douleur diffuse. L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal. Pas de fièvre.

Un examen radiographique par lavement baryté montre un cœcum très volumineux et douloureux à la palpation.

Le chimisme stomacal montre un taux de HCl libre à 3r.

L'examen des selles ne fait pas voir d'éléments musculaires, ni d'amidon, mais des matières grasses sont trouvées en quantité.

Opération le 30 juin 1922. Incision iliaque droite de 5 à 6 cm. On attire une longue anse iléo-cœcale libre et un cœlon ascendant mobile. L'angle colique droit est de même très mobile. Il n'y a pas d'adhérences ou de brides coliques. L'appendice apparaît sans lésions extérieures. On pratique une colopexie verticale unissant la face antérieure du cœlon à la paroi par cinq fils de lin. Appendicectomie.

L'examen histologique de l'appendice le fait voir sain.

Suites opératoires normales : ablation des fils le 30 juin, sortie le 9 juillet.

Revue le 29 février 1923. Poids 70 kilos. Gain de 21 kilos. Etat général très bon. Disparition complète des troubles gastro-intestinaux. Pas de diarrhée, ni de constipation. Une selle par jour.

OBSERVATION XIII

Mme C..., 34 ans. 24 mai 1922.

La malade entre dans le service pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

En octobre 1919, crise d'appendicite aiguë survenue sans cause ni signes précurseurs. La malade est prise brusquement dans la nuit de douleurs dans la fosse iliaque, de vomissements. Soignée avec le régime, le repos et la glace, la crise se calme. Mais depuis, la malade conserve toujours une vague douleur dans la fosse iliaque droite avec, de temps à autre, des petites crises de durée variable. En même temps, la constipation s'installe de plus en plus opiniâtre suivie souvent des débâcles diarrhéiques. En novembre 1920, nouvelle crise un peu moins violente que la première. Après cette crise, la malade remarque que ses téguments et surtout les conjonctives sont jaunes pendant quelques jours. Depuis, la malade se sent de plus en plus mal. Ses règles sont régulières. Elle maigrit, a des troubles vésicaux avec urines troubles de temps en temps et de la pollakyurie assez marquée (cinq à six fois la nuit). Cette cystite disparaît rapidement.

On se trouve en présence d'une malade pâle, légèrement sub-stérique. La percussion de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. La palpation réveille une légère douleur au niveau du point de Mac Burney. Foie normal. Les deux reins sont perceptibles. Les autres organes sont normaux, sauf deux gros

paquets hémorroïdaires au niveau de l'anus. L'examen des urines montre une phosphaturie assez marquée. L'examen radioscopique, rien de spécial.

Opération le 3 juin 1922. Incision latérale droite prolongée. La vésicule biliaire est blanchâtre, pas de caculs. On est frappé par le côlon transverse très distendu, ainsi que le cœcum et le côlon ascendant. Ce dernier et l'angle colique droit sont enveloppés dans une sorte de lame séreuse qui paraît être le dédoublement du grand épiploon. Appendicectomie suivant la technique habituelle. Libération des adhérences péritonéales. Dilatation anale.

Les suites opératoires sont normales. A la sortie de la malade, les phénomènes douloureux ont disparu, ainsi que la constipation. L'état général est bon.

Revue en mars 1924. Etat général excellent ; a engraisié. de 7 kilos. La douleur au niveau de la fosse iliaque est diminuée, de temps à autre tiraillements. La constipation persiste, la malade est obligée de prendre des purgatifs presque continuellement. Pas de diarrhée. Règles normales.

OBSERVATION XIV

Mme A..., âgée de 61 ans, entre à l'hôpital le 17 janvier 1920 pour des douleurs et de la constipation. Depuis dix ans la malade est constipée. Il y a 24 mois, la malade éprouve une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. De plus, elle se plaint de douleurs épigastriques sous forme de brûlures qui irradient vers les lombes. En même temps apparaît avant les repas une sensation de faim douloureuse. L'état général est bon. A l'examen, on trouve un cœcum gros et gargouillant, non douloureux. A gauche, sous le rebord costal existe une douleur localisée. Un examen radiologique mon-

tre une encoche nette de la courbure de l'estomac, le cœco-ascendant est gros et mobile. Un examen du liquide stomacal montre une hyperacidité. La recherche du sang dans les selles est négative.

Opération le 10 février 1920 : incision médiane sus-ombilicale. Il n'existe sur l'estomac aucun signe d'ulcus. Le cœcum est gros et complètement libre. Il existe au niveau de l'angle droit une large membrane qui le bride. Suites opératoires normales.

Le 17 avril 1923, la malade est de nouveau admise dans le service pour des douleurs épigastriques. Jusqu'en décembre 1922, l'état général a été excellent, les douleurs sont disparues ainsi que la constipation. Actuellement elle se plaint de troubles gastriques caractéristiques d'un ulcère de la petite courbure. Ce diagnostic est confirmé par un chimisme stomacal et par une radiographie.

Opération le 28 avril 1923 : sur la petite courbure existe un ulcère large. Résection de l'ulcère. Gastro-entérostomie. Suites opératoires normales.

Revue en mars 1924. Etat général excellent. Pas de douleur. Pas de constipation.

OBSERVATION XV

Mme R..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital le 18 février 1920 pour des douleurs dans le petit bassin et dans la fosse iliaque droite. Au mois d'octobre dernier, la malade est prise d'une douleur assez violente dans la fosse iliaque droite, qui s'accompagne de vomissements. Cependant il n'y a pas d'élévation thermique. La crise prend fin vers la 36^e heure par une émission abondante de gaz. Depuis, la malade se plaint d'une pesanteur à la fosse iliaque droite et de constipation opiniâtre. Les règles sont très abondantes et douloureuses. La palpa-

tion de la fosse iliaque droite montre un cœcum gros et gargouillant. Le toucher vaginal indique qu'il existe une rétroversion et que l'ovaire droit est gros et douloureux.

Opération le 2 mars 1920 : incision médiane sous-ombilicale. L'utérus est complètement tombé en arrière. L'ovaire droit est scléro-kystique. Le cœcum est gros et tapissé de lames péritonéales ; le côlon transverse est en U. Libération des lames. Ovariectomie partielle. Ligamentopexie. Suites opératoires normales.

Revue en mars 1924. Etat général bon. Tendance à la constipation. Tension au Vaquez est de 11/7.

OBSERVATION XVI

Mme B... A..., 36 ans, entrée le 8 août 1922.

Vient pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. C'est une constipée chronique depuis l'âge de 15 ans. Cette constipation ne cède qu'aux lavements et laxatifs dont la malade fait un large usage. Depuis six mois, la malade a ressenti de la céphalée intense survenant à jeûn et dans la journée. Pas de nausées ni vomissements, pas de douleurs spontanées. Quelquefois elle a de vagues douleurs dans la fosse iliaque droite, surtout quand la constipation se prolonge plus de trois jours. L'appétit est conservé. De temps à autre, vers cinq heures de l'après-midi, la malade ressent une pesanteur au niveau de l'épigastre. A la palpation, on sent un cœcum bas, gargouillant, légèrement sensible. A gauche, on sent une petite masse paraissant être tubo-ovarienne. Au toucher, cul-de-sac gauche légèrement douloureux. Les règles sont normales. Pertes blanches dans l'intervalle, peu abondantes.

Dans les antécédents on trouve plusieurs affections pulmonaires ; la malade tousse tous les hivers.

Opération le 8 août 1922. Incision médiane. Trompes et ovaires normaux. Sur la corne utérine gauche petit fibrome. On attire un gros cœcum mobile, un côlon ascendant non fixé, angle droit non fixé. Appendice en communication large avec le cœcum sans lésion extérieure apparente. Appendicectomie. Suites opératoires normales.

Revue en mars 1924. L'état général est bon. La malade a fait depuis des crises d'angine de poitrine. A engraisé de 2 kilos. Ne souffre pas du tout dans la fosse iliaque droite. Toujours très constipée.

OBSERVATION XVII

M. G... F..., 27 ans, valet de chambre.

Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales qui auraient débuté il y a dix ans. A ce moment, début brusque par une douleur vive obligeant le malade à s'aliter. Cette douleur irradiait vers l'hypochondre et la cuisse correspondante. En même temps, vomissements abondants. Constipation absolue pendant six jours. Soigné par le repos, le régime et de la glace tout rentre dans l'ordre au bout d'un mois. Trois ans après, nouvelle crise, seuls les vomissements manquent. Mobilisé peu de temps après, le malade fait toute la guerre sans avoir été inquiété. En 1920, réapparition des troubles. Ce sont des petites douleurs vagues toujours bien localisées à droite, exagérées par la fatigue et les mouvements brusques. De plus, le malade maigrit, perd ses forces et la constipation devient opiniâtre. Jamais de diarrhée ni d'augmentation de volume du ventre. Les digestions sont longues et pénibles, avec sensation de pesanteur abdominale. Quelquefois douleurs au niveau de l'épigastre une demi-heure après le repas. Le malade est souvent pris de céphalée violente qui détermine des nausées et mêmes des vomissements alimentaires.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade amaigri, pâle. Sa langue est chargée. L'abdomen est douloureux, surtout au niveau de la région pyloro-duodénale et dans la région de la fosse iliaque droite, sans point douloureux net. Appareil pulmonaire : poumon gauche, quelques râles et respiration soufflante ; c'est de ce côté que le malade a gardé un éclat d'obus.

A la radioscopie, on constate un cœcum anormalement distendu, mobile. Point douloureux appendiculaire. Examen de l'estomac : aucune anomalie de forme ni de contour. Evacuation et péristaltisme normaux. Chimisme stomacal-hyperacidité, le chlore total est élevé, l'acide chlorhydrique libre et chlore organique un peu inférieur aux chiffres normaux.

Urines : rien d'anormal.

Opération le 31 octobre 1922. Appendice plaqué contre le cœcum par une série d'adhérences. Le cœcum est gros et mobile. Adhérences sur l'angle droit qui est bas situé. Il n'existe pas de côlon ascendant, partie droite du transverse longue, l'estomac est normal, ainsi que la vésicule biliaire. Appendicectomie.

Examen de la pièce. Appendice présentant une diffusion des centres lymphoïdes. A partir de la partie moyenne, sclérose de la sous-muqueuse. Vers la pointe toutes les couches sont remplacées par une masse fibreuse.

Suites opératoires : petit hématome guéri rapidement.

Revu en mars 1924. L'état général est satisfaisant. Le malade a engraisé de trois kilos. Aucune douleur dans la fosse iliaque. Selles normales une fois par jour.

OBSERVATION XVIII

Mlle P... G..., 29 ans, entrée le 29 juin 1922.

Entre à l'hôpital pour de la constipation très marquée avec douleurs dans la fosse iliaque droite.

Il y a sept ans s'établit une constipation qui va en s'accroissant. Depuis quatre ans seulement la malade commence à souffrir de son flanc droit. C'est une sensation de pesanteur exagérée de temps à autre et alors nettement localisée dans la fosse iliaque droite. La malade n'a jamais vomi ni eu de la température. Actuellement, la malade se plaint d'un point douloureux situé à deux travers de doigts au-dessous du Mac Burney. Les digestions sont pénibles, immédiatement, après le repas, la malade se plaint de brûlures retrosternales, d'une pesanteur au niveau de l'épigastre. La constipation est très marquée, alternant avec des périodes de diarrhée, avec des coliques et selles liquides et glaireuses, jamais d'hématémèse ni de méléna. Sauf le point douloureux déjà signalé on ne trouve ni gargouillement, ni le tympanisme ni de plastron. Les règles sont normales ; quelques pertes blanches dans l'intervalle.

A la radioscopie. Le cæco ascendant est très distendu. Point douloureux appendiculaire net. Stase cœcale de trente-six heures. L'examen du chimisme gastrique révèle une hyperacidité très marquée.

Opération le 8 juillet 1922. Cæcum long et mobile ; appendice étranglé à sa partie moyenne. On libère une bride qui l'étrangle. Appendicectomie. Ovaire droit augmenté de volume. On l'ouvre et on énucléait un petit kyste. Quelques catguts sur la tranche ovarienne pour la fermer.

Suites opératoires. Vers le dixième jour, légère congestion pulmonaire au poumon gauche avec fièvre à 39°. Tout rentre dans l'ordre en quatre jours. Cicatrice parfaite.

Revue en mars 1924. L'état général est satisfaisant, la malade a engraisé de 3 kilos. Ne souffre plus du tout de son côté droit.

Selles régulières.

OBSERVATION XIX

Mlle V... G., 22 ans, entrée le 10 juillet 1922.

La malade vient pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il y a un an, ces douleurs apparaissent insidieusement sans crise initiale. La malade les ressent pour la première fois, à l'occasion des mouvements de flexion du tronc. Ces douleurs coïncident avec une céphalée intense avec de l'inappétence. La malade voit un médecin qui diagnostique une ptose rénale et lui ordonne une ceinture qui soulage beaucoup la malade. Depuis quatre mois, la malade maigrit continuellement, perd ses forces, n'a plus d'appétit, est constipée. Son médecin lui trouve un point appendiculaire et lui conseille de se faire opérer.

A l'examen, on trouve une fosse iliaque droite, douloureuse avec tympanisme et gargouillement. La douleur provoquée est au maximum à la palpation, au point de Mac Burney. L'examen des autres appareils ne révèle aucun signe anormal. Les règles sont normales.

Examen radioscopique : cœcum volumineux et légèrement sensible, avec stase de trente-quatre heures.

Opération le 10 juillet 1922. Très gros cœcum mobile, libre, formant une poche remplie de matières. Le côlon ascendant est bridé par une lame péritonéale. Contre le cœcum gros appendice dont toute la région de la pointe est enflée et mince. Appendicectomie et libération de la lame.

Examen de la pièce : réaction congestive intense, quelques hémorrhagies dans le chorion. Pas de réaction à polynucléaires. Quelques rares éosinophiles.

Suites opératoires normales.

Revue en octobre 1922. Toute douleur locale est disparue, la malade ne sent plus son côté droit, mais elle continue de lutter contre la constipation. Actuellement petite poussée d'entéro-colite généralisée, trois ou quatre selles par jour.

Revue en mars 1924. L'état général est bon, depuis son opération la malade a engraisé de 10 kilos. Les douleurs dans la fosse iliaque ont disparu momentanément, et actuellement elles sont comme avant. La constipation ou la diarrhée continuent.

OBSERVATION XX

Mlle D... F..., 34 ans. Entrée le 28 avril 1922.

La malade vient consulter pour des troubles du tube digestif, se traduisant par la douleur dans la fosse iliaque droite, de la constipation et des digestions mauvaises, suivies des nausées

Il y a deux mois, la malade a ressenti brusquement, après le repas, de violentes douleurs abdominales, surtout marquées au point de Mac Burney, suivies immédiatement de vomissements. Pendant cinq jours les douleurs persistent intermittentes, mais plus de vomissements, sauf peut-être un état nauséux constant. Au bout de dix jours tout rentre dans l'ordre, mais la malade remarque qu'elle est constipée très légèrement. Un mois après nouvelle crise douloureuse moins marquée que la première, cette fois-ci pas de vomissements. Actuellement (29 avril 1922), bon aspect général. La palpation et la percussion ne révèlent rien d'anormal. La malade est bien réglée. Pas d'antécédents.

Opération le 2 mai 1922. Le cœcum est légèrement adhérent au péritoine pariétal, gros. Libération du cœcum. Appendicectomie avec écrasement et enfouissement. Au moment où on détache le méso il s'échappe une goutte de pus. On ne sent pas l'ovaire.

Examen de la pièce : appendice distendu rempli de pus. Hémorragie et œdème du chorion. Infiltration d'une quantité assez abondante de polynucléaires éosinophiles.

Suites opératoires normales. Pas de fièvre.

Revue en mars 1924. Etat général excellent. Plus de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le fonctionnement intestinal est normal.

OBSERVATION XXI

Mlle C... Marg., 22 ans, entrée le 13 juin 1922.

La malade entre pour des troubles gastro-intestinaux.

Il s'agit d'une malade qui depuis deux ans présente des troubles intestinaux, se traduisant par des crises douloureuses intermittentes de la fosse iliaque droite, accompagnées de selles diarrhéiques, qui surviennent après deux ou trois jours de constipation. Ces débauches diarrhéiques terminent la crise douloureuse. Ces crises surviennent toutes les semaines, en s'accompagnant ni de température ni de vomissements. L'état général est mauvais. Les digestions sont difficiles et lentes, la malade a maigri de 7 kilos, au courant de cette dernière année. Pas de néphaléc, pas de vertiges. Les règles sont très abondantes. A l'examen on trouve un gargouillement et un tympanisme de la fosse iliaque droite ; pas de douleur provoquée. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal.

Examen radiologique ; cœcum volumineux, peu mobile, douloureux à sa région interne encore rempli de baryte après trente-trois heures avec épiploïte.

Opération le 17 juin 1922 : Incision de Mac Burney typique. Très gros cœcum tenu par une lame adhérentielle au péritoine pariétal, qui remonte jusqu'à l'angle droit. Libération du cœco-ascendant, et libération de tout l'épiploon qui correspond à la portion initiale du côlon transverse. A la fin de l'opération, on a sous les yeux tout le cœcum, le côlon ascendant, l'angle droit, et la partie droite du côlon transverse. Appendicectomie avec enfouissement. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires normales. A la sortie le six juillet, la malade n'est plus constipée et n'a plus de douleurs.

Revue en mars 1924. Etat général bon. Gain de 5 kg. ; pas de constipation, cependant il s'agit d'une malade à tempérament névropathique, et dont les règles sont peu abondantes. Elle fut traitée après l'opération par des extraits thyroïdiens.

OBSERVATION XXII

Mme D... J..., 31 ans. Entrée le 22 février 1923.

La malade vient consulter pour des douleurs de la fosse iliaque droite.

Il s'agit d'une malade constipée chronique, qui depuis l'âge de 13 ans a présenté ces douleurs qui n'existent jamais à jeun. Elles surviennent environ trois heures après le repas, leur maximum siège dans la fosse iliaque droite, elles se propagent à l'épigastre et une heure après tout, le ventre devient douloureux et ballonné. La disparition de ces douleurs se fait avec l'apparition des éructations gazeuses et surtout après l'émission des gaz par l'anus. De temps à autre ces crises sont accompagnées par des vomissements peu abondants, alimentaires qui soulagent beaucoup la malade. A part ces troubles quotidiens, la malade signale trois crises aiguës. La première remonte à 4 ans. La malade est prise brusquement, deux jours après une avulsion dentaire ayant occasionnée une grande hémorragie dit-elle, de douleurs violentes, accompagnées de vomissements pénibles muqueux, puis bilieux. Cette douleur siègeait au niveau de la fosse iliaque au début, mais vite tout le ventre s'endolorit en même temps qu'il se ballonne exagérément. Cet état pénible dure trois heures et prend brusquement fin par de grosses émissions de gaz par la bouche et par l'anus. Le lendemain tout est rentré dans l'ordre permettant à la ma-

lade de vaquer à ses occupations. Depuis elle a fait une deuxième et une troisième crises absolument semblables à quatre mois et à deux ans d'intervalle. Durant tout ce temps l'état général devient de plus en plus faible, la malade maigrit, perd ses forces. La constipation devient de plus en plus opiniâtre, la malade reste facilement quatre jours sans aller à la selle. En même temps, on note l'apparition des débâcles diarrhéiques qui terminent presque constamment les périodes de constipation un peu plus prolongées.

Actuellement, la malade est très affaiblie, nerveuse et inquiète. A la percussion de l'abdomen on trouve du tympanisme net au niveau de la fosse iliaque droite et la palpation révèle une contracture des muscles abdominaux et de la douleur diffuse sans point douloureux net. L'examen des autres appareils reste négatif. Dans les antécédents on ne trouve rien de spécial. A la radiographie on trouve un cœcum peu mobile, un côlon ascendant flexueux ; quarante-huit heures après l'ingestion de baryte tout le cœco-ascendant est encore rempli de baryte. L'examen coprologique se lit normal.

L'examen du sang : pas de leucocytose, pas d'anémie, léger retard de la coagulation. Urée 0,40.

Les urines sont normales.

Opération le 27 février. Gros cœcum très mobile fixé par des ligaments très courts, angle bas situé, appendice rétro-cœcal fixé par des adhérences. Appendicéctomie. Trompe et ovaire droit normaux. Examen de l'appendice : distension de la lumière, légère réaction lymphoïde caractérisée par la présence des mono-nucléaires et des polynucléaires éosinophiles. Grosse sclérose de la sous-muqueuse.

Les suites opératoires sont normales.

Revue en mars 1924, la malade déclare que son état général s'était beaucoup amélioré immédiatement après l'opération ; elle gagne cinq kilos en trois mois. Mais elle a encore maigri depuis et présente exactement les mêmes signes qu'avant l'opération. Les douleurs, la constipation suivie de ballonnement et

d'émissions gazeuses ; la diarrhée et les vomissements persistent.

OBSERVATION XXIII

Mlle M... J..., 22 ans. Entrée le 11 mai 1923.

La malade vient pour des douleurs de la fosse iliaque droite et pour de la constipation. Il s'agit d'une constipée chronique depuis le jeune âge. Au mois de juin 1922, à la suite d'une phase de constipation plus prolongée, la malade est prise brusquement d'une douleur dans la fosse iliaque droite. Cette crise douloureuse, sans être accompagnée de vomissements se termine brusquement par une émission de gaz par l'anus. Depuis, la malade a eu deux crises semblables, dont la dernière se termine par une débâcle diarrhéique avec matières semi-liquides, glaireuses. Entre les crises, la malade souffre continuellement. C'est une sensation de pesanteur, de tiraillement que la position latérale droite et les émissions gazeuses soulagent. L'appétit est conservé, il est plutôt exagéré. La malade a une faim douloureuse se traduisant par des tiraillements abdominaux, qui disparaissent après l'ingestion des aliments. Après le repas, la malade a une tendance au sommeil, elle a des éructations gazeuses. Le matin, au réveil, la bouche est pâteuse. La malade est très irritable, nerveuse, se sent affaiblie et accuse une perte de deux kilos depuis le mois de janvier.

Examen de l'abdomen. Toute la fosse iliaque est douloureuse et on constate du tympanisme très marqué ainsi que du clapotage du cœcum.

Examen des autres appareils. Légère submatité et respiration soufflante au sommet droit. Les règles sont irrégulières, douloureuses, abondantes. Légères pertes blanches dans l'intervalle des règles.

L'examen radioscopique montre après 48 heures un résidu de baryte dans le cœcum.

Les examens coprologiques et celui du sang sont normaux.

Opération le 24 mai 1923. Long cœcum mobile, cœlon sain, pas de liquide dans le ventre. Large lame péricolique bridant la face antérieure du cœlon ascendant. Appendice rétro-cœcal adhérent au cœcum par sa pointe. Appendicectomie. Résection de la lame. On enlève un petit kyste siégeant près des franges de la trompe.

Examen de la pièce. Atrophie épithéliale. Transformation fibreuse de la sous-muqueuse et éosinophilie prononcée. L'extrémité est entièrement remplacée par un cordon fibreux.

Revue en mars 1924. L'état général est bon. Depuis l'opération, la malade a engraisé de sept kilos, mais elle a remaigri de deux kilos depuis. Ne souffre pas dans la fosse iliaque droite. Elle n'est plus constipée, a une selle par jour.

OBSERVATION XXIV

Mlle B..., 30 ans, entrée le 21 mai 1923.

La malade entre pour des troubles gastriques et pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces troubles remontent à deux ans. La malade est prise brusquement dans la nuit de douleurs siégeant au niveau de l'épigastre et se propageant dans le dos. A ce moment, ni nausées ni vomissements ; les douleurs se calment deux à trois jours après. Ces crises douloureuses se sont renouvelées dans la suite, apparaissant sans horaire fixe, mais plus fréquemment dans la nuit. De temps à autre elle vomit à l'occasion de ces crises. Jamais d'hématémèses, ni de mœlena. Depuis six mois, la localisation de ces douleurs change. La malade a remarquée qu'elle souffrait surtout au niveau de la fosse iliaque droite et elle compare ces

douleurs à des tiraillements, sensation de piqure. En même temps il y a apparition d'une constipation opiniâtre suivie de diarrhée avec des glaires et fausses membranes sanguinolentes. Pendant les périodes de constipation, les douleurs sont très marquées et il n'y a soulagement qu'après les débâcles diarrhéiques ou simplement après l'émission de gaz par l'anus. Au point de vue génital : fausse-couche de cinq mois, ayant entraînée des irrégularités peu marquées de la menstruation. Actuellement la malade est très bien réglée.

A l'examen, on trouve un gros cœcum, douloureux et immobile, le gargouillement est net. Rien d'anormal ailleurs.

Examen radioscopique vingt heures après le repas opaque. La substance opaque remplit tout le cœcum et le côlon ascendant distendu. A la palpation, tout le cœco-ascendant est douloureux. A la station debout le fond du cœcum s'abaisse de trois travers de doigt.

Radiographie quarante-quatre heures après l'absorption du repas opaque montre que le cœco-ascendant est encore rempli de baryte.

L'examen coprologique et celui des urines ne révèlent rien d'anormal.

Opération le 5 juin 1923. Cœcum long, mobile, deux ligaments très courts près de l'angle, la terminaison de l'iléon est absolument libre. On pratique une décortication sous-séreuse après la ligature du méso. On attire un ovaire long qui présente des follicules kystiques à la partie supérieure et en bas une sorte de masse grosse comme une petite amande décortiquée, séparée du gros ovaire par un petit sillon. Trompe saine.

Examen de la pièce (appendice). Atrophie presque totale de la musculature. Extrémité réduite à une cavité entourée de tissu fibreux où on trouve quelques vestiges lymphoïdes.

Suites opératoires normales. Quinze jours après, l'état général de la malade n'est pas amélioré. Elle a des douleurs épigastriques et des vomissements. L'examen du chyme stomacal

révèle une hyperchlorhydrie. On lui donne du kaolin qui la calme. La constipation et les douleurs de la fosse iliaque persistent.

Revue en mars 1924. L'état général est sensiblement meilleur, la malade a engraisé de 3 kg. 250 gr. Les douleurs sont entièrement disparues, ainsi que la diarrhée, mais la constipation persiste opiniâtre.

OBSERVATION XXV

Mlle F... M..., 18 ans. Entrée le 31 mai 1923.

La malade entre dans le service parce qu'elle souffre dans la fosse iliaque droite. Ces troubles remontent à deux ans par des tiraillements intermittents, mais jamais de véritables crises douloureuses ni vomissements. Elle est très légèrement constipée depuis cette époque. Il y a un mois, la malade est réveillée brusquement par des douleurs assez vives, suivies de vomissements. Mais tout se calme le matin et elle n'arrête pas son travail. Depuis elle souffre presque continuellement et vomit presque tout ce qu'elle absorbe. Ces vomissements surviennent quelquefois le matin à jeun et sont alors verdâtres. La constipation habituelle persiste, pas de diarrhée. Depuis un mois elle se sent de plus en plus faible, maigrit continuellement. Du côté de l'appareil génital la malade signale des règles douloureuses, très abondantes et quelques pertes blanches dans l'intervalle.

A l'examen on réveille une légère douleur au niveau du point de Mac Burney. Le signe de Murphy est légèrement positif. Tympanisme et gargouillement de la fosse iliaque droite. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal.

L'examen radiologique montre après trente-quatre heures d'ingestion d'un repas baryté, un cœcum encore rempli ; l'examen par lavement qu'un point douloureux appendiculaire.



Les examens coprologiques et celui des urines se montrent normaux.

Opération le 8 juin 1923. Cœcum fixé par une lame pariétale qui fait corps avec le péritoine pariétal. En attirant le cœcum on se rend compte, qu'il s'agit là d'une lame péritonéale, qui se continue avec la partie droite d'un épiploon qui est lui-même confondu avec la partie droite du grand épiploon. On libère cette lame, en laissant d'ailleurs l'épiploon en place. Appendicectomie par le procédé habituel.

Examen histologique. Etalement de la couche lymphoïde, hypertrophie des centres germinatifs, épaissement légèrement scléreux de la couche sous séreuse. Pas d'îlots inflammatoires en activité.

Suites opératoires normales.

Revue en mars 1924. Etat général satisfaisant. A engraisé de 2 kg. Ne souffre plus dans la fosse iliaque droite. Le fonctionnement intestinal est normal.

OBSERVATION XXVI

Mme D... B., 35 ans. 12 février 1923.

La malade entre à l'hôpital pour une sensation de pesanteur, dans tout l'hémi-côté droit, et pour une constipation opiniâtre. Depuis son jeune âge, la malade est une constipée, et fait usage de laxatifs régulièrement. Sa maladie débute il y a trois ans, progressivement par des douleurs sourdes siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Cette sensation de pesanteur devient très marquée, après quelques jours de constipation, cependant si la constipation cède aux laxatifs, la pesanteur de la fosse iliaque persiste. Souvent la malade perçoit des déplacements de gaz qui la soulagent partiellement. Jamais de vomissements, ni de température. De temps à autre

la malade est prise de violents maux de tête, elle est nerveuse et très irritable. L'appétit est diminué, et on note un dégoût très marqué pour des aliments gras. Les règles sont régulières, peu abondantes. A l'examen on note un point appendiculaire très net ; du tympanisme et du gargouillement de la fosse iliaque droite. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. Dans les antécédents on ne trouve rien de particulier. L'examen coprologique est normal ainsi que l'examen du sang.

Opération le 22 février 1923. Gros cœcum, pas de côlon ascendant, angle droit bas situé. Appendice rétro-cœcal, pointe coudée, terminée par une lame péritonéale externe. On sent l'ovaire droit qui est normal. Appendicectomie. Fermeture de la paroi aux fils de lin. Les suites opératoires sont normales. A la sortie l'état général de la malade est satisfaisant ; pas de douleurs ni de malaise.

Revue le 24 janvier 1924. Un mois après l'opération broncho-pneumonie guérie rapidement. La constipation est disparue, ainsi que les douleurs. La malade a gagné en poids.

OBSERVATION XXVII

Mlle M..., 29 ans, infirmière. Entrée le 5 février 1923.

La malade entre pour des douleurs abdominales, et pour de la constipation. Ses troubles remontent à 1916, date à laquelle, la malade a fait une crise aiguë. Cette crise a commencé par une douleur violente au niveau de la fosse iliaque, irradiant vers le côté gauche quelques heures après son début. Cette douleur est accompagnée de vomissements abondants, muqueux puis bilieux, et d'une diarrhée profuse, ainsi que de la température 38°. Les vomissements et la diarrhée persistent pendant quelques jours en s'atténuant progressivement ainsi

que la douleur. A la 15^e journée tout est rentré dans l'ordre. Depuis cette crise, la malade est très constipée. Durant les jours de constipation (3 à 4) la malade se sent mieux, puis brusquement apparaît une douleur dans le flanc droit accompagnée généralement de vomissements. La douleur ne cesse qu'avec l'apparition d'une diarrhée profuse, ou bien à la suite d'émission de gaz par l'anus. Après cette crise, la malade redevient constipée, et cette constipation la soulage temporairement. A l'examen on trouve une fosse iliaque légèrement endolorie et gargouillante, sans point douloureux net. On trouve un point douloureux para-ombilical droit. Pas de point vésiculaire ni pancréatico-choledocien. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. Les règles sont normales, peu abondantes. Rien dans les antécédants.

Examen radioscopique. 20 heures après l'ingestion d'un repas baryté de 200 gr. Point appendiculaire très net. Le cœcum rempli paraît immobile. A la 36^e heure, le cœcum est encore opaque. Point douloureux vésiculaire.

L'examen du sang est normal.

Opération le 17 février 1923. Incision oblique, dont le centre est un peu au-dessus de l'ombilic. L'intégrité du grand droit est conservée. On arrive directement sur la vésicule, qui apparaît moyennement distendue, bleutée, sans aucun espèce de calcul. On a sous les yeux le pylore normal ; la première portion du duodénum est également normale ; pas d'adhérences entre la vésicule et le duodénum. L'angle droit ne présente pas plus que l'épiploon dans sa partie droite, la moindre altération rappelant les lésions de périviscérite du carrefour supérieur. On attire le cœcum, gros, se contractant énergiquement sous la main. Appendicectomie. On libère une lame qui descend vers la bandelette colique antérieure, et qui s'étend depuis l'angle jusque vers le cœcum. Sous cette lame l'intestin est déperitonisé.

Examen histologique. Notable hypertrophie des follicules



clos, avec activité anormale des centres germinatifs. Réaction collagène, assez serrée de la sous-muqueuse.

Suites opératoires normales.

3 mars 1923, à la sortie la malade ne souffre pas, son état général est bon. Amaigrissement de 3 kg. 700 gr.

Revue en mars 1924. L'état général est excellent ; la malade a engraisé de 9 kg. Elle n'a plus de douleurs et se présente régulièrement tous les jours à la selle. Un examen radiologique montre qu'à la 26^e heure le repas baryté au complet a atteint le segment sigmoïdien.

OBSERVATION XXVIII

Mlle M... Aug..., 23 ans, entre à l'hôpital le 29 janvier 1923. Pour des douleurs de la fosse iliaque droite, et de la constipation. La maladie semble avoir débuté l'été précédente. La malade est alors constipée et se plaint d'une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite ; sensation douloureuse plus marquée, cinq à six heures après le repas, et qui disparaît avec un déplacement de gaz, au niveau du flanc droit. Au début de janvier 1923, vers 8 heures du soir la malade est prise de violentes douleurs siégeant dans tout le côté droit de l'abdomen, et dont le maximum est à la fosse iliaque. Cette douleur n'est pas accompagnée de nausées, de vomissements, ni d'élévation thermique. Subitement environ dix heures après le début, la douleur disparaît entièrement avec une débâcle diarrhéique. Depuis le 1^{er} novembre 1922, la malade a maigri de 3 kg., cependant son état général est encore bon et elle ne présente aucun signe de déséquilibre neuro-endocrinien. A l'examen du flanc droit on déplace facilement des gaz et la percussion montre un tympanisme marqué. La tension au Laubry-Vaquez est de 11/6. L'histoire génitale et le toucher

vaginal sont négatifs. A l'examen radioscopique-lavement, on trouve un cœco-ascendant volumineux et peu mobile, vingt-quatre heures après l'ingestion de 200 gr. de baryte, le cœco-ascendant est encore opaque ainsi que l'S iliaque qui se dessine nettement. A l'examen de 48 heures, le cœcum contient encore de la baryte. L'examen coprologique montre des selles normales. L'examen du sang montre une leucocytose (9.800) portant sur les mononucléaires.

Opération le 15 février. Incision de Mac Burney typique. Directement sous le péritoine on trouve un gros ballon cœcal qu'on extériorise aisément. Le côlon ascendant est peu développé et nettement mobile. Au niveau de l'angle droit existe une lame qui descend sur le cœcum formant une sorte de poche dans laquelle est compris l'angle droit. Résection de cette lame. On découvre en arrière du cœcum un appendice dont la base est renflée et fixée par les adhérences qu'on libère. Appendicectomie avec enfouissement. Fermeture en trois plans.

Examen histologique de l'appendice : atrophie de la couche lymphoïde et sclérose de la sous-muqueuse, légère congestion de la séreuse, appendicite chronique.

Suites opératoires : petit hématome superficiel. Sortie le 9 mars. Etat général bon, pas de constipation.

Revue en mars 1924. Etat général bon. Gain en poids de 5 kilos. Parfois, à l'époque des règles, légère douleur dans la région opérée. Pas de constipation.

OBSERVATION XXIX

Mlle A..., 21 ans. 15 mai 1923.

La malade entre pour de la constipation et des crises douloureuses abdominales apyrétiques. Depuis son jeune âge la

malade est une constipée et elle peut rester jusqu'à six jours sans se présenter à la selle. Il y a dix-huit mois, trois semaines après un accouchement normal, crise douloureuse abdominale : douleur siégeant dans tout le côté droit de l'abdomen et n'irradiant pas, nausées, vomissements, pas d'élévation thermique. La crise se termine brusquement au bout de trois jours par une abondante émission de gaz et par une débâcle diarrhéique. Après cette poussée douloureuse, la malade continue à être constipée et se plaint d'une sensation presque continue de pesanteur à la fosse iliaque droite. Trois mois après, crise abdominale apyrétique affectant les mêmes caractères que ceux du premier accès. Après cette deuxième poussée, la constipation devient plus opiniâtre et il existe une sensation continue de pesanteur à la fosse iliaque droite que l'émission des gaz soulage. Enfin il y a trois semaines, troisième crise douloureuse apyrétique plus violente que les précédentes, mais à caractère identique. En plus de ces troubles intestinaux, la malade se plaint de brûlure et de pesanteur au creux épigastrique survenant une demi-heure après le repas et accompagnées de renvois acides. Depuis la première crise, la malade a maigri d'environ 8 kilos, son état général est mauvais, son appétit est diminué et elle présente un dégoût marqué pour les aliments gras. A l'examen, on trouve une langue sale, un gargouillement et un tympanisme très marqué de la fosse iliaque droite ; douleur précise au point appendiculaire et sur les bords externes du cœcum. Pas de douleur au point vésiculaire. Le toucher vaginal montre un ovaire gauche un peu gros et douloureux. Les réflexes patellaires sont vifs. Le réflexe oculo-cardiaque est positif et la malade a une transpiration facile. La menstruation est abondante, mais régulière. Rien à noter dans les antécédents. Examen radioscopique quarante-huit heures après l'absorption de 200 gr. de gelobarine on voit que la substance opaque remplit en partie le cœco-ascendant et le colon descendant. Douleur assez vive dans la région appendiculaire : stase cœcale de quarante-huit

heures. L'examen coprologique montre une digestion satisfaisante. L'examen du sang ne montre rien d'anormal.

Opération le 25 mai 1923. Incision de Mac Burney typique. On trouve un cœcum distendu, un côlon ascendant recouvert d'un voile lâche qui semble être un développement exagéré de l'épiploon vers la droite. Section de ce voile. On enlève un appendice qui paraît normal. L'ovaire gauche est atteint d'ovaire scléro-kystique. Section partielle de cet ovaire. Fermeture de la paroi à la soie.

Examen histologique de l'appendice : sclérose de la sous-muqueuse. Hyperplasie de la couche lymphoïde.

Revue en mars 1924. La malade est toujours constipée, son état général est mauvais. L'amaigrissement est de 3 kilos. Nervosisme très marqué. Pas de douleurs de la région opérée. Règles peu abondantes. Réflexe oculo-cardiaque positif.

OBSERVATION XXX

Mlle C..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1924 pour des alternances de diarrhée et de constipation, des troubles généraux. Les premiers troubles remontent à cinq ans : c'est l'apparition après l'ingestion d'œufs de selles molles, pâteuses, plus abondantes et plus fréquentes ; c'est en même temps une légère atteinte de l'état général, un léger amaigrissement. Quelques mois après, cette diarrhée se répète presque chaque jour, quelle qu'ait été la façon de s'alimenter. La malade s'affaiblit, devient irritable, se plaint d'insomnie et son amaigrissement s'accroît pour atteindre 12 kilos. La malade va alors consulter un médecin des hôpitaux qui lui prescrit un régime à base de viandes grillées. Il s'en suit une amélioration très nette et la malade reprend six kilos, les selles redeviennent normales. Mais peu de temps après les troubles

réapparaissent, si la malade, par un écart de régime, mange des féculents. Il se produit alors, quatre ou cinq heures après les repas, un ballonnement localisé au côté droit de l'abdomen qui disparaît avec l'émission d'une selle abondante et pâteuse. L'amaigrissement et l'asthénie surtout apparaissent de nouveau. Malgré une médication nouvelle et un régime, ces troubles persistent. La malade consulte à nouveau le médecin des hôpitaux qui constate un cœcum gros, mobile, posé et conseille une colopexie. En outre, il faut signaler l'existence de palpitations, de bouffées de chaleur avec sueur, de dysménorrhée. Les règles sont d'ailleurs très irrégulières et peu abondantes. Enfin la malade se plaint à certains moments d'élançements douloureux dans la fosse iliaque droite. A l'examen on trouve un cœcum gros, gargouillant et tympanique. La tension au Vaquez est de 10/6. Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume et il n'existe pas de tachycardie. Le toucher vaginal est négatif. Un examen radiologique par repas montre un point sensible au niveau de l'angle droit et à la partie interne du cœcum. A la 24^e heure la queue du repas est encore dans le cœcum. L'examen coprologique montre que la digestion est normale. Un chimisme stomachal est de même normal. Un métabolisme basal montre un coefficient de 31. Il n'y a rien à noter dans l'analyse de sang.

Opération le 7 avril 1924. On attire un long cœcum mobile, sur l'angle droit se trouve une sorte de lame congénitale. On divise cette lame. Le cœcum se contractant bien sous le pincement on se contente d'une simple appendicectomie. L'ovaire droit est un peu scléro-kystique. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

L'examen histologique de l'appendice montre une muqueuse atrophiée avec une hyperplasie lymphoïde de la sous-muqueuse.

Cas trop récent pour compter dans la statistique.

2° Anastomoses intestinales

OBSERVATION XXXI

Mlle P..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 23 mars 1918, pour de la constipation et des douleurs abdominales. Depuis son enfance la malade est constipée. Cette constipation depuis deux ans s'accompagne de douleurs abdominales. Ces douleurs apparaissent surtout à la fin des périodes de constipation. Ce sont des sensations de torsion au niveau de la fosse iliaque droite, qui s'accompagnent de ballonnement du côté droit de l'abdomen. Les douleurs sont nettement amoindries par une émission de gaz. Depuis un an l'état général de la malade est mauvais : elle a notablement maigri, se plaint de maux de tête et de nausées. A l'examen de l'abdomen on trouve au niveau de la fosse iliaque droite un gargouillement et un tympanisme. L'examen des autres organes ainsi que le toucher rectal sont négatifs. L'examen radiologique par lavement montre que le cœco-ascendant est très dilaté ; le côlon ascendant et la partie droite du côlon transverse sont accolés en canon de fusil, mais dissociables.

Opération le 26 mars 1918 : incision médiane sous-ombilicale. La partie droite du côlon transverse est ptosée le long du côlon ascendant. L'angle droit et le côlon ascendant sont entourés d'une membrane *péri-colique* lâche. On se décide pour une iléo-transversostomie. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue en août 1922. L'état général est meilleur, mais la malade n'a pas engraisé. Les douleurs sont diminuées, mais persistent. Il existe toujours de la constipation.

Revue en mars 1924. L'état général n'est pas mauvais, mais la malade n'a pas engraisé. Les douleurs sont disparues, mais la constipation est très marquée.

OBSERVATION XXXII

Mlle C..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 29 avril 1918 pour de la constipation et des douleurs dans la fosse iliaque droite. La malade depuis deux ans est constipée et se plaint d'une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. Cette sensation apparaît d'une façon générale six heures après les repas, dure peu et se termine ordinairement par un bruit de glou-glou intestinal. Il y a quinze jours la malade est prise d'une violente douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Cependant il n'y a pas de vomissements ni d'élévation thermique. Vers la 3^e journée, la crise cesse brusquement par une débâcle diarrhéique. Depuis la malade est constipée et se plaint de douleurs continuelles. A l'examen, on trouve une fosse iliaque droite entièrement douloureuse et tympanique. L'examen des autres organes et l'histoire génitale sont négatifs. L'examen radiologique par repas fait voir que le cœcum est ptosé, fixe et dilaté.

Opération le 22 mai 1918 : incision médiane sous-ombilicale. On trouve un cœcum et un côlon ascendant long, dilaté et très mobile. La partie droite du côlon transverse est ptosée le long du côlon ascendant de sorte que l'angle droit est presque fermé. On se décide pour une anastomose du côlon ascendant et de la partie droite du côlon transverse. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Deux mois après l'opération, les mêmes troubles réapparaissent encore plus violents, si bien que le 30 janvier 1919 on réintervient par une incision iliaque droite. On voit alors un cœcum encore plus gros qu'à la première opération ; le cœcum et la partie droite du côlon transverse sont recouverts au niveau de l'anastomose par toute une série d'adhérences épiploïques. Il existe même une bride charnue qui unit le fond du cœcum à la partie antérieure du colon ascendant. Toute l'opération consiste à libérer ces adhérences.

Revue en août 1922. L'état général de la malade est meilleur,

elle ne souffre plus, mais la constipation moins marquée persiste.

Revue en mars 1924. L'état de santé général n'est pas très bon, la malade se plaint d'asthénie et de céphalée ; elle n'a pas maigri. Les douleurs sont disparues, mais la constipation est très marquée.

OBSERVATION XXXIII

Mme D..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} mai 1918 pour des douleurs abdominales et de la constipation. Le début de la maladie remonte à quatre mois. La malade est alors prise de douleurs sous forme de torsion dans le côté droit de l'abdomen. Cette crise ne dure qu'une demi-heure et se termine brusquement par une émission abondante de gaz. Depuis la malade est constipée et se plaint d'une douleur presque continuelle dans la fosse iliaque droite. Il y a dix jours la malade a une autre crise. Les douleurs sont plus violentes mais restent localisées au niveau de la fosse iliaque droite ; elles s'accompagnent de nausées. A l'examen de l'abdomen, on trouve dans la région cœcale un gargouillement et du tympanisme. L'examen des autres appareils est négatif.

Opération le 21 mai 1916 : incision iliaque droite de huit centimètres. On arrive sur un cœcum gros, ptosé dans le petit bassin ; la partie droite du côlon transverse et le côlon ascendant sont fusionnés par toute une série d'adhérences lamelleuses. On détache ces adhérences, on enlève l'appendice. On pratique une anastomose du cœcum et du côlon transverse. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 6 novembre 1922. L'état général est passable. La malade a un peu engraisé. Il existe des douleurs au niveau de la région opérée. La constipation est disparue.

Revue en mars 1924. L'état général est bon. La malade a engraisé de 25 kilos. La tension au Vaquez est de 12/8. Cependant les troubles intestinaux ont réapparu : il existe de la constipation opiniâtre entrecoupée de débâcle diarrhéique. La malade se plaint d'une douleur presque continuelle dans la fosse iliaque droite. Les règles sont régulières, très peu abondantes. A l'examen de la région cœcale on trouve du gargouillement et du tympanisme. L'examen coprologique montre que la digestion est normale. Un examen radioscopique par lavement nous indique que la substance opaque passe aussi bien par l'anastomose que par l'angle droit. La malade est mise à un traitement médical, à un régime carné et à un traitement ophothérapie à base d'extraits ovariens.

OBSERVATION XXXIV

Mme D..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 23 mai 1918 pour de la constipation et des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il y a un an environ, la malade éprouve des douleurs sous forme de picotement au niveau de la fosse iliaque droite ; en même temps apparaît de la constipation. La douleur d'abord peu marquée est maintenant presque continuelle, mais cependant s'atténue fortement si la malade émet des gaz ou si elle cesse d'être constipée. Actuellement, l'état général est mauvais : la malade a maigri, se plaint de céphalée, de vertiges et ses extrémités sont froides et cyanosées. A l'examen de l'abdomen, on trouve une fosse iliaque droite entièrement douloureuse et tympanique. La tension artérielle est de 13. L'examen des autres appareils est négatif ainsi que l'histoire génitale. L'examen radiologique par lavement montre un cœco-ascendant énorme et il semble qu'il y ait à la partie supérieure du côlon ascendant une zone d'étranglement, correspondant soit à un spasme soit à une péricolite.

Opération le 12 juin 1918 ; incision iliaque droite. Extériorisation d'un cœcum gros et mobile dont la face externe est le siège d'une péricolite intense. Au niveau de l'angle droit il existe une série de brides. Libération de toutes ces brides. *Abouchement du cœcum à la partie droite du côlon transverse.* Les suites opératoires sont normales.

Revue le 28 juillet 1922. L'état général est médiocre, la malade n'a pas engraisé. Elle souffre quelque fois au niveau de la fosse iliaque droite et la constipation quoique très diminuée persiste.

Revue en mars 1924. L'état général s'est légèrement amélioré. Il n'y a plus de douleur. La constipation persiste et est entrecoupée de débâcle diarrhéique.

OBSERVATION XXXV

Mlle P..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 2 décembre 1918 pour des douleurs abdominales et de la constipation. Depuis quelques années la malade est constipée et se plaint d'une sensation de pesanteur presque continuelle au niveau de la fosse iliaque droite. Il y a huit mois, la douleur abdominale prend un caractère aigu, cependant cette torsion disparaît rapidement vers la 3^e heure par une émission abondante de gaz. Il y a quinze jours, la malade éprouve encore de violentes douleurs cœcales qui disparaissent brusquement vers la 12^e heure. Ces 2 crises n'ont jamais été accompagnées de nausées, ni de vomissements, ni d'élévation thermique. L'état général est bon. A l'examen de la fosse iliaque droite, on palpe un cœcum gros, douloureux et gargouillant. L'examen des autres appareils est négatif ainsi que l'histoire génitale. L'examen radiologique par lavement montre que le cœcum est infléchi à angle droit sur le côlon ascendant ; il est gros. Près

de l'angle droit le côlon transverse forme des sinuosités serrées avec coudure brusque.

Opération le 3 janvier 1919 : incision iliaque droite de six centimètres. Extériorisation d'un gros cœcum dont l'appendice est libre sans lésions apparentes. La partie droite du côlon transverse est ptosée et distendue. Appendicectomie. *Section de l'angle droit, cœco-transversostomie*. Les suites opératoires sont normales.

Revue en mars 1924. Etat général excellent. La malade a engraisié, mais ne peut donner de précision sur ce gain en poids. Les douleurs sont disparues et la malade va régulièrement à la selle chaque jour.

OBSERVATION XXXVI

Mme D..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital le 4 décembre 1918, pour des douleurs abdominales. La malade, l'an dernier, est prise de douleur au niveau de la fosse iliaque droite, douleur qui irradie parfois vers l'épaule. Cette douleur augmente nettement, lorsque de la constipation existe. La malade est constipée. L'état général est peu atteint. A l'examen de l'abdomen on trouve un cœcum clapotant et douloureux. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. L'histoire génitale et le toucher vaginal sont négatifs. A l'examen radiologique par repas, on trouve une ptose cœcale, un cœco-ascendant volumineux et une accumulation de la substance opaque en amont de l'angle sous-hépatique, qui paraît assez fermé.

Opération le 18 décembre 1918 : incision iliaque droite de sept centimètres. Extériorisation d'un long cœcum dont l'angle droit est absolument libre et mobile. Il semble que le cœcum, le côlon ascendant et la partie droite du côlon transverse sont compris dans un même méso ; on voit très bien que

de la sorte l'angle droit est bridé. On pratique l'exclusion de l'angle droit par une section entre deux pinces à coprostase. Fermeture des deux tranches. Puis anastomose avec une large bouche du *cæcum* et de la partie droite du côlon transverse. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue en février 1920. La malade est très bien. Son état général est meilleur. Elle n'est pas constipée.

Revue en août 1922 : l'état général reste bon. La constipation n'a pas réapparu. Cependant il existe de légères douleurs dans la fosse iliaque droite.

Revue en mars 1924 : l'état est toujours le même, mais les douleurs sont entièrement disparues.

OBSERVATION XXXVII

Mlle T..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 26 août 1919, pour de la constipation et des douleurs abdominales. Depuis des années la malade est une constipée, cependant elle n'en souffre pas. Le 10 août 1919 la malade est prise d'une crise abdominale. A ce moment une douleur apparaît au niveau de la fosse iliaque droite, accompagnée de nausées, de céphalée et de constipation. Il n'y a pas d'élévation thermique. Un diagnostic d'appendicite aiguë est posé. Cependant la douleur disparaît brusquement à la 3^e journée avec une émission abondante de gaz et une selle pâteuse. A l'examen de l'abdomen on trouve un *cæcum* tympanique ; il n'y a pas de douleurs localisées au point appendiculaire. Il existe une douleur provoquée au niveau de l'angle hépatique. L'examen des autres appareils est négatif, ainsi que l'histoire génitale et le toucher vaginal. L'examen radiologique par lavement montre que la baryte s'arrête au niveau de l'angle hépatique où on note des plicatures.

Opération le 10 septembre 1919 : incision médiane sous-ombilicale. On va au cœcum qui est gros, mobile et libre. Le côlon ascendant est bridé près de l'angle par une lame péritonéale. Appendicectomie ; *iléo-sigmoïdostomie* par implantation du grêle dans l'S. iliaque. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 3 août 1922. Actuellement, l'état général, quoique amélioré, est encore médiocre. Il existe une diarrhée marquée, allant jusqu'à quatre selles par jour. Un examen radioscopique par lavement montre que la baryte remplit l'iléon qui est gros et reflue dans le côlon descendant et le côlon transverse.

OBSERVATION XXXVIII

Mme J..., âgée de 56 ans, entre à l'hôpital le 10 juin 1923, pour de la constipation opiniâtre. La malade depuis son enfance est une constipée et peut rester jusqu'à dix jours sans aller à la selle. Actuellement, la malade se plaint de douleurs sous forme de torsion au niveau de la fosse iliaque droite. Cette sensation douloureuse qui apparaît tous les jours s'accompagne de ballonnement à tout le côté droit de l'abdomen. La douleur disparaît brusquement avec des bruits de glou-glou intestinaux et une émission de gaz par l'anus. En outre, de la constipation et des douleurs, la malade se plaint de vertiges, d'asthénie et d'anorexie. Depuis six mois elle a maigri de trois kilos. A l'examen de l'abdomen on trouve un cœcum gros, tympanique. Le rein droit est ptosé. L'examen des autres appareils est négatif. Dans les antécédents on note une ligamentopexie à l'âge de 30 ans pour rétro-version utérine. L'examen radiologique par lavement montre que tout le côlon est gros. Un examen par repas montre qu'il existe une stase de 36 heures au niveau du côlon ascendant. L'examen coprologique

montre que les phénomènes digestifs sont normaux. L'examen du sang est normal.

Opération le 22 juin 1923 : incision médiane sous-ombilicale ; le ventre ouvert, on se rend compte que le côlon droit est volumineux et très long ; il est fortement fixé au niveau de l'angle droit. La partie droite du côlon transverse est de même très dilatée. Le côlon descendant et le côlon pelvien ont un calibre normal. L'ampoule rectale est très distendue. On pratique d'abord une appendicectomie. Section de l'iléon près de sa terminaison, anastomose latéro-latérale isopéristaltique de l'iléon et du côlon pelvien. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

L'examen histologique de l'appendice montre qu'il existe des lésions d'inflammation chronique.

Revue le 6 avril 1924. Etat général meilleur. N'a pas engraisé. Les douleurs sont disparues. La constipation persiste entrecoupée de diarrhée.

OBSERVATION XXXIX

Mme N..., âgée de 32 ans entre à l'hôpital le 23 mai 1923 pour de la constipation et des douleurs à la fosse iliaque droite. La malade est constipée depuis son enfance. En 1922, la constipation devient plus intense ; en même temps elle ressent une pesanteur à la fosse iliaque droite. Cette sensation est continue, cependant elle est très atténuée lorsque la malade émet des gaz. Parfois elle revêt le caractère de torsion et reste localisée. La constipation n'est jamais entrecoupée de diarrhée. L'état général est satisfaisant, la malade n'a pas maigri. A l'examen de l'abdomen on trouve un tympanisme et un clapotage de la fosse iliaque et du flanc droit. Il existe une douleur marquée sur le bord externe du cœcum. L'examen des autres appareils est négatif. La tension au Vaquez est de 9/6.

L'histoire génitale n'indique rien de particulier. Le toucher vaginal est négatif. L'examen radiologique par repas montre que le cœcum contient encore de la baryte après 38 heures. L'examen radioscopique par lavement montre que le cœco-ascendant est augmenté de volume. L'examen coprologique montre des selles de digestion normale. L'examen du sang ne fait rien voir de particulier. Un choc hémoclasique est positif.

Opération le 14 juin 1923 : incision iliaque droite de huit centimètres. On arrive sur un cœcum gros, mobile. L'angle droit est bridé par une lame péritonéale ; la partie droite du côlon transverse est plosée le long du côlon ascendant, mais en est dissociable. On sectionne la lame péritonéale. *L'angle droit est sectionné* entre deux pinces à coprostase et les bouts fermés par trois plans. On pratique une *anastomose* large de la face antérieure du cœcum avec la partie droite du côlon transverse. Appendicectomie. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales. L'examen histologique de l'appendice montre une réaction inflammatoire à type lymphoïde.

Revue en mars 1924. Etat général excellent. Gain de 4 kilos. Les douleurs sont disparues. Il n'y a pas de constipation. Un examen radioscopique par lavement montre une progression normale de la substance opaque à travers le côlon.

3° Résections intestinales

OBSERVATION XL

Mlle P..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1916, pour des douleurs à la partie droite de l'abdomen. La malade qui est une constipée depuis son enfance est prise, il y a deux mois, de torsion violente dans la fosse iliaque droite. Cette

douleur ne s'accompagne pas de vomissements ni de température ; elle s'atténue nettement lorsque la malade a une selle. Cependant elle persiste et la constipation devient très marquée. A l'examen on palpe un cœcum gros et tympanique. Il existe une douleur précise au point appendiculaire. L'examen des autres appareils est négatifs. L'histoire génitale nous montre que la malade est très dysménorrhéique. Le **toucher vaginal** n'est pas fait (vierge).

Opération le 22 février 1916 : incision iliaque droite. Cœcum gros, distendu, sans adhérences. Appendicectomie. L'ovaire droit est scléro-kystique. Ovariectomie partielle. Fermeture. Suites opératoires normales.

Le 19 mars 1916, la malade éprouve de très violentes douleurs dans la fosse iliaque droite sous forme de déchirement. La constipation persiste opiniâtre. Toute la fosse iliaque est douloureuse à la palpation et tympanique à la percussion. On diffère une intervention nouvelle.

Le 11 septembre 1916, la malade revient à l'hôpital. La constipation est toujours opiniâtre et les douleurs sont très vives. La dysménorrhée est disparue. Etat général mauvais : amaigrissement de huit kilos en deux mois, céphalée et nausées. Toute la région cœcale est douloureuse et tympanique.

Opération le 4 octobre 1916 : incision iliaque droite de huit centimètres. Tout le cœcum et le côlon ascendant sont recouverts d'adhérences épiploïques qu'on sectionne. On se décide pour une *résection iléo-colique droite*. Les tranches intestinales saignent abondamment. Anastomose bout à bout. Suites opératoires normales.

Revue en août 1922. Immédiatement après l'opération la malade est améliorée et la constipation est disparue. Cependant depuis quelque temps il existe une légère constipation. La malade se plaint d'une douleur au niveau du petit bassin. Un toucher vaginal montre un ovaire droit gros et douloureux. Un examen radioscopique par lavement indique que l'anasto-

mose fonctionne bien et que le grêle n'est pas distendu. Un traitement gynécologique est institué.

Revue en mars 1924. Etat général excellent. Douleurs disparues ainsi que la constipation. Un toucher vaginal est négatif.

OBSERVATION XLI

Mme L..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital le 17 janvier 1916 pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et de la constipation. Il y a environ un an, la malade qui est constipée depuis son enfance éprouve une violente douleur au niveau de la fosse iliaque droite. En même temps apparaissent des vomissements, cependant il n'y a pas d'élévation thermique. La crise cesse vers la 5^e journée par une débâcle diarrhéique. Après cette crise, la constipation devient très marquée et la malade éprouve une sensation de pesanteur au niveau du cœcum. En décembre 1915, une crise identique à la précédente survient, à la suite de laquelle la malade entre à l'hôpital. Etat général bon. A l'examen de la fosse iliaque droite on trouve une douleur nette au point appendiculaire et un tympanisme. Le toucher vaginal montre une rétroversion réductible. L'examen des autres appareils est négatif.

Opération le 26 janvier 1916 : incision médiane sous-ombilicale. On enlève un appendice rouge et vascularisé. On pratique un Doléris. Fermeture. Les suites opératoires sont normales.

Le 28 septembre 1918, la malade écrit qu'elle se trouve dans les mêmes conditions de souffrance qu'avant l'opération. Elle entre de nouveau à l'hôpital le 14 octobre 1918. La constipation et les douleurs affectent le même caractère, mais sont intensifiées. Les crises douloureuses surviennent, mais plus fréquentes, mais ne s'accompagnent d'aucune élévation thermi-

que. Etat général moins bon. Amaigrissement léger. A l'examen de la fosse iliaque droite on trouve une douleur généralisée, du gargouillement et du tympanisme. Le toucher vaginal indique que l'utérus est en bonne position. Un examen radiologique par repas montre un cœcum gros et abaissé et un accollement en canon de fusil du côlon transverse et du côlon ascendant qui sont dissociables. Le cœco-ascendant est encore rempli de bismuth à la 36^e heure.

Opération le 6 novembre 1918 : Incision iliaque droite. On arrive sur un côlon transverse dont la partie droite est ptosée le long du côlon ascendant. L'angle droit, le côlon ascendant et le cœcum sont fixés par des adhérences lamelleuses et fibreuses. On se décide pour une *résection iléocolique droite* allant jusqu'à la moitié droite du transverse. Anastomose bout à bout. Fermeture. Suites opératoires normales.

Le 14 janvier 1919, la malade écrit qu'elle a engraisé de 4 kilos et que, la constipation et les douleurs sont disparues.

Le 9 février 1919, la malade qui est toujours bien et dont l'intestin fonctionne normalement se plaint de crises gastriques survenant une heure après les repas.

Revue le 13 juin 1919. Etat général excellent. Les crises gastriques ont cessé, la constipation et les douleurs n'ont pas réapparu.

La malade est de nouveau admise dans le service le 9 janvier 1920. Depuis juillet 1919 la malade est constipée d'une façon opiniâtre. En plus, elle se plaint de douleurs dans le côté droit de l'abdomen Etat général mauvais : amaigrissement, asthénie, céphalée.

Opération le 24 janvier 1920 : incision médiane sous-ombilicale. Anastomose normale, cependant bien qu'elle ait été faite bout à bout, elle a l'aspect d'être implantée latéralement, de sorte qu'il existe une sorte de petit cœcum. Pas d'adhérences autour de l'anastomose. Iléo-sigmoïdostomie iso-péristaltique. Suites opératoires normales. Cependant les douleurs et la constipation persistent.

Opération le 16 mars 1920 : l'iléon est très distendu près de l'anastomose. On décide de réséquer tout ce qui reste du côlon transverse jusqu'au delà de l'angle gauche. On laisse l'anastomose iléo-sigmoïdienne. Suites opératoires normales.

Revue le 13 juillet 1920. Etat général excellent. Pas de douleur. Selles régulières et quotidiennes.

Le 23 octobre 1922 est de nouveau admise dans le service. Cette fois il ne s'agit pas de troubles intestinaux. La constipation n'a pas reparu. La malade présente tous les symptômes d'un ulcus de la petite courbure de l'estomac. Le 11 novembre 1922, résection de cet ulcère.

Revue en mars 1924. Actuellement la malade est en parfaite santé, n'est pas constipée et n'a pas de douleur.

OBSERVATION XLII

Mme L..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs localisées à la fosse iliaque droite, le 8 avril 1918. Depuis l'âge de dix-sept ans la malade est constipée. Vers l'âge de vingt-deux ans, la malade commence à se plaindre d'une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. Cette sensation de pesanteur apparaît d'une façon très variable, dure peu et se termine ordinairement par une débâcle diarrhéique avec selles glaireuses et liquides. L'an dernier, la malade est prise d'une violente douleur à la région cœcale ; cette douleur s'accompagne de nausées et de vomissements et d'un ballonnement localisé à tout le côté droit de l'abdomen. Il n'y a pas d'élévation thermique. La douleur disparaît assez brusquement avec une diarrhée abondante. Après cette crise durant la même année, la malade a encore deux autres poussées identiques à la première, et dont les symptômes sont intensifiés. Actuellement en plus de la constipation et des douleurs cœcales, on trouve

un état général très mauvais. Il existe un amaigrissement notable, des migraines et des névralgies, une chute prématurée des cheveux, et une carie dentaire. La malade est très hypersensible et accuse des insomnies fréquentes. Le poids est de 38 kilos. A l'examen, on trouve un cœcum gros, clapotant et une douleur localisée au point appendiculaire. L'examen des autres appareils est négatif. La tension au Pachon est de quinze. L'histoire génitale montre des règles abondantes non douloureuses et le toucher vaginal ne fait rien voir d'anormal. Il n'y a rien à noter dans les antécédents. L'examen radiologique par repas montre un cœcum gros et haut situé ; à la 24^e et à la 36^e heure, le cœcum est encore gorgé de bismuth.

Opération le 1^{er} mai 1918 : incision iliaque droite de sept centimètres. On trouve un cœcum et un côlon ascendant non fixés et gros. On résèque tout le côlon droit jusqu'à l'angle. Anastomose bout à bout. Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 22 juillet 1918. Amélioration marquée de l'état général. Pas de constipation pas de douleur.

Revue en mars 1924. La malade a engraisé de 6 kilos. La constipation ainsi que les douleurs sont totalement disparues.

OBSERVATION XLIII

Mme D..., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital le 20 septembre 1918, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et de la constipation. Le début de la maladie remonte à quatre ans. De la constipation s'installe, qui devient opiniâtre. En même temps, une sensation de pesanteur apparaît dans la fosse iliaque droite, à horaire très variable. Cette sensation est nettement intensifiée, mais s'atténue et disparaît, si la malade a une débâcle diarrhéique. D'ailleurs les phases de constipation se

terminent par des selles pâteuses, à odeur de fermentation. L'état général est atteint : la malade se plaint de céphalée et d'amaigrissement. A l'examen de l'abdomen on trouve une fosse iliaque droite, ballonnée, tympanique, gargouillante et entièrement douloureuse. L'examen des autres appareils est négatif. Un examen radiologique par repas montre que le cœco-ascendant est gros et bas situé. La partie droite du transverse est sinueuse et dilatée.

Opération le 14 octobre 1918 : incision médiane sous-ombilicale. On trouve un cœcum anormalement long et distendu. Sur tout le côlon ascendant, il existe une série d'adhérences inflammatoires. L'iléon est sectionné près de sa terminaison et on pratique alors une *iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale*, Fermeture de la paroi en trois plans. Les suites opératoires sont normales.

Revue en août 1922. Il existe des douleurs prononcées dans la fosse iliaque droite. La malade se plaint d'une diarrhée continue, d'amaigrissement et d'anorexie. Un examen radiologique par lavement montre que la partie terminale de l'iléon est dilatée.

Le 12 juin 1923, la malade est de nouveau admise dans le service. Actuellement la malade se plaint d'avoir quatre ou cinq selles diarrhéiques par jour. Il existe au niveau de la fosse iliaque droite des douleurs quotidiennes et presque continues. L'état général est mauvais : la malade se plaint de céphalée, de vertiges et de nausées. L'examen de l'abdomen nous fait voir que le cœcum est gros, douloureux et clapotant. L'examen des autres appareils est négatif. La tension au Vaquez est de 12/8. Un examen radiologique par repas montre que l'anastomose iléo-sigmoïdienne fonctionne bien mais, que la substance opaque reflue dans le côlon descendant, le transverse et l'ascendant. Après trente-sept heures il existe encore de la baryte dans le cœco-ascendant.

Opération le 11 juillet 1923 : incision au niveau de l'ancienne cicatrice, on attire un gros cœcum, et un côlon ascendant



énorme ; la partie droite du côlon transverse est de même très distendue. On va à l'anastomose, et on trouve la partie terminale de l'iléon très distendue, donnant l'impression d'être un gros intestin. On se décide pour une résection colique droite qui s'étend sur la moitié du transverse. On supprime l'ancienne anastomose par une section de l'iléon. Les deux bouts intestinaux colique et iléal saignent bien après une recoupe. On pratique alors une anastomose termino-terminale de l'iléon et du transverse. Les suites opératoires sont normales. L'examen histologique du côlon montre une atrophie presque totale de sa musculature.

Revue le 17 décembre 1923. L'état général est excellent : la malade a engraisée d'environ 3 kilos. La malade va régulièrement à la selle deux fois par jour sans diarrhée. Les douleurs sont totalement disparues. Un examen radioscopique par lavement, montre que l'anastomose fonctionne bien.

Revue en mars 1924. L'état général continue à être excellent. Les selles sont régulières. Il n'y a pas de douleur.

OBSERVATION XLIV

Mlle B..., âgée de 37 ans, entre à l'hôpital le 21 septembre 1918, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, des alternances de constipation et de diarrhée. Il y a quatre ans, la malade, qui est constipée, éprouve des douleurs assez violentes dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnent de ballonnement localisé au côté droit de l'abdomen, et sont fortement atténuées par des débâcles diarrhéiques avec selles pâteuses, glaireuses. La malade peut rester constipée jusqu'à cinq jours et la constipation se termine par une diarrhée. Etat général mauvais ; amaigrissement considérable et progressif. Un examen radiologique par repas montre que le cœcum et le

côlon ascendant sont volumineux et sensibles à la pression. Trente-quatre heures après il existe encore du bismuth dans le cœco-ascendant. A l'examen de l'abdomen, on palpe un cœcum gros et gargouillant. Le rein droit est ptosé. Examen des autres appareils et l'histoire génitale sont négatifs.

Opération le 14 octobre 1918 : incision iliaque droite de 12 centimètres. Le cœcum, le côlon ascendant et la partie droite de côlon transverse sont fixés par une série de cordages blanchâtres. On libère ces adhérences, on se décide pour une résection iléo-colique droite qui va jusqu'au-delà de 20 centimètres de l'angle droit. Recoupe des tranches intestinales qui saignent. Anastomose bout à bout en trois plans. Fermeture. Suites opératoires normales.

Revue le 23 octobre 1922. Bon état général. Pas de douleur. Une selle régulièrement à chaque jour.

Revue en mars 1924. Etat général bon. Pas de douleur ni de constipation ; cependant la malade présente des troubles psychopatiques qui ne sont pas en rapport avec l'affection intestinale et ne veut pas subir un examen radiologique.

OBSERVATION XLV

Mlle T..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 3 octobre 1919 pour des douleurs dans le flanc et la fosse iliaque droite et de la constipation. Le début de la maladie remonte à six mois environ. La malade qui est une constipée chronique est prise subitement en travaillant d'une douleur dans le flanc droit. Cette douleur ne dure que dix minutes et cesse subitement avec une évacuation abondante de gaz. Depuis, presque continuellement, il existe une douleur sourde dans la région cœcale. Depuis un mois ces douleurs sont devenues plus violentes et ont obligé la malade à cesser tout travail. La consti-

pation est de même très opiniâtre. A l'examen de l'abdomen on trouve un tympanisme et un gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal montre que l'ampoule est encombrée de matières dures. L'examen des autres appareils et l'histoire génitale sont négatifs. L'état général est mauvais. L'amaigrissement est marqué. Il existe de la céphalée. L'examen radioscopique par lavement montre un cœco-ascendant gros et il existe une douleur marquée près de l'angle droit.

Opération le 10 octobre 1919 : incision iliaque droite. Cœcum énorme dont la partie externe est tapissée d'adhérences blanchâtres qui se continuent sur sa face antérieure. On se décide pour une résection iléo-colique droite qui va jusqu'à l'origine du transverse. Les tranches intestinales saignent abondamment ; pas de recoupe. Anastomose bout à bout. Fermeture de la paroi. Les suites opératoires sont normales.

Revue en juin 1920. La malade dit avoir autant de constipation et l'état général n'est pas amélioré.

En août 1922, la malade nous écrit et nous dit qu'elle a été opérée d'urgence en octobre 1921 pour une affection dont on ne peut savoir la nature. Depuis elle est alitée, se plaint de vomissements opiniâtres et de constipation.

Depuis il nous a été impossible d'avoir des renseignements sur cette malade.

OBSERVATION XLVI

Mme G..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 24 octobre 1919 pour des douleurs et de la constipation. Depuis dix ans la malade est une constipée et se plaint d'une sensation douloureuse légère dans la région cœcale qui ne l'incommode pas. Il y a deux semaines, la malade est prise d'une crise douloureuse abdominale violente. C'est une sensation de torsion dans tout le côté droit de l'abdomen qui s'accompagne de vo-

mississements, de ballonnement, d'arrêt des matières et des gaz. Il n'y a pas d'élévation thermique, le pouls est à 112. Vers la 31^e journée, la malade a une violente émission de gaz, qui la soulage et fait disparaître le ballonnement. A l'examen de l'abdomen on trouve un cœcum énorme, clapotant, qui s'affaisse sous la palpation. L'examen des autres appareils est négatif. L'examen radioscopique montre un cœcum et un côlon ascendant dilaté et un accolement en canon de fusil du côlon transverse et du côlon ascendant, qui ne sont pas dissociables.

Opération le 12 novembre 1920 : incision transversale latérale droite. On arrive sur l'angle droit où la partie droite du côlon transverse et le côlon ascendant sont accolés par une série d'adhérences inflammatoires qu'on libère. Hémi-colectomie droite, après recoupe les tranches intestinales saignent. Anastomose bout à bout iléo-colique. Fermeture. Suites opératoires normales. L'examen histologique de la paroi cœcale montre qu'elle est le siège d'une inflammation subaiguë. Suites opératoires normales.

Revue le 29 juillet 1922. Etat général très bon. Pas de douleur. Selles régulières quotidiennes.

Revue le 12 octobre 1922. Guérison persiste. Un examen radioscopique par lavement montre que l'anastomose fonctionne bien et que le grêle n'est pas distendu.

Revue en mars 1924. Les bons résultats fonctionnels se maintiennent.

OBSERVATION XLVII

Mme C..., âgée de 41 ans, entre à l'hôpital le 13 janvier 1920, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. Depuis six ans, la malade se plaint d'une sensation de torsion au niveau de la région cœcale. Cette sensation presque continue est augmentée cinq ou six heures après les repas. Elle s'atté-

nue d'une façon générale, lorsque la malade émet des gaz ou a une débâcle diarrhéique. La constipation opiniâtre est entrecoupée de périodes de diarrhée. Il arrive souvent que la malade ait des crises abdominales. Brusquement elle éprouve une véritable colique à tout le côté droit de l'abdomen, qui s'accompagne de nausées et de vomissements ; cependant il n'y a pas d'élévation thermique et la douleur après un temps variable prend brusquement fin par une débâcle diarrhéique. Etat général est fortement atteint ; il existe de la céphalée, des vertiges et un amaigrissement notable. A l'examen de l'abdomen on trouve un cœcum gros, douloureux, gargouillant. L'examen des autres appareils est négatif. L'histoire génitale n'indique rien, le toucher vaginal est négatif. L'examen radiologique par repas montre que le côlon droit après 36 heures est encore rempli de baryte et ne présente aucune déformation.

Opération le 14 février 1920 : incision iliaque droite de huit centimètres. Extériorisation d'un cœcum et d'un côlon ascendant gros et mobile qui ne réagit pas au pincement. On se décide pour une hémicolectomie. Section de l'iléon près de sa terminaison, section du côlon transverse près de l'angle droit. Les tranches saignent abondamment : pas de recoupe. Anastomose termino-terminale de l'iléon et du transverse. Les suites opératoires sont normales.

Revue en juillet 1922. Etat général très bon. Aucune douleur. Selles régulières : une par jour. Gain de huit kilos.

Revue en juillet 1923. L'état général se maintient bon, la malade a engraisé de deux kilos. Aucune douleur, pas de constipation.

Revue le 13 décembre 1923. Etat général toujours excellent. Encore engraisé de trois kilos. Pas de douleur, pas de constipation.

OBSERVATION XLVIII

Mlle A..., âgée de 46 ans, entre à l'hôpital le 12 décembre 1921, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et des alternances de constipation et de diarrhée. Depuis son enfance, la malade est constipée. Vers l'âge de 28 ans, la malade est prise de douleurs sous forme de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs d'abord intermittentes deviennent bientôt continues. En même temps, la constipation est plus opiniâtre, entrecoupée de débâcle diarrhéique. L'état général est mauvais : céphalée, amaigrissement. A l'examen de l'abdomen, on trouve une région cœcale gargouillante, douloureuse et tympanique. Dans la fosse iliaque gauche on palpe un côlon spasmodique. L'examen des autres appareils est négatif. La tension au Pachon est de 11/7. A l'examen radiologique par repas on trouve un cœcum gros, mobile et entièrement douloureux à la palpation ; le côlon transverse est ptosé le long du côlon ascendant. Le côlon gauche est spasmodique. Après 47 heures, il existe encore de la baryte dans le cœcum. L'examen du sang est normal.

Opération le 14 janvier 1922 : incision latérale droite. Gros cœcum long, bridé par une série d'adhérences qui s'étendent jusqu'à l'angle droit. On pratique une résection iléo-colique droite. Après recoupe, les bouts saignent abondamment. Anastomose termino-terminale iléo-transverse. Les suites opératoires sont normales.

Revue en juin 1922. L'état général est excellent ; le teint est très bon. Il n'y a pas de douleur. La constipation est disparue.

Revue en avril 1924. Amélioration se maintient : résultat excellent.

OBSERVATION II

Mlle P..., âgée de 34 ans, entre le 10 juillet 1922, pour des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite et pour de la constipation. La maladie s'est manifestée il y a environ un an. La malade, qui est constipée depuis des années, éprouve une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. Celle-ci est plus marquée pendant les phases de constipation et se termine brusquement par une émission abondante de gaz. Il y a trois mois, la malade fut prise de violentes douleurs à la région cœcale, douleurs qui s'accompagnèrent de constipation, de nausées et de vomissements. Cependant il n'y a pas d'élévation de la température. La crise cessa brusquement vers la 4^e journée par des selles liquides et une émission de gaz. Actuellement, en outre de la constipation et de la pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite, la malade se plaint de troubles dyspeptiques. Ce sont des pesanteurs et des renvois acides après les repas. Depuis le début de la maladie, des migraines et des nausées apparaissent fréquemment ; la malade a maigri de neuf kilos en trois mois ; elle pèse actuellement trente-cinq kilos. A l'examen de l'abdomen, on trouve un cœcum gros et gargouillant. La malade a un système nerveux très hypersensible, se traduisant par une grande émotivité et par des réflexes exagérés. L'examen des autres organes est négatif. L'histoire génitale montre des règles peu abondantes, mais le toucher vaginal ne fait rien voir d'anormal. La tension au Vaquez est de 11/6. Dans les antécédents, on note de petites crises de rhumatisme chronique survenues il y a un an. L'examen radiologique par lavement montre un cœco-ascendant très gros et mobile.

Opération le 13 juillet 1922. Incision iliaque droite de huit centimètres. On attire un cœcum gros et mobile dont la face antérieure est parcourue par une lame péricolique. La paroi du côlon droit étant atone, on se décide pour une hémicolectomie droite, qui s'étend sur le transverse. Une recoupe des

bouts intestinaux sectionnés est faite jusqu'à ce qu'ils saignent. Anastomose termino-terminale. Fermeture de la paroi en trois plans.

L'examen histologique de la paroi cœcale montre que la muqueuse est normale et que la couche musculaire est notablement atrophiée.

Les suites opératoires sont normales.

Revue le 23 novembre 1922. Le poids est actuellement de 41 kilos : gain 6 kilos ; la constipation est entièrement disparue ainsi que les douleurs.

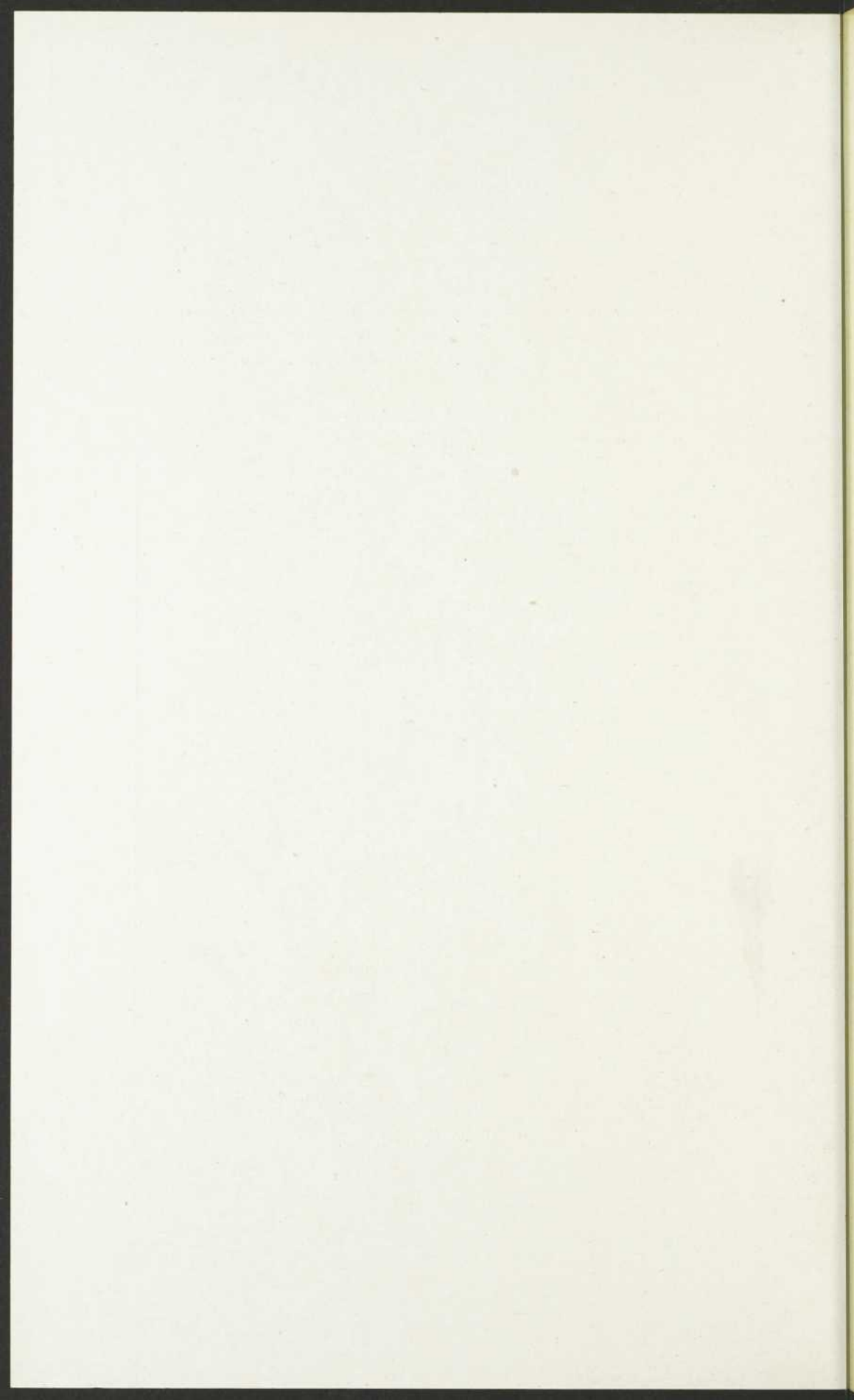
Revue en mars 1924, l'état général est toujours excellent. La malade a encore gagné deux kilos. Il n'existe pas de douleur abdominale et la malade va régulièrement tous les jours à la selle. Un examen coprologique montre que la digestion est normale. L'examen radioscopique par lavement montre que l'anastomose fonctionne bien et que le grêle a un calibre normal.

OBSERVATION L

Mme G..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 15 novembre 1922, pour des alternances de constipation et de diarrhée et pour des douleurs abdominales. Le début de la maladie semble remonter au mois de septembre 1921. Deux mois après, un accouchement normal, la malade est prise de violente douleur dans le côté droit de l'abdomen ; la douleur s'accompagne de nausées sans vomissements et de troubles gastriques peu définis. Il n'y a pas d'élévation thermique ni de constipation. La crise prend brusquement fin vers la 2^e journée par une débâcle diarrhéique. Après, de la constipation s'installe et il existe une douleur presque continue à la fosse iliaque droite. La sensation douloureuse augmente d'intensité lors des phases de constipation ; elle disparaît presque entièrement si la malade



FIGURE 8. — Radiographie par lavement d'un cas d'hémi-colectomie droite (obs. 50)



va à la selle. Les selles sont toujours liquides et à odeur fétide. Cette diarrhée semble déclancher par l'ingestion des féculents et en particulier des haricots rouges. En même temps existent des troubles gastriques sous forme de pesanteurs, de brûlures et de renvois acides après les repas. L'état général est atteint : il existe un amaigrissement notable, de la céphalée et des nausées. Un chimisme gastrique est normal. L'examen coprologique montre que la réaction de l'amylase fécale est lente et incomplète. Un examen radiologique montre un côlon droit sans déformation, mais à la 36^e heure, le repas opaque occupe encore le cœco-ascendant.

Opération le 11 décembre 1922 : incision iliaque droite. L'angle droit est bridé par une lame péritonéale qui passe sur sa face antérieure. Le côlon ascendant est atone et ne réagit pas au pincement. On libère l'angle droit et on pratique une héli-colectomie droite, qui va jusqu'à l'angle hépatique. Recoupe des bouts intestinaux qui saignent abondamment. Anastomose bout à bout de l'iléon et du transverse. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont normales.

La malade est parfaitement bien pendant un mois. Mais bientôt de la diarrhée et des troubles gastriques apparaissent. Cette diarrhée est toujours déclanchée par l'ingestion de certains aliments et en particulier des féculents. A chaque crise diarrhéique, la malade maigrit. Les troubles gastriques à caractère peu défini se sont accompagnés deux fois de crise de colique hépatique. Un examen coprologique montre que les graisses sont incomplètement digérées. Un examen radiologique par lavement indique que l'anastomose fonctionne bien. Actuellement nous recherchons par des *cuti-réactions alimentaires* les aliments susceptibles de produire chez elle de la diarrhée. Avec les haricots rouges, le filet de sole nous avons obtenu des réactions locales urticariennes très marquées, accompagnées de diarrhée. La purée de pommes de terre, les œufs, les lentilles décortiquées, les épinards produisent une réac-

tion locale urticairienne, mais sans phénomènes diarrhéiques. La soustraction de ces aliments du régime a déjà eu comme conséquence de diminuer la fréquence et l'intensité des crises de diarrhée. L'état général est sensiblement amélioré.

OBSERVATION LI

Mme T..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital le 17 juillet 1922 pour des douleurs abdominales et de la constipation. Il y a 8 ans environ, la malade est prise de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen, qui apparaissent à horaire variable. Ces douleurs localisées à la fosse iliaque droite n'irradient pas et cessent brusquement. En même temps la malade est constipée. Il y a trois ans la malade a une crise douloureuse abdominale. C'est une sensation de torsion au niveau de la fosse iliaque droite qui s'accompagne de nausées et de vomissements. Il n'y a pas d'élévation thermique. La crise se termine brusquement vers la 2^e journée par une débâcle diarrhéique. Depuis la constipation est opiniâtre, des sensations de pesanteur apparaissent souvent à la fosse iliaque droite. L'état général est maintenant très touché : il existe un amaigrissement notable, de la céphalée et des nausées matutinales. A l'examen, dans la fosse iliaque droite on trouve un cœcum gros, gargouillant, tympanique, qui s'affaisse sous la palpation. L'examen des autres appareils est normal. L'examen radiologique par repas montre que le cœcum gros est encore rempli de baryte à la 40^e heure. L'examen du sang est normal.

Opération le 22 juillet 1922. Incision iliaque droite de huit centimètres. On arrive sur un cœcum gros, mobile et sur un angle droit bas situé, bridé par quelques membranes courtes. L'exploration du petit bassin est négative. On pratique alors une résection de la partie terminale de l'iléon, du côlon droit

et de la partie droite du transverse. Il est inutile de faire une recoupe des tranches, les deux bouts intestinaux saignant très bien. On termine par une anastomose termino-terminale. Fermeture de la paroi en trois plans.

L'examen histologique de la paroi cœcale ne montre pas de lésions appréciables ; l'examen de l'appendice montre une sclérose de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse avec hyperplasie des follicules clos. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 13 mars 1924 : état général excellent. Gain de 9 kilos. Les douleurs sont entièrement disparues et le fonctionnement de l'intestin est normal. Un examen radioscopique par lavement montre que l'anastomose fonctionne bien et que le grêle n'est pas distendu.

OBSERVATION LII

Mme H..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital le 6 décembre 1922, pour des douleurs abdominales et de la constipation. Depuis 1920 la malade est constipée en même temps elle éprouve au niveau de la fosse iliaque droite des douleurs sous forme de pesanteur. Ces douleurs apparaissent ordinairement cinq ou six heures après les repas, durent peu longtemps et cessent si la malade évacue des gaz. En juin 1922, la malade est prise d'une crise douloureuse abdominale ; il existe de la constipation, des douleurs vives à la fosse iliaque et au flanc droit ; en même temps apparaissent des nausées et des vomissements. Cependant il n'existe aucune élévation thermique. Vers la 3^e journée la douleur cesse brusquement. A la suite de cette crise, la malade est opérée dans un autre hôpital où on pratique une appendicectomie. Pendant trois semaines après cette intervention, la malade est relativement bien. Cependant la douleur réapparaît, elle se localise au niveau de la fosse iliaque droite

sous forme de torsion, apparaissant à horaire variable. Elle s'atténue notablement, si la malade peut évacuer des gaz. Avec la douleur apparaît ordinairement un ballonnement localisé au côté droit de l'abdomen ; ce ballonnement atteint son maximum le soir. La constipation est toujours très opiniâtre. Depuis son opération, la malade a sensiblement maigri ; elle se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles et d'une perte notable de poids. A l'examen de l'abdomen on trouve une paroi musculaire très affaiblie. Au niveau de la fosse iliaque droite, on palpe un cœcum gros, distendu, tympanique et gargouillant. L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. La tension au Vaquez est de 11/7. L'histoire et l'examen génital est de même négatif. Dans les antécédents, on trouve une amputation des deux seins pour une maladie kystique. A l'examen radiographique par repas baryté, on trouve un cœcum douloureux et fixe ; le côlon ascendant et une partie du côlon transverse, sont accolés en canon de fusil et dissociables ; à la 48^e heure, on trouve encore de la baryte dans le cœco-ascendant. L'examen coprologique est normal. L'examen du sang montre que le taux d'urée est de 0.80.

Opération le 21 décembre 1922 : incision iliaque droite de huit centimètres. On attire un très gros cœcum, mobile et atone avec toute une série de ganglions dans le méso-cœcum. Il n'existe aucune lame péritonéale qui bride le côlon. *Résection iléo-cœcale* au-delà de l'angle droit ; après recoupe les bouts intestinaux saignent abondamment. Anastomose termino-terminale, très difficile. Fermeture de la paroi en trois plans.

Examen histologique de la paroi cœcale normal. Pendant les suites opératoires, la malade a de violentes crises quotidiennes de ballonnement abdominal, qui atteignent leur maximum vers le soir. Ce sont des crises d'aérocolie qui cèdent cependant à un traitement approprié. En outre de ces crises les suites sont normales.

Revue en mars 1924, l'état général est excellent, cependant,

la malade n'a pas engraisé. La céphalée et l'asthénie sont disparues. La constipation a cessé ainsi que les douleurs. Un examen radiologique par lavement montre que l'anastomose fonctionne bien et que le grêle n'est pas distendu.

OBSERVATION LIII

Mme G..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital le 6 janvier 1923, pour de la constipation et des douleurs abdominales. La maladie a débuté l'an dernier ; la malade, qui est une constipée depuis des années, est prise de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. C'est une sensation de torsion qui n'irradie pas. En même temps il existe de la constipation ; il n'y a pas de température et la malade ne se plaint d'aucune nausée, ni d'aucun vomissement. La crise se termine brusquement vers la 36^e heure, par une débâcle diarrhéique avec selles liquides et glaireuses. Après la crise la constipation devient plus opiniâtre ; elle s'accompagne, d'une façon générale, d'une sensation de pesanteur au niveau de la fosse iliaque droite. Les phases de constipation prennent ordinairement fin par une débâcle diarrhéique, ce qui soulage la malade. Vers le 2 janvier 1923, la malade a une seconde crise douloureuse, plus intense que la première, mais sans élévation thermique. La crise prend fin à la 4^e journée par une violente émission de gaz par l'anus, accompagnée de diarrhée. En plus des troubles intestinaux, des troubles dyspeptiques existent : ce sont des pesanteurs et des renvois acides, immédiatement après les repas. L'état général, est mauvais, la malade se plaint d'une sensation continue de fatigue, et elle a très maigri sans pouvoir préciser la perte de poids. A l'examen on trouve une langue blanchâtre et humide. Il existe une cicatrice médiane sous-ombilicale avec écartement des muscles droits, consécutive à

une hystérectomie totale pour fibrome utérin, pratiquée il y a quatre ans. Toute la fosse iliaque et le flanc droit sont douloureux ; le cœcum est gargouillant, gros et s'affaisse sous la palpation. Au niveau du flanc gauche, on palpe une corde colique qui roule sous le doigt. La tension au Vaquez est de 11/7 ; l'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. Les antécédents sont négatifs. L'examen par lavement baryté montre un angle droit gros, au niveau duquel il existe un rétrécissement ; l'examen radiologique par repas montre une stase cœco-ascendante à la 35^e heure. L'examen du sang, normal, montre un dosage d'urée à 0,50.

Opération faite le 18 janvier 1923 par M. Desmarest. Incision iliaque droite de cinq centimètres ; on extériorise facilement un cœcum, un côlon ascendant et un angle droit énorme, sans qu'il n'existe en aucun point une bride ou un rétrécissement quelconque. Dans ce cas on décide de pratiquer une résection iléo-colique droite ; après section des bouts intestinaux, on remarque que les tranches ne saignent pas. Une recoupe du bout colique qui ne saigne pas est faite. Cette recoupe, difficile parce qu'elle est poussée très loin, n'amène aucun suintement sanguin. Cependant, malgré que le bout colique soit exsangue, on pratique une anastomose termino-terminale, qui est alors très difficile : on arrive à faire un point d'adossement, un point total et toute une série d'autres points d'adossement. Les suites opératoires sont normales jusqu'à la 3^e journée. Il se produit alors une élévation de la température et du pouls ; le 30 janvier, un hématome de la paroi est débridé. Le 1^{er} février, l'état général est mauvais ; il existe un météorisme abdominal très marqué, un arrêt des gaz et un arrêt des matières, la malade n'ayant d'ailleurs pas été à la selle depuis son opération. La température est à 40° et le pouls à 110. Le 2 février, l'état général est plus mauvais, la température est à 38° et le pouls à 126 ; le météorisme est plus marqué et l'arrêt des gaz et des matières est complet. Un diagnostic de péritonite est posé et une opération d'urgence est décidée. La

laparotomie montre une série de poches remplies de liquide jaunâtre sans odeur, siégeant autour de l'anastomose. Il existe du liquide entre les anses intestinales jusque dans le petit bassin. Lavage à l'éther de la cavité abdominale. Drainage par la plaie abdominale et par le cul-de-sac postérieur. Le 3, à 20 h., la malade meurt.

Autopsie : montre en outre de la péritonite généralisée que la suture intestinale a laché sur un centimètre environ à la partie postéro-inférieure.

OBSERVATION LIV

Mlle M..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital le 29 janvier 1923, pour des troubles intestinaux. Ces troubles remontent à sept ans ; à cette date, la malade qui est constipée depuis des années éprouve une sensation subite de pesanteur dans la fosse iliaque droite, qui fut sensiblement atténuée par une débâcle diarrhéique. Depuis la malade est constipée d'une façon opiniâtre et presque continuellement elle ressent une pesanteur dans la fosse iliaque droite. Cette sensation devient parfois une douleur violente, localisée à tout le côté droit de l'abdomen ; cette douleur est très amoindrie, si la malade parvient soit par le massage de la fosse iliaque droite, soit par une position à plat sur le ventre, à déplacer des gaz. Après quelques jours de constipation et de sensation douloureuse, la malade a de la diarrhée ; ses selles sont semi-liquides, fétides, contenant souvent des glaires. Cette débâcle diarrhéique soulage la malade ; la douleur disparaît alors pour réapparaître bientôt, lorsque la constipation devient opiniâtre. De 1917 à 1921, la malade éprouve donc ces troubles et son état général devient mauvais : elle est très nerveuse, irritable, et elle ressent une sensation de faiblesse qui augmente graduellement.

Elle a notablement maigri. En 1921, elle est admise dans ce service, où un diagnostic de stase intestinale est posé et un traitement médical est établi. Ce traitement médical pendant quelques mois améliore sensiblement la malade. Mais bientôt les mêmes troubles généraux et intestinaux réapparaissent. Actuellement, la malade est donc constipée et ressent une sensation continuelle de pesanteur à la fosse iliaque droite, qui par certains moments devient atroce. L'état général est très mauvais, en plus de la perte de poids, du nervosisme et de l'asthénie, il existe de l'anorexie, du tremblement des extrémités. A l'examen de l'abdomen on sent un boudin cœcal qui s'affaisse sous la palpation ; le côlon descendant est spasmodique. Il existe de la douleur provoquée à toute la région cœcale. L'examen général nous montre un dermographisme marqué, de l'éclat des yeux, une légère hypertrophie de la glande thyroïde et un réflexe oculo-cardiaque positif. La tension au Vaquez est de $12/8$. L'histoire génitale et le toucher vaginal sont négatifs.

L'examen radiologique par lavement montre qu'il existe un temps d'arrêt prolongé au niveau de la partie moyenne du côlon ascendant. La palpation de la fosse iliaque au-dessus du point d'arrêt provoque la réplétion brusque du cœcum. L'examen radioscopique par repas montre que le cœco-ascendant est encore rempli de baryte après 44 heures. L'examen du sang est normal. L'examen coprologique fait voir que les fibres musculaires sont mal digérées.

Opération le 13 février 1923 : incision latérale droite de huit centimètres. Le cœcum long et mobile, atone et la partie droite du côlon transverse sont facilement attirés hors du ventre. Un peu au-dessous de l'angle droit on trouve le côlon ascendant rétréci et adhérent au péritoine pariétal par une lame fibreuse. On sectionne cette lame et on se décide pour une colectomie droite. L'iléon est sectionné près de sa terminaison et le côlon transverse près de l'angle droit. On recoupe la tranche colique qui saigne abondamment. Anastomose bout à

bout très soignée. Fermeture de la paroi en trois plans. Examen histologique de la paroi cœcale est normal l'examen de deux ganglions et de l'appendice montre qu'ils sont en réaction inflammatoire subaiguë. Les suites opératoires sont normales.

Revue le 12 octobre 1923 : état général bon. Gain de 10 kilos. La malade a une selle régulière journalière. Les douleurs sont entièrement disparues. Un examen radioscopique par lavement montre que l'anastomose fonctionne bien.

Revue en février 1924. L'état général est toujours bon, les selles sont régulières et il n'existe pas de douleur.

OBSERVATION LV

Mlle R..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} avril 1924 pour des douleurs abdominales et de la constipation. Le début de la maladie semble remonter à deux ans. Une constipation opiniâtre s'installe ainsi que des douleurs abdominales. Brusquement et presque tous les jours, la malade éprouve au niveau du flanc droit une violente douleur sous forme de tiraillement ; cette douleur brutale dans son apparition s'accompagne d'un ballonnement du côté droit de l'abdomen, de nausées sans vomissements et de transpirations abondantes. La crise prend fin brusquement vers la 10^e minute par une disparition du ballonnement et par une évacuation abondante de gaz par la bouche et par l'anus. L'état général est fortement atteint : il existe de l'anorexie et un dégoût pour les aliments gras, de la céphalée et de l'asthénie. En dix mois, la malade a maigri de huit kilos. A l'examen de l'abdomen, on trouve une fosse iliaque et un flanc droit tympanique et gargouillant. Le côlon descendant est contracturé. La tension au Vaquez est de 11/7 et le réflexe oculo-cardiaque est positif. Les réflexes pa-

tellaires sont vifs ; on note un tremblement des extrémités. L'histoire génitale et le toucher vaginal sont négatifs. Un examen radiologique par repas montre une stase cœcale de 35 heures et une diminution du calibre de l'angle droit. L'examen du sang indique que les leucocytes sont au nombre de 8.400. L'examen coprologique se lit normal.

OPÉRATION le 14 avril 1924 : Incision iliaque droite de huit centimètres. L'angle droit est bridé par une lame péricolique. On se décide pour une *résection iléo-colique droite*, allant à cinq centimètres au-delà de l'angle. Recoupe des bouts intestinaux qui saignent abondamment. Anastomose bout à bout.

Les suites opératoires sont normales. A la sortie le 14 mai 1924 : l'état général est excellent. La constipation et les douleurs sont disparues.

Cas trop récent pour en apprécier les résultats fonctionnels.

Conclusions

1° Il faut, pour la clarté de la terminologie de la stase stercorale droite, rattacher sous un même nom les diverses appellations, telle celle de cœcum mobile, de dilatation douloureuse du côlon, de typhltonie, etc., qui portent toutes à la confusion et tendent à créer autant d'entités morbides qu'il existe de causes à une même maladie. Nous croyons qu'il vaut mieux classer tous ces termes sous le vocable plus générique de syndrome douloureux du côlon proximal.

2° Au point de vue pathogénique, nous pensons que l'éclectisme est de mise et que les causes varient selon les individus. Cependant, nous devons garder comme causes primordiales :

1° Les dispositions congénitales anormales, qui viennent brider le côlon ascendant ou son angle ;

2° Les formations péritonéales inflammatoires, consécutives à une cœlite, à une appendicite ou à une cholécystite ;

3° Les troubles sympathiques et endocriniens, qui, bien qu'à l'heure présente soient peu connus,

paraissent, dans certains cas, nettement favoriser une atonie du cœco-ascendant.

La théorie du cœcum mobile, comme cause de la stase cœcale, doit être rejetée. En effet, un cœcum mobile ne peut, à lui seul, déclencher une hypotonie cœcale et le seul fait qu'il s'associe à des brides péricoliques ou à des troubles sympathiques peut être considéré comme capable de produire une stase stercorale droite. La théorie de LANE « de la cristallisation des lignes de force », apparaît de moins en moins comme possible et il s'agit probablement, dans ces cas, de dispositions péritonéales anormales congénitales ou inflammatoires.

3° Dans l'étude clinique du sujet, il faut envisager la symptomatologie par rapport au degré d'atonie de la paroi du cœco-ascendant. Il faut distinguer deux types cliniques :

1° Le type hypotonique, dont les symptômes se résument seulement en des troubles fonctionnels et en des signes physiques ;

2° Le type atonique, dont la symptomatologie est dominée par des signes généraux d'auto-intoxication.

4° Le diagnostic du syndrome douloureux du côlon proximal doit être confirmé par un examen radiologique ; celui-ci, pour être complet, doit être par repas et par lavement. L'examen par repas servira principalement à apprécier le degré de la stase ; il sera fait de 12 heures en 12 heures, jusqu'à ce qu'on ne trouve plus de baryte dans le cœco-ascen-

dant. Pour conclure à la stase, il faut que le cœcum soit encore opaque après la 26^e heure. L'examen par lavement permettra d'étudier la configuration générale du côlon, son calibre et sa mobilité, il permettra de repérer les points douloureux et il renseignera sur la fixité des déformations.

5° Au cours de l'évolution du syndrome douloureux du côlon proximal, la coïncidence de lésions chroniques de l'appendice nous a paru un fait fréquent. Chez quelques malades, cette inflammation chronique de l'appendice a un rôle important sur l'apparition des brides péricoliques ; chez d'autres, l'appendicite chronique est vraisemblablement née sous l'influence de la stase proximale. La fréquence est grande de lésions d'ovarite scléro-kystique chez les femmes dont les matières subissent une stagnation prolongée au niveau de leur cœcum. Enfin, la stase cœcale possède, à notre avis, une influence productrice sur l'ulcère d'estomac.

6° Le traitement du syndrome douloureux du côlon proximal sera, dans la majorité des cas, à la fois médical et chirurgical.

Le traitement médical doit toujours, au début de la maladie, précéder l'intervention opératoire, sauf dans ces cas où un diagnostic certain de déformation du côlon est posé. De même, il doit compléter l'acte chirurgical pour s'attaquer aux troubles généraux, nés sous l'influence de la stase stercorale. Il comprendra, en outre, des moyens hygiéniques, psychothérapiques, mécano-thérapiques et

médicamenteux, l'établissement d'un régime approprié, qui en est la base. Ce régime doit exclure tous les aliments amidonnés ; il sera presque entièrement constitué de viandes et de poissons.

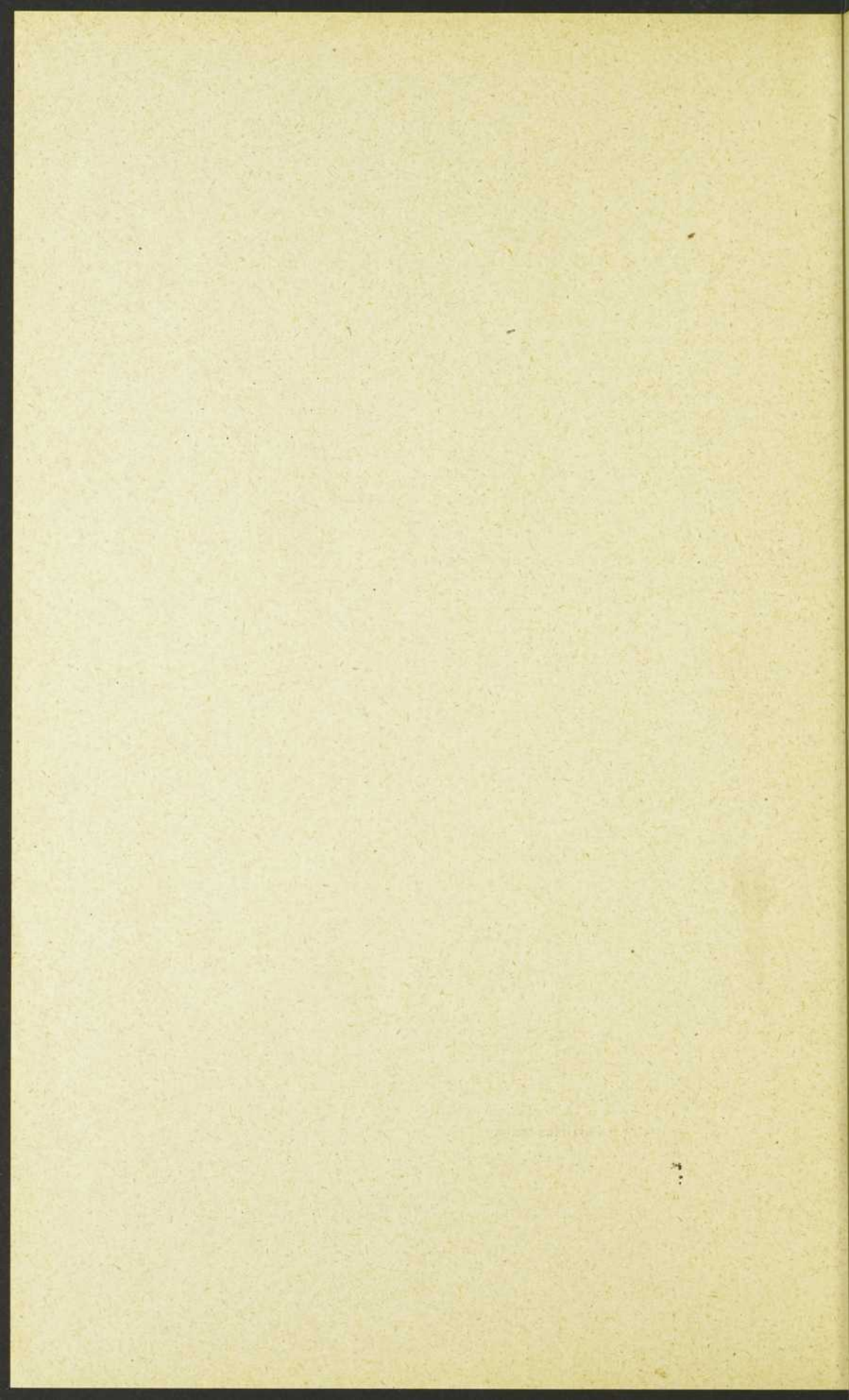
Le traitement chirurgical consistera, soit en une libération des adhérences péricoliques, soit en une cœco-transversostomie avec exclusion par section de l'angle droit, soit en une hémicolectomie droite.

La libération des adhérences péricoliques, opération qui nous a donné dans 51.6 % des cas d'excellents résultats, doit être au début de la maladie l'opération de choix.

La cœco-transversostomie avec exclusion par section de l'angle droit est une intervention très physiologique, qui conserve le valvule iléo-cœcale. Elle assure un drainage parfait du cœcum et n'expose pas, comme les autres anastomoses, à des mouvements antipéristaltiques, qui ramènent en arrière les matières. Elle est indiquée dans ces cas où le côlon ascendant et le côlon transverse sont accolés en canon de fusil, les deux segments intestinaux se présentant d'eux-mêmes pour l'anastomose.

L'hémicolectomie droite n'est pas une opération grave : la statistique de divers chirurgiens que nous avons recueillie montre un taux de mortalité à 2.5 %. Cette résection intestinale, pratiquée selon les données de M. Desmarest, c'est-à-dire la nécessité de la vascularisation des bouts intestinaux anastomosés, doit voir sa mortalité opératoire s'abais-

ser. En effet, le seul décès est précisément celui d'une femme dont les tranches intestinales, exsangues lors de l'anastomose, lâchèrent. En plus, l'hémi-colectomie droite est une opération qui donne d'excellents résultats fonctionnels éloignés : 78.2 % de nos malades ayant subi une résection du cæcum droit sont complètement guéris. L'hémi-colectomie droite trouve ses indications dans ces cas de stase où la paroi colique est chroniquement infectée et dans ces cas où le cæcum est devenu un véritable puisard atone, ne se vidant que par regorgement.



CHAPITRE XII

Bibliographie ⁽¹⁾

1906

- * JACKSON. — Membraneous pericolicitis. — *Surgery. Gynecol. and Obstetric*, sept. 1906.

1907

- WARING H. J. — Some surgical affections of the right iliac fossa wich simulate appendicitis. — *Tr. Med. Soc. London*, 1907, XXX, p. 259-272.

1908

- RICHELOT L. G. — Sur l'appendicite chronique. — *Bull. Acad. Méd.*, Paris, 1908, 3 s., LIX, p. 527-533.
- * WILMS. — Le cœcum mobile comme cause de beaucoup de soi-disant appendicites chroniques. — *Deutsch. Méd. Woch.*, 8 oct. 1908, p. 1756.

(1) Seuls les articles marqués d'un astérisque ont été consultés.

1909

- ALGLAVE P. — Recherches sur l'anatomie chirurgicale du segment iléo-cœcal chez l'adulte et chez l'enfant et sur certaines hernies du cœcum. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1910, LXXXV, p. 266-303.
- FISCHLER F. — Die Typhlotomie als selbstaendiges. Krankheitsbild und ihre Beziehung zur Appendicitis. — *Mitt. an der Grenzgel. der Med. und Chir.*, Jena, 1909, XX, p. 663-685.
- HAUSMANN T. — Ueber cœcum mobile und wanderblinddarm, nebst Bemerkungen zur differenziellen Tastung der Appendix. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1910, XXXI, p. 1956.
- KLOSE H. — Klinische und Anatomische Fragestellungen ueber das cœcum mobile. — *Beitraege zur Klin. Chir.*, 1909, LXIII, p. 711-741.
- MARULLAZ M. — Recherches anatomo-pathologiques sur la portion iléo-cœcale de l'intestin. — *Arch. de Méd. expér. et d'anat. pathol.*, Paris, 1910, XXII, p. 287-310.
- MAUCLAIRE. — Coecoplicature et coecopexie complémentaires de l'appendicectomie. — *Arch. gén. de chirurgie*, Paris, 1910, VI, p. 585-602.

1910

- HAUSMANN. — Sur le cœcum migrateur. — *Deutsche Méd. Wochenschr.*, 20 octobre 1910.
- LARDENNOIS G. — Les ptoses du cœcum. — *Presse Médicale*, Paris, 1910, XVIII, p. 419-421.
- LEGUEU. — Les crises douloureuses qui survivent à l'appendicectomie. — *Revue générale de clinique et de thérap.*, Paris, 1910, XXIV, p. 709-711.
- SCHWARZ G. — The movable cœcum : its demonstration by the Roentgen rays. — *Arch. Diagn.*, N.-Y., 1910, III, p. 24-244.

- SAWELJERIN A. DARMGASE. — Darunläbrung deren Bekaempfung auf mechanischen Wege, Darmgaseableiter. — *Med. Klin.*, Berlin, 1910, VI, p. 1532.
- STURLIN A. — Das cœcum mobile als Ursache manchen Faelle s. g. chronischen Appendicitis und der Erfolge der Coecopexie. — *Deutsch. Zeitschr. für Chir.*, Leipzig, 1910, p. 407-476.

1911

- CHAPPLE H. — Stase intestinale chronique : son traitement par l'anastomose ou la colectomie. — *The British Med. Journ.*, 1911, p. 915-922.
- CROSSEN. — Pericolite pseudo-membraneuse. — *Surgery. Gynecology et Obstetrics*, T. XIII, juillet 1911, p. 32-36.
- DUVAL P. — Quelques mots sur le « cœcum mobile ». — *Paris-Médical*, 1911-12, p. 30-33.
- DREYER L. — Zur Frage des Cœcum mobile. — *Beitraege sur klin. Chir.*, 1911, LXXV, p. 113-135.
- FISCHLER. — De la typhlotonie et de ses rapports avec les états pathologiques analogues. — *Muenchener Med. Wochenschr.*, Tome LVIII, 6 juin 1911.
- HOFMEISTER. — Sur la typhlectasie. — *Beitraege zur klin. Chir.*, Tome LXXI, 1911.
- JORDAN A. C. — The X-rays in the intestinal stasis. — *The Lancet*, Tome CLXXXI, déc. 1911, n° 4609, p. 1824-1828.
- KLEMM P. — Ueber chronisch anfallsfreie Appendicitis mit ihren Beziehungen zur Typhlotonie, Cœcum mobile und verwandten Zustaenden. — *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1911, XCV, p. 558-572.
- KLOSE H. — Das mobile Cœcum mit seinen Folgezustaenden und die chirurgische Behandlung ptotischer Erkrankungen des Magen-Darmkanales. — *Beitraege zur klin. Chir.*, 1911, LXXIV, p. 593-714.

- LANE (ARBUTHNOT). — Influence des coutures de l'intestin sur la production de la stase intestinale chronique. — *The British Medical Journal*, 22 avril 1911.
- — The first and last kink in the chronic intestinal stasis. — *The Lancet*, Tome CLXXXI, n° 4605, p. 1540-1541.
- LERCH O. — Movable cœcum and typhlotomy. — *Med. Rec.*, New-York, 1911, LXXX, p. 766-768.
- MAYO CLIF. — Intestinal obstruction caused by the kniks and the adherences of the end of the ileon. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, tome XII, 1911, p. 227.
- PAUCHET V. — Cœcum mobile. — *La Clinique*, Paris, 1911, VI, p. 474.
- ROUX. — La pexie de l'intestin consécutive à l'appendicectomie. — *Gynecologie Helvet*, Genève, 1911, XI, p. 2.
- SAILLER J. — Cœcum mobile. — *Tr. Coll. Phys.*, Phila, 1911, 3 s., XXXIII, p. 342-362.
- STIERLIN. — Sur un nouveau traitement opératoire de certains cas de constipation rebelle simulant l'appendicite chronique. — *Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.*, 1911, Tome XXIII, p. 509-530.
- WILMS. — Appendicite chronique et cœcum mobile. — *Arch. fuer klin. Chir.*, Tome XCV, 3 juillet 1911.

1912

- BLAKE J. A. — A new method of operating upon voluminous cœca or cœcum mobile. — *Am. Surg.*, Phila, 1912, LV, p. 767-770.
- BLOODGOOD J. C. — *Annals of Surgery*, 1907, vol. XLVI, p. 736, et *Journal Am. Med. Ass.*, 1912, vol. LIX, p. 117.
- BINNIE. — Colonic intoxication. — *Journal of Am. Med. Assoc.*, juin 1912.

- COTTE G. — A propos de la péricolite membraneuse. — *Lyon Chirurgical*, janvier 1912, tome VII, p. 63-77.
- DERVIC A. — Cæcum mobile et coudure iléale de Lane. — *Lyon Médical*, 1912, CXVIII, p. 365-367.
- DELORE et ALAMARTINE. — A propos de deux cas de sténoses sus-cœcale avec péricolite membraneuse. — *Revue de chirurgie*, mai 1912, t. XLV, n° 5, p. 711-725.
- DELORE. — Appendicite chronique avec cæcum mobile et bride congénitale. — *Lyon Méd.*, 1912, CXIX, p. 244.
- FLINT, MARSHALL J. — Bandes et membranes embryonnaires autour du cæcum. — *Bull. of the Johns Hopkins Hospital*, t. XXIII, oct. 1912.
- GRAY AND ANDERSON. — Developmental adhesions affecting the lower end of the ileum and colon. — *Aberdeen University Press*, 1912.
- GRISARD. — Contribution à l'étude de la stase intestinale chronique d'origine cœcale. — Thèse Lyon, 1912.
- GUYOT J. D. — The relation of the iléo cœcal folds to appendectomy. — *Am. Surg. Phila*, 1912, LVI, p. 437-439.
- HALLER. — L'épiploïte chronique en rapport avec l'appendicite et la colite chronique. — Thèse de Paris, 1912.
- JORDAN. — The duodenum and the appendix in the chronic intestinal ptosis. — *The Brit. Med. Journ.*, juin 1912, n° 2685, p. 1225-1229.
- LANE ARBURTHNOT. — On the chronic intestinal stasis. — *The Brit. Med. Journ.*, mai 1912, n° 2679, p. 989-993.
- ROEDER C. A. — The movable cæcum. — *New-York M. J. (etc.)*, 1912, XCV, p. 121-125.
- SAILER J. — Cæcum mobile. — *Am. Journ. Med. Sc. Phila*, 1912, CXLIII, p. 157-172.

- WILMS. — Mobile cœcum and chronic appendicitis. — *Am. Surg. Phila.*, 1912, LV, p. 161-166.

1913

- ALGLAVE P. — Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du cœcum et à la péricolite du cœlon ascendant et de son angle hépatique. — *Presse Médicale*, 1913, XXI, p. 405-408.
- BURKHARDT L. — Die operative Behandlung das Cœcum mobile. — *Beitrage zur klin. Chir.*, 1913, LXXXIII, p. 647-651.
- CONNEL C. — Etiology of Lane's knik, of the Jackson's membrane and of the mobile cœcum. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, tome XVI, avril 1913.
- EASTMANN. — Membranes péritonéales fœtales de Jonesco, Trèves et Reid ; relations probables avec les membranes de Jackson et la couture de Lane. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, avril 1913, n° 4.
- GRAY AND ANDERSON. — Abnormal intra-abdominal developmental adhesions. — *Lancet*, 1913, vol. I, n° 4680 et n° 4681, 10 et 17 mai.
- GUILLOT. — De l'iléosigmoidostomie simple dans le traitement de la stase intestinale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 9 décembre 1913.
- HAUSMANN. — Les diverses formes du cœcum mobile. — *Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. Chir.*, 1913, tome XXVI.
- JACKSON. — Intestinal adherences and ptosis. — *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 30 th. August 1913.
- — Pericolite membraneuse et autres affections de la région iléo-cœcale. — *Annals of Surgery*, mai 1913, tome LVII, n° 3, p. 374-401.
- KELLOGG. — Surgery of the iléo-cœcal valve. — *Surg. Gyn. and Obst.*, novembre, 13, 1913, p. 563.

MAURY. — Cæcum mobile, chronic appendicitis and the pericolic membrane. — *J. Tenn. M. Ass.*, Nashville, 1913-14, VI, p. 182-185.

PAUCHET. — Les fausses appendicites chroniques. — *La Clinique*, 1913, VIII, p. 296-298.

SCHMIDT A. — Zur Frage der Cæcum mobile. — *Beitraege zur klin. Chir.*, 1913, LXXXIII, p. 639-641.

1914

- ADAMI J. G. — Chronic intestinal stasis « auto-intoxication and subinfection ». — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 177.
- BASSLER. — Discussion of the surgical theories of intestinal stasis. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1914, p. 1469.
- BLAKE T. A. et WORCESTER J. U. — A method for plicature voluminous cæca. — *Med. Rec. N.-Y.*, 1914, LXXXV, p. 599-602.
- CERF M. — Syndromes intestinaux. — *Progrès Méd. belge*, Bruxelles, 1914, XVI, p. 42-44.
- CHAPPLE HAROLD. — Some effects of chronic intestinal stasis on the femal generation organs. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 192.
- DUVAL P. et J.-CH. ROUX. — Les altérations du côlon droit et la constipation cœcale : les indications du traitement chirurgical et ses résultats. — *Arch. des mal. de l'app. digest. et nutrition*, Paris, 1914, tome VIII, p. 307-337.
- — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la « stase colique » par altération du côlon droit (cæcum, côlon ascendant, angle hépatique). — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1914, n. s. XL, p. 303, 355, 381, 414, 454.
- DUVAL P. — Technique opératoire : cœcopexie (fixation du cœcum au tendon du petit psoas). — *Rev. de chir.*, Paris, 1914, XLIX, p. 604-606.

- EASTMOND C. — Mobile and wandering cæcum. — *Woman's Med. J. Cincin.*, 1914, XXIV, p. 14.
- FAGGE AND HUGHES. — Analysis of a consecutive series of various florus of arthritis treated by ileo-colostomy or colectomy. — *Brit. Journ. of Surgery*, 1914-15, vol. II, p. 657.
- * GRAY H. W. — Chronic intestinal stasis. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 188.
- KENEFFICK. — The relief of gas pains after appendectomy. — *N.-Y. Med. J.*, 1914, C, p. 921.
- * LEVEUF J. — Cæcum mobile avec allongement du côlon ascendant. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1914, LXXIX, p. 73-77. n
- * LANE. — Intestinal stasis. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 308 et 372.
- * MAYO C. H. — Resection of the first portion of the large intestine. — *Journ. Am. Med. Ass.*, Aug. 8 th. 1914, p. 446.
- * MORT SPENCER. — Kniking and pericolicitis condensation, obstruction in relation to. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 852.
- PANTZER H. O. — Appendicitis as a cause of cæcal stasis. — *Tr. Am. Ass. Obst. and gyn.*, 1914, York, 1915, XXVII, p. 228-236.
- * PAUCHET V. — Stase cœco-colique ; colectomies totales : avantages du décollement colo-épiploïque. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1914, XL, p. 678-709.
- * PRINGLE S. S. — Chronic intestinal stasis. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, vol. I, p. 183.
- RIGOLLOT. — Resection du fond du cæcum pour appendicite. — *Paris Chirurgical*, 1914, VI, p. 751.
- SATTERLEE G. R. — Diseased condition of the cæcum ; etiology, pathology, and treatment. — *N.-Y. Med. J.*, 1914, C, p. 851-859.

- SHEEN. — Colectomy for intestinal stasis. — *Brit. Med. Journ.*, 1914, déc. 26 th.
- VILLANDRE C. — Cœcum et appendice. — *Progrès Médical*, Paris, 1914, 3 s., XXX, p. 25-31.
- WAINWRIGHT J. M. — Role of the cœcum in chronic disorders in the right lower abdomen : its connection with certain poor results after appendectomy. — *N.-Y. Med. J.*, 1914, C, p. 1015-1017.

1915

- BASSLER A. — Idiopathie megacœcum. — *J. Am. Med. Ass.*, 1915, Chicago, LXIV, p. 1062.
- CASE. — X-ray examination of the alimentary tract. — *The Southword, New-York*.
- DAVIS B. B. — Intestinal stasis. — *Tr. Med et Surg. Ass.* 1915, Mincap. 1916, p. 311-321.
- HANCHAMPS. — L'antiperistaltisme du gros intestin. — *Journ. de radiologie et d'électrologie*, n° 9, mai 1915.
- KEITH. — Sur l'interprétation de certains signes de la stase intestinale, fournis par l'examen radiologique. — *Pr. of Roy. Soc. Med.*, Tome IX, 1^{er} nov. 1915, p. 117.
- LEVEUF. — Péricolite membraneuse. — Thèse de Nancy, 1915.
- LEBON. — Etude radiologique de la constipation. — *Journ. de radiologie et d'électrologie*, août 1915, n° 10.
- LYNCH, DRAPER et LYON. — Contribution to the surgical physiology of the colon. — *Annals of surgery*, 1915, p. 441.
- MAUCLAIRE. — Les essais du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique d'origine chronique. — *Progrès Médical*, avril 1915, n° 33, p. 393.
- PAUCHET. — Traitement de la stase intestinale chronique : 33 anastomoses, 3 résections du gros intestin. — *Bull. et mem. soc. de chirurgie*, 22 juillet 1915.

- SMITH REA. — Ileocolostomy and colectomy for arthritis deformans. — *Journ. Am. med. Ass.*, 1915 (B), p. 771
- WALL. — Dilated cœcum. — *Pens. med. journ., Athens.* 1914-15, XVIII, p. 469-472.
- WATSON. — Chronic intestinal stasis. — *The Clinical, Journ.* June 30 th. 1915.

1916

- BAINBRIDGE. — Chronic intestinal stasis. (Report of cases). — *Americ. Journal of Obstetrics and. Diseases of Women and, Children.*, York. Pa., 1916, Tome : LXXIII.
- BOTTOMLEY. — The value of ileosigmoïdostomy and similar procedures in the treatment of chronic multiple arthritis. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1916, Tome LXII, p. 783.
- BOUGHTON G. G. — Intestinal stasis. — *Internal. j. surg.* N-Y., 1916, XXIX, p. 359-362.
- BAINBRIDGE W. S. — Shronic intestinal stasis. — *Med. Rec.*, N-Y., 1916, XC, p. 920.
- CLARK J. C. — Final results in twelve casis of colectomy. — *Surg., Gynec. and Obstetr.*, 1916, Tome 22, p. 533.
- DESCOMPS. — Epiploon et pericolite. — *Revue de Chirurgie*, Tome 11, n° 1 janvier 1916.
- FENTON B. TURCK. — Intestinal venous stasis : diffusion of bacteria and other colloïde. — *Med. Record*, N-Y. 1916, XC. p. 1005-1007.
- FRIEDMAN J. C. — The diagnosis and treatment of chronic constipation. — *Med. Clin.*, Chicago, 1916-17, II, p. 1071-1090.
- FOWLER. — Persistent développement anomalies to ascending colon and cœcum. — *Med. Record*, N-Y., Feb. 1916, Tome 89.
- LYNCH AND MC TAILAND. — Colonic infections. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1916, vol. LXVII, p. 943.

- MAC LAREN, A. — Chronic appendicitis and its relation to visceroptosis. — *Am. Surg.*, Phila. 1916, LXIV, p. 579-584.
- MAYO C. H. — Removal of right colon. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1916, vol. : LXVII, p. 943.
 - OCHSNER A. J. — Intestinal stasis. — *Surg. Gynec. and Obstetr.* 1916, Tome 22 p. 44.
- SMITHIES FRANK. — Chronic intestinal stasis and its associated so called toxemie. — *Surg. Gynec. and Obstetr.*, 1916, Tome 22, p. 57.
- SYNNOTT. — The fallacy of intestinal stasis. — *Med. Rec.*, N.-Y., 1916, XC, p. 10-68.
- WALSHAM, OYEREND. — On the movements of the colon. — *Archiv. or Radiology and Electrotherapy*, tome XX, janvier 1916.

1917

- AARON, C. D. — Intestinal toxemia and intestinal stasis. — *J. Midi. M. Soc. Grands Rapids* 1917, XVI, p. 160-165.
- BAINBRIDGE, W. S. — Chronic intestinal stasis with « lumpy breast » and discharge from nipple. — *Woman's M. J. Cincin.*, 1917, XXVII, p. 103.
- BREGLIA, J. E. — Diagnosed as intestinal stasis. — *Woman's M. J. Cincin.*, 1917, XXVII, p. 106.
- BURNEHAM, M. P. et CROW, L. B. — Intestinal crisis simulating chronic appendix disease diagnosed by Roentgen ray findings. — *Calif. State J. M. San Franc.*, 1917, XV, p. 348-352.
- CASALIS DE PURY, G. A. — Rôle de la plicature intestinale dans les lésions chroniques du côlon ascendant et de l'ampoule cœcale. — *Paris Médical*, 1917, XX, p. 337-344.

- CASE, J.—Observations radiologiques sur le peristaltisme et l'anti-peristaltisme du côlon, en tenant compte spécialement de la fonction de la valvule iléo-cœcale. — *Archives d'électricité médicale*, mai et juin 1917.
- CUNNINGHAM, W. P. — Dermatological aspects of chronic intestinal stasis. — *Am. Med. Burlington*, 1917, XXIII, p. 225-235.
- * DUBE, J. E. — Constipation habituelle. — *Union Méd. du Canada*, Montréal, 1917, XLVI, p. 170-174.
- EINHORN. — The medical treatment of chronic intestinal stasis. — *Tr. Am. Gastro-Enterol. Ass.*, St-Louis, 1917, XII, p. 188-190.
- * — The medical treatment of chronic intestinal stasis. — *Med. Rec.*, N.-Y., 1917, XCI, p. 847.
- HAZEN, R. — Case report of girl of nine with intestinal stasis. — *Woman's M. J.*, Cincin. 1917, XXVII, p. 106.
- * JOHNSON, P. P. — Right colectomy with special reference to the end results of a serie of twelve cases. — *Boston M. and Surg. J.*, 1917, CLXXVI, p. 266-271.
- KELLOGG, J. H. — Incompetency of the ileo-cœcal valve vs Lane's knik as the cause of ileas stasis. — *Méd. Record*, 1917, Tome XCII, p. 399.
- MACY, MARG. S. — The thyroid gland in intestinal stasis. — *Woman's M. J.*, Cincin. 1917, XXVII, p. 102.
- * PREBLE, WILLIAM E. — Intestinal toxemia and sequelae. — *Boston Med. and Surg. J.*, 1917, CLXXVI, p. 296-301.
- SATTERLEE, G. R. — The diagnosis and therapy of chronic intestinal toxemia. — *Med. Record*, 1917, XCII, p. 402.
- SMITHIES, F. — Chronic intestinal stasis with respect to certainctiologie factors. — *Tr. Am. Gastro-Enterol. Assoc.*, St-Louis, 1917, XII, p. 151.
- STEVENS, E. S. — Charcoal a valuable test for intestinal stasis. — *Woman's M. J.*, Cincin. 1917, XXXII, p. 101.

- TANSINI T. — Chronic intestinal stasis. — *Internal J. Surg.*, N.-Y., 1917, XXX, p. 111-113.
- WATSON A. E. — Chronic intestinal stasis, clinically and surgically. — *Nebraska M. J.*, Norfolk, Neb. 1917, II, p. 355-357.
- WENTWORTH M. H. — Intestinal stasis. — *Boston Med. and Surg. J.*, 1917, CLXXVII, p. 548-550.

1918

- BREWSTER G. W. W. — Right colectomy ; report of nineteen cases. — *Tr. Am. Surg. M.*, Phila, 1918, XXXVI, p. 165-172.
- CARNOT et BONDOUY. — Les processus digestifs au niveau du cœcum. — *Société de Biologie*, 11 mai 1918.
- FOREMAN W. H. — Chronic constipation types, etiology and treatment. — *J. Indiana M. Ass.*, Fort Wayne, 1918, XI, p. 147-153.
- JANJEAS. — Traité de radiodiagnostic. — 2^e édition, 1918.
- LABBÉ. — Les constipés de l'armée. — *Presse Médicale*, 25 juillet 1918.
- LANE (SIR A.). — The operative treatment of C. I. S. — London, 1918.
- LANE W. A. — Chronic intestinal stasis. — *Lancet*, London, 1918, II, p. 416.
- MAUCLAIRE. — Diagnostic et traitement de la péricolite membraneuse. — *Bulletin Médical*, 13 avril 1918.
- PAUCHET V. — Stase intestinale chronique maladie d'Arbuthnot Lane. — *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, Paris, 1918, XXXII, p. 753.
- — Extirpation aseptique du côlon droit pour constipation, tuberculose ou cancer. — *Presse Médicale*, n° 50, 9 sept. 1918, p. 459.
- PRON L. — La palpation du cœcum et sa valeur seméiologique. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1918, 3 s., LXXIX, p. 119-121.

- La palpation du cœcum et sa valeur séméiologique.
— *J. de Méd. de Paris*, 1918, XXXVII, p. 173.
- ROUX J.-Ch. — La constipation cœcale et son traitement. — *J. de Méd. et de Chir. prat.*, Paris 1918, LXXXIX, p. 855-860.
 - WATSON J. H. — Cœcoplication. — *Lancet*, London, 1918, vol. I, p. 922.
 - WEINSTEIN J. W. — Intestinal stasis. A new method of treatment. — *N.-Y. Med. J.*, 1918, CVIII, p. 547-550.
 - WILLIAMS L. — Chronic intestinal stasis. — *Lancet*, London 1918, vol. II, p. 472.
 - — Chronic intestinal stasis. — *Lancet*, London, 1918, vol. II, p. 538.
 - WOOD-JONES F. — Chronic intestinal stasis. — *Lancet*, London, 1918, vol. II, p. 505.
 - YEOMANS F. C. — Conservative surgery of chronic intestinal stasis. — *Med. Rec., N.-Y.*, 1917, XCII, p. 1010, et *N.-York State J. M.*, N.-Y. 1918, XVIII, p. 375-380.

1919

- BAUMAUN J. — Les stases cœcales et leur traitement hydro-minéral. — *Progrès Médical*, Paris, 1919, 3 s., XXXIV, p. 336-338.
- CHAUVET S. — La constipation habituelle au point de vue pratique ; synthèse des notions récentes sur la stase intestinale chronique. — *Gaz. des Hôpitaux*, Paris 1919, XCII, p. 496-500.
- CONSTANTIN PIERRE. — Contribution à l'étude radiologique de la constipation habituelle. — Thèse de Paris, 1919.
- DELANNOY E. F. — Les altérations du côlon droit et la constipation cœcale (étude anatomique et pathologique), Lille 1919, 67 pages, 8°, n° 45.

- DUROSELLE. — Pericolites et appendicite chronique. — Thèse de Paris, 1919, n° 233.
- DUVAL P. et ROUX J.-Ch. — La stase stercorale cœco-ascendante et son traitement chirurgical. — *Arch. d. mal. de l'appareil digest.*, Paris, 1919-20, X, p. 705-744.
- GRÉGOIRE R. — Péricolite membraneuse et appendicite chronique. — *Arch. mal. app. digest. et nutrition*, 1919-20, X, p. 129.
- — Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique. — *Arch. mal. app. digest. et nutrition*, Paris, 1919, X, p. 456-470.
- HEITZ-BOYER. — Néphrites et pyélonéphrites d'origine intestinale, syndrome entéro-rénal. — Soc. méd. des Hôpitaux, 25 juillet et 17 octobre 1919.
- GRÉGOIRE R. — Les pseudo-appendicites chroniques. — *Paris Médical*, 1919, XXXI, p. 379-382.
- LANE (SIR A.). — Stase intestinale chronique. — *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1919, XXXIII, p. 371.
- LANE (SIR A.). — The clinical symptoms of chronic intestinal stasis. — *Practitioner*, London, 1919, CII, p. 109-113.
- LANE (SIR A.). — Chronic intestinal stasis ; what are the indication for operative interference. — *Lancet*, London, 1919, vol. I, p. 333.
- — Reflections on the evolution of disease (chronic intestinal stasis). — *Lancet*, London, 1919, vol. II, p. 117-1123.
- LEFEVRE. — La chirurgie de la constipation (stase intestinale chronique). — Thèse de Toulouse, 1919.
- LEVINSON B. — Treatment of chronic constipation and sequelae by transduodenal lavage. — *Med. Concl. Phila*, 1919, XXIV, p. 515-520.
- OKINCZIC. — Chirurgie du gros intestin. — *Presse Médicale*, 11 oct. et 15 nov. 1919.

- PAUCHET V. — Stase intestinale chronique (maladie d'Arbuthnot Lane), son traitement chirurgical. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1919, 3 s., LXXXI, p. 27-29, et *Journ. de Méd. de Paris*, 1919, XXXVIII, p. 131.
- — Pathogénie de la stase intestinale chronique. Maladie d'Arbuthnot Lane. — *Presse Médicale*, Paris, 1900, XXVII, p. 151.
 - La stercorémie chronique (maladie de Lane), quelques conséquences, traitement. — *Bulletin Médical, Paris*, 1919, XXXIII, p. 367.
 - — Stase intestinale chronique (S. I. C.), maladie d'Arbuthnot-Lane. — *Gaz. des Hôpitaux*, Paris, 1919, XCII, p. 213-221.
- ROUX-BERGER J. L. — Stase intestinale chronique (quelques données nouvelles). — *Rev. gén. de chir. et de thérap.*, Paris, 1919, XXXIII, p. 2-6.
- La stase intestinale chronique. — *Journ. des praticiens*, 4 janvier 1919.
- SADLER W. S. — The treatment of intestinal stasis. — *Illinois M. J., Chicago*, 1919, XXXV, p. 57-61.
- SMITH D. T. — Chronic intestinal stasis. — *Canada Lancet*, Toronto, 1919-20, LIII, p. 56-62.
- TANTON G. — Chronic intestinal stasis in children. — *Brit. Med. Journ.*, London, 1919, vol. II, p. 806-809.

1920

- ARMSTRONG G. E. — Focal infections ; ileal and colonic stasis. — *Canad M. Ass. J.*, Toronto, 1920, X, p. 106-110.
- BARDON et COIGNARD. — La cœco-sigmoidostomie dans le traitement chirurgical de la constipation chronique du type ascendant. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1920, L, p. 323-326.



- CASE. — Surgical physiology and pathology of the colon from X-ray stand point. — *Med. Rec.*, N.-Y., 1920, XCVII, p. 580.
- DARGEIN. — Dilatation du cœcum par incontinence du pyllore. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1920, L, p. 660-662.
- ENRIQUEZ. — Les séquelles de l'appendicectomie. — *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 1920, XCI, p. 397-405.
- GREGOIRE R. — Dilatation douloureuse du côlon droit et appendicite chronique. — *Arch. des mal. de l'app. digest. et nutrition*, 1920, X, p. 456-470.
- HIRZBERG. — Stase intestinale chronique. — Thèse de Paris, 1920.
- JORDAN A. C. — Radiology in chronic intestinal stasis. — *Med. Standard.*, Chicago, 1920, XLIII, n° 6, p. 15-19.
- MORICE LOUIS. — Contribution à l'étude radiologique de la constipation. — Paris, Evreux, 1920, 58 pages, 8°.
- MORLEY JOHN. — Clinical manifestations of the mobile proximal côlon. — *Brit. Med. Journ.*, 9 oct. 1920.
- MUTEL et GUILLEMIN. — Bascule latérale externe du cœcum avec stase fécale. — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, XC, p. 674-676.
- PAUCHET V. — Maladie de Lane. — *J. de Méd. de Paris*, 1920, XXXIX, p. 462-464.
- — Traitement de la stase intestinale chronique, colectomie totale. — *Paris Méd.*, 1920, XXXV, p. 286-282.
- SEAMAN W. — Les brides membraneuses de la région hypochondrale droite. — *Med. Record*, 1920, XCXVII, n° 2579, p. 593-598.
- SMITH D. T. — Chronic intestinal stasis. — *Canad. M. Asso. J.*, Toronto, 1920, X, p. 111-116.
- Mc. WILLIAMS C. A. — Remarks on the diagnosis of right iliac fossa pains and the results in 200 operations

for chronic appendicitis. — *Med. Rec.*, N.-Y., 1920, XCVII, p. 579.

- WAUGH G. E. — The morbid consequences of a mobile ascending colon with a record of 179 opérations. — *Brit. Journ. of Surgery*, 1920, vol. VII.

1921

ALEXANDRE. — Ueber constipatio larvata und Toxoemia intertinalis. — *Berliner Klin. Wochenschr.*, LVIII, 1921, n° 28, 11 juillet, p. 775.

BERGER. — Appendicite chronique. — Thèse de Paris, 1921, n° 360.

CHALFAUT S. A. — Torsion of the cœcum. — *American Journ. of Obstetrics and Gynecology*, 1921, vol. 11, n° 6, p. 597-600.

DARGEIN. — Les étapes médicales et chirurgicales d'un constipé. — *Bull. med. de Québec*, XXII, 1921, n° 8, avril, p. 241.

DUMAS R. — Colectomie pour stase intestinale chronique. Rapport de M. T. de Martel. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, XLVIII, 1922, n° 3, 25 janvier, p. 92.

- DUVAL et GRÉGOIRE. — Technique de la fixation du côlon droit. — *Presse médicale*, 23 mars 1921.

DE GAETANO. — Recherches sur le fœtus pour l'interprétation pathogénique des déformations congénitales du côlon ascendant déterminées par la membrane de Jackson. — *La Riforma medica*, 8 octobre 1921, XXXVII, n° 41, p. 962.

FLINT E. R. — Observations on the mobile ascending colon. — *The Lancet*, 1921, Tome : CC.

FLINT E. et KEITH et autres. — Discussion on the after results of colectomy, (partial and complete) performed for colon stasis. — *Proc. Roy. Soc. Med.*, London 1921-22.

- FORNAGE et HOUDMONT H. — La stase intestinale chronique. — *Arch. med. belges*, Bruxelles 1921, LXXIV, p. 481-591.
- FRITSCH. — Die isolierte cœcum. — *Beitr. zur Klin. Chir.*, CXXII, p. 688-692.
- HAYEM. — Colectomie subtotala pour stase intestinale chronique. — *Marseille Méd.*, 1921, LVIII, p. 375, 579.
- HOMANS J. Torsion of the cœcum and the ascending colon. — *Arch. of Surgery*, 1921, III, n° 2, p. 395-405.
- HURST A. F. — Constipation and allied intestinal disorders. — London, 1921, p. 96 et 269.
- ILLOWAJ. — Ileocolostomie and exclusion in the dilatation of the cœcum and the colon. — *N.-Y. Med. J.*, 1921, CXIII.
- KANTOR J. L. — Right colon stasis due to spasme or other mild obstructive condition in the distal colon. — *Med. Clin. N. Am. Phila.*, 1921-22, V, p. 1089-1100.
- LANE. — The changes in the skin in chronic intestinal stasis. *Med. Press.*, London, 1921, n. s., CXI, p. 336-339.
- LANE W. ARBUTHNOT. — Chronic intestinal stasis. — *Practitioner*, CVIII, 1922, n° 5, mai, p. 305.
- PAUCHET. — Maladie de Lane ou stase intestinale chronique. (S. I. C.). — *Arch. Méd. belges*, Bruxelles, 1921, LXXIV, p. 801-813, et *J. de Med. de Paris*, 1921, XL, p. 439-452.
- PAUCHET. — Maladie de Lane ou stase intestinale chronique. — *Bull. med. Paris* 1921, XXXV, p. 509-511.
- PAUCHET. — Les deux constipations (Dyschésie et S. I. C.). — *Journ. des praticiens*, 1921, n° 42, XXXV, 15 oct., p. 681.
- DE QUERVAIN F. — De l'influence de l'ablation de l'appendice cœcal sur le fonctionnement de l'intestin. — *Bruxelles méd.*, 1921, tome 1, p. 252-257.

- SHEEN A. W. On the end results of colectomies for intestinal stasis.

Brit. med. J., London., 1921, vol. 1, p. 116-118. —

- BEN HORN — Ueber chronische appendicitis und cœcum mobile. — *Beitr. zur klin. Chir.*, 1921, CXXIV, p. 467-485.

1922

- ANTOINE. — Contribution à l'étude clinique des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit. — *L'Hôpital*, Paris 1922, n° 79, p. 440.
- ANTOINE Ed. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux cœco-coliques droits. Accolements du cœco-côlon en canons de fusil. — *Gaz. des Hôpitaux*, n° 1, 3 janvier 1922.
- ARMSTRONG I. E. — Embryology and physiology of colonic stasis. *Canad. M. Asso. J.*, Toronto, 1922, XII, p. 197-201.
- BAUMANN J. — Le traitement thermal et physiothérapique de la stase intestinale chronique. — *Progrès Médical*, 1922, n° 26, 1^{er} juillet, p. 301.
- Discussion on the after results of colectomy (partial and complete), performed for colon stasis. — Proceedings of the Royal Society of medicine. London, vol. n° 8, p. 54.
- DUNN P. Chronic intestinal astasis. — *Med. Press.*, London, 1922, n. s., CXIII, p. 451.
- GRAY SIR HENRY. — On the treatment of non malignant affections of the colon. — *Brit. med. Journ.* 1922 novembre 25 th.
- GRÉGOIRE R. — La dilatation douloureuse du côlon droit et son traitement. — *Paris médical* 1922, XII, p. 69-75.
- GUILLAUME. — Les états de déviation du tonus des systèmes nerveux de la vie végétative. — *Bulletin médical*, 1922, n° 11.

- GUILLAUME A. C. — Recherches sur la stase intestinale. — XVII^e Congrès français de médecine, Paris, oct., 1922.
- HEITZ-BOYER. — Le syndrome entéro-rénal. — *Journ. méd. français*, mai 1922.
- HURST ARTHUR F. — Constipation and allied intestinal disorders, chez Frowde, Hodder and Stoughton, London 1922.
- LANE A. — La stase intestinale chronique. — *La Clinique*, Paris, XVII, 1922, n^o 9, sept., p. 227.
- LANE, SIR W. A. AND WAUGH G. — Discussion the treatment of non malignant affections of the colon. — *Brit. Med. Journ.*, London, 1922, vol. II, p. 1014-1024.
- LEO G. — Quelques remarques sur la stase intestinale colique. — *Paris Chirurgial*, 1922, XIV, p. 292-300.
- DE MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites. Étude de clinique, radiologie et thérapeutique des syndromes douloureux du cœcum et du côlon proximal, Masson, édit., Paris, 1922, 8^o, p. 193.
- MOUTIER FRANÇOIS. — Sympathicotomie et vagotonie. Leur diagnostic et leur traitement (éserine, atropine) dans les affections digestives. — *Bulletin Médical*, 1922, n^o 9, p. 158-160.
- MUTEL et FOURCHE. — Le pli pariéto-colique (membrane de Jackson). — *Rev. de Chirurgie*, XLI, 1922, n^{os} 8-9, p. 509.
- OUDARD et JEAN G. — Péricolite inflammatoire avec stase à symptômes frustes et cirrhose atrophique concomitante. — *Bull. et Mém. Soc. Anatom. de Paris*, XCII, 1922, n^o 10, déc., p. 444.
- SEIFERT. — Péricolitis membranacea. — *Arch. f. Klin. Chir.*, CXXI, 1922, p. 68, 754.

- SLESINGER E. G. — Some aspects of chronic intestinal stasis. — *Amer. Journ. of Surg.*, XXXVI, n° 8, août, p. 185.
- STARR. — The Surgery of the right bowel. — *Surg. Gynec. and Obstetr.*, 1922, XXXIV, p. 547.
- TANNER. — Torsion of the cœcum and ascending colon. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 1922, Tome 78, p. 1125.
- * VAN DER REIS. — La flore bactérienne de l'intestin grêle et du cœcum chez l'adulte dans les conditions normales et pathologiques. — *Klin. Wochenschr.*, Berlin, t. I, n° 19, 6 mai 1922.
- WHEELER H. H. — Intestinal stasis. — *Indianapolis M. J.*, 1922, XXX, p. 59-65.
- * WILMS J. H. — The relation of thyroid activity to intestinal stasis. — *J. Am. Inst. Homeop.*, Chicago, 1922-23, XV, p. 986-994.

1923

- AARON C. D. — The treatment of spastic constipation. — *Am. J. Med. Sc., Phila.*, 1923, CLXV, p. 816.
- ALZONA F. et VALENTI A. — Sopra un caso di alterazioni di sviluppo del cieco e membrana pericolica. — *Riforma medica*, XXXIX, 1923, n° 3, 15 janv., p. 49.
- * ANTOINE. — Du rôle que jouent les infections du côlon gauche dans l'étiologie du syndrome entéro-rénal. — *La Médecine*, 1923, n° 10, p. 755.
- * AUBOURG G. — De l'examen radiologique dans la stase intestinale chronique. — *Paris Chirurgical*, 1923, 15^e année, n° 3, p. 220, et *Soc. de Chirurg. de Paris*, 20 avril 1923.
- BARBARO N. — Costipazione intestinale cronica. — *Cultura Méd. Mod.*, Palermo, 1923, II, p. 16-19.
- * BROHEE G. — Au sujet du traitement de la constipation. Stase stercorale droite et traitement chirurgical. — *Bruxelles Médical*, n° 15, 24 janvier 1924, p. 285.

- COFFEY. — Les relations de la douleur abdominale droite avec les maladies siégeant à ce niveau. — *J. Am. Med. Ass.*, 15 sept. 1923.
- * CARNOT, HARVIER, FRIEDEL et LARDENNOIS. — Les colites, Baillière, éd., 1923.
- * DALSACE J. — Stase intestinale, appendicite chronique et typhocolite. — *Bulletin Médical*, 1923, n° 18, p. 495.
- * DELBET PAUL. — Considerations sur la maladie de Lane. — *Paris Chirurgical*, 1923, 15^e année, n° 3, p. 147-168. — *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 2 mars 1923.
- * DESMAREST. — Importance de la vascularisation des bouts intestinaux après les gastrectomies et les colectomies ; procédé de la recoupe et de la suture à la lumière ouverte. — *Presse Médicale*, 1923, p. 69.
- * DUVAL et BECLÈRE. — Résultats éloignés de la colectomie. — *Soc. de gastr.-enterol. de Paris*, 2 juillet 1923, in *Arch. app. digest. et nutrition*, oct. 1923, XIII, n° 5, p. 797.
- * FLANDRIN PAUL. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie. — Thèse de Paris, 1923, G. Doin, éd.
- * GALLY. — Examen radiologique des malades atteints de stase intestinale chronique, de constipation. — *Bull. Médical*, Paris, 1923, XXXVII, p. 513-516.
- * GUILLAUME A. G. — La constipation recto-pelvienne ou dyschexie. — *Bulletin Médical*, 1923, n° 18, p. 485-495.
- * — La constipation et la stase intestinale chronique. Etude de physiopathologie et clinique. — *Bulletin Médical*, 1923, n° 17, p. 335-445.
- * GUILLAUME A. C. — Appendicite, colotyphlites et pérityphlite. — *Gazette des Hôpitaux*, 1923, n° 68, 70, 76, 78, 88.

- — Etude critique et physiologique des opérations dirigées contre la constipation et la stase. — *Gazette des Hôpitaux*, 1923, 96^e année, n^o 54, 55, p. 865-904.
- GRÉGOIRE R. — La dilatation douloureuse du côlon droit (variété de stase intestinale chronique). Résultat du traitement chirurgical. — *Soc. de gastro-enterol. de Paris*, séance du 16 août 1923. — *Arch. mal. app. digest. et nutrition*, 1923, XIII, n^o 5, p. 493-511.
- HARRIES D. I. — Influence des bactéries intestinales sur la glande thyroïde. — *The Brit. Med. J.*, n^o 3248, 31 mars 1923. — Analyse in *Presse Méd.*, 1923, n^o 44, 2 juin, par Rouillard.
- HURST A. F. — The treatment of habitual constipation. — *Lancet*, London, 1923, vol. II, p. 134.
- JACOBSEN. — Volvulus du cœcum. — *Acta chirurgica scandinavica*, LVI, 4 sept. 1923, p. 189.
- JORDAN ALFRED C. — Chronic intestinal stasis, a radiological stud. chez Frowd, Hodder and Stoughton, London 1923.
- LANE. — Chronic intestinal stasis and cancer. — *Brit. Med. J.*, 1923, vol. II, p. 745.
- LEFEBVRE. — Du traitement chirurgical de la stase intestinale chronique par la cœco-sigmoïdostomie. — *Presse Méd.*, Paris, 1923, n^o 16, p. 125.
- LEFEBVRE C. — Physiologie chirurgicale : gros intestin. — *Arch. franco-belge de chirurgie*, 1923, XXVI, p. 215.
- LEMBO S. et LANE A. — Stasi intestinale cronica. — *La Radio chirurgia*, XV, 1923, n^o 1, 31 janv., p. 23.
- LOEPER M. et BAUMANN J. — Le traitement des formes réductibles de la stase intestinale chronique. — *Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 1923, n^o 4, 24 février p. 131.

- MORHARDT P. E. — Stase intestinale chronique (maladie de Lane). — *Vie Médicale*, Paris, 1923, IV, p. 313-317.
- MONGINELLI L. — Delle stipsi chirurgiche (cæco mobile parenti gatino intestinali). — *Policl. Roma*, 1923, XXX, p. 393-433.
- * NAGEL. — The etiology and importance of the cystico-duodenocolic fold. — *Sur. Gynec. and Obstetrics*, 1923, p. 365.
- * PAUCHET. — Stase intestinale chronique. — *Soc. des Chir. de Paris*, 23 nov. 1923, in *Paris-Chirurgical*, 15^e année, n^o 7, p. 395-399.
- * — Maladie de Lane. — *Soc. des Chir. de Paris*, 16 mars 1923, in *Paris Chirurgical*, 1923, 15^e année, n^o 3, p. 191-194.
- * PERARD. — Maladie de Lane ; guérison chirurgicale d'un ventre fort. — *Soc. des Chir. de Paris*, 4 mai 1923, in *Paris Chirurgical*, 1923, 15^e année, n^o 4, p. 236-239.
- * PENTHER MARCEL. — Contribution à l'étude du volvulus du cæcum et de son traitement. — Thèse de Paris, 1923.
- * RENAUD DENIS. — Contribution à l'étude des symptômes douloureux de la fosse iliaque droite. — Thèse de Paris, 1923.
- ROBERTS I. B. — The value of pericardiotomy in diagnosis and treatment. — *Arch. Surg. Chicago*, 1923, VI, p. 101-117.
- * ROBINEAU M. — Les indications opératoires dans la stase intestinale. — *Bull. Méd.*, Paris, 1923, XXXVII, p. 483-485.
- ROWLANDS. — Carcinoma of the colon following chronic intestinal obstruction. — *Internat. J. Méd. et Chir.*, 1923, XXXVI, p. 427.
- * SAGARDOY JEAN-BAPTISTE. — La constipation recto-pelviennne ou dyschésie. — Thèse de Paris, 1923.

SAVIGNAC et MATHIEU DE FOSSEY. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans les entéro-colites chroniques. — *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 11 mai 1923.

- THEVENARD. — A propos de la soi-disant maladie de Lane. — *Soc. des Chir. de Paris*, 23 nov. 1923, in *Paris Chirurgical*, 15^e année, n^o 7, p. 392-395.
- — Obstruction intestinale chronique par mobilité anormale du côlon droit, coudure secondaire, intoxication par rétention stercorale. — *Soc. des Chir. de Paris*, 4 mai 1923. — In *Paris Chirurgical*, 1923, 15^e année, n^o 4, p. 251-257.
- THOMSON. — Some causes of intestinal obstruction. — *Brit. Med. J.*, vol. II, 1923, p. 597.

1924

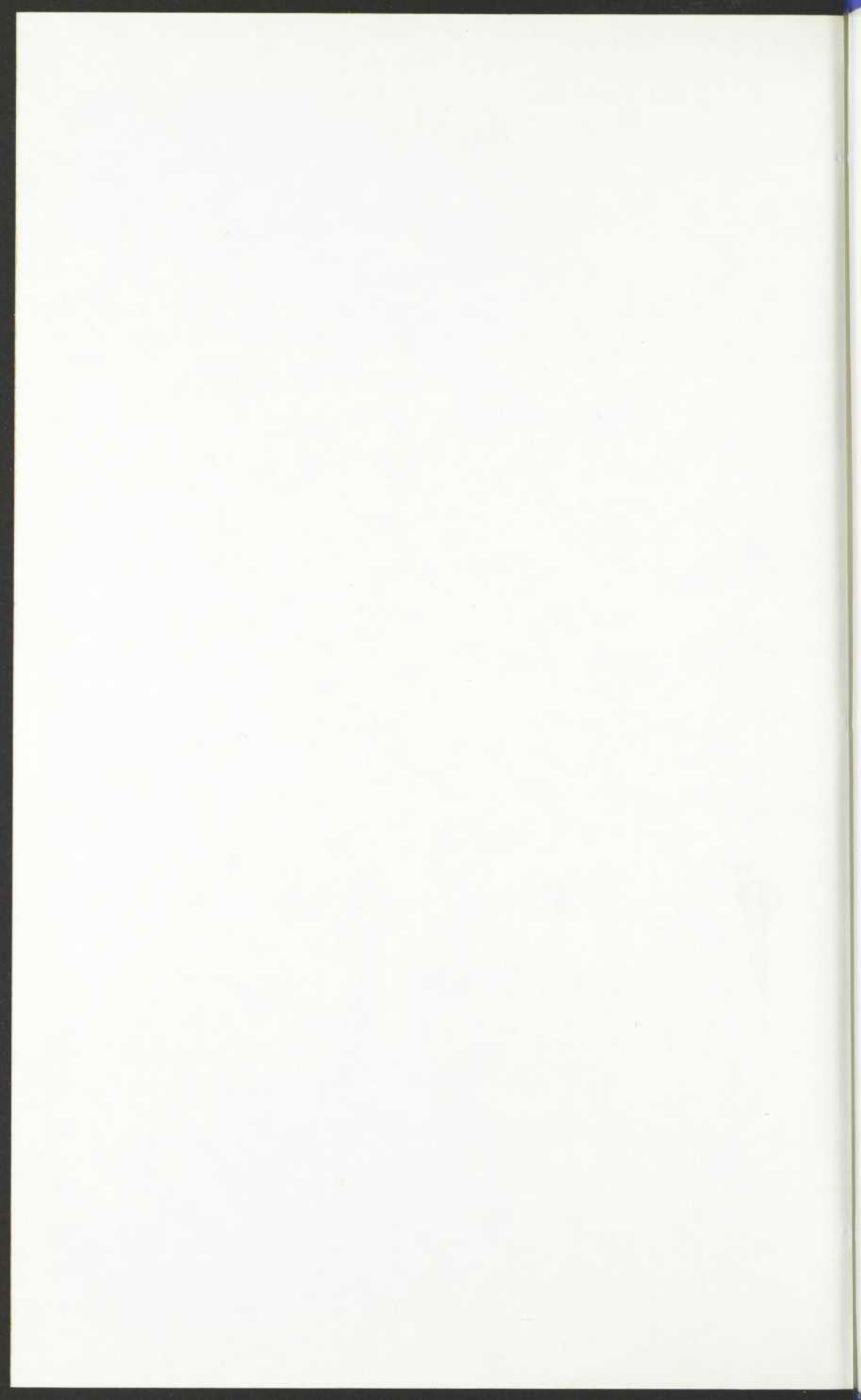
- DAVISON AND ROYER. — Adhesions about the ascending colon simulating chronic appendicitis. — *Surg. Gynec. and Obstetr.*, XXXVIII, febr. 1924, p. 177.
- MOUTIER FRANÇOIS. — L'éserine dans les hypersympathicotomies digestives et abdominales. — *Journ. Méd. Franç.*, 1924, XIII, n^o 2, p. 75-79.
- ROUX J.-CH. et GOIFFON. — Troubles intestinaux liés à la digestion insuffisante des hydrates de carbone. — *Arch. des maladies de l'app. digest. et nutrition*, tome XIV, n^o 2, févr. 1924, p. 134-150.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Introduction.....	11
CHAPITRE II. — Etiologie.....	18
CHAPITRE III. — Pathogénie.....	20
Troubles statiques.....	21
Obstacles segmentaires.....	24
Troubles dynamiques essentiels.....	33
Conclusion.....	36
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	38
CHAPITRE V. — Physiologie pathologique.....	44
CHAPITRE VI. — Symptomatologie.....	48
Type hypotonique.....	49
Type atonique.....	55
CHAPITRE VII. — Evolution et complications.....	69
Complications mécaniques.....	71
Complications toxiques.....	73
Complications infectieuses.....	81
CHAPITRE VIII. — Diagnostic.....	89
Positif.....	89
Différentiel.....	98
CHAPITRE IX. — Traitement.....	105
Médical.....	106
Chirurgical.....	118
Indications générales du traitement.....	136

CHAPITRE X. — Observations.....	140
CHAPITRE XI. — Conclusions.....	215
CHAPITRE XII. — Bibliographie.....	221







B A n Q



000 686 189