

Le diagnostic avec la *gastrite* est plus difficile : il sera basé sur l'anorexie, l'état saburral des voies digestives, la fièvre, les caractères de la douleur. L'*ulcère simple* ne pourra quelquefois être distingué de la gastralgie qu'après l'apparition des hématomés : une étude attentive de tous les symptômes autres que la douleur permettra en général d'éviter l'erreur. Quant au *cancer*, il est rare qu'il affecte la forme cardialgique.

En présence d'une gastralgie rebelle, il faudra toujours penser aux crises gastriques symptomatiques d'une détermination spinale (ataxie locomotrice principalement) : l'absence de réflexes patellaires, des troubles oculaires, d'autres altérations enfin de la sensibilité, mettront en ce cas sur la voie du diagnostic.

Le pronostic est favorable en ce sens que la gastralgie en elle-même ne cause jamais la mort ; il ne faut pas cependant perdre de vue l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur la nutrition et sur les fonctions psychiques.

TRAITEMENT. — L'examen étiologique est de la plus haute importance dans le traitement de la gastralgie ; il n'est pas rare en effet de la voir disparaître par la suppression des causes qui la produisent (écarts de régime, entozoaires, affections utérines, etc.), ou par la modification qu'une médication rationnelle ne manque pas d'imprimer à certains états diathésiques (arthritisme, diabète, chlorose, anémie, intoxication palustre, etc.).

En dehors de ces indications, le traitement est purement *symptomatique*. Les crises cardialgiques seront calmées par les narcotiques : l'opium et surtout les injections sous-cutanées de morphine ont souvent l'effet le plus rapide ; la belladone, la jusquiame, la ciguë apaisent également la douleur, mais moins rapidement. Les boules d'eau chaude à la région épigastrique suffisent parfois pour calmer les crampes les plus douloureuses, la chaleur agissant sur les muscles de la vie végétative comme l'électricité sur ceux de la vie de relation (Gubler). Dans les cas les plus rebelles, on aura recours aux inhalations d'éther et de chloroforme.

En général, on retirera les plus grands avantages de l'emploi des antispasmodiques : bromure de potassium, musc, valériane, médicaments *cyaniques* (cyanure de potassium et de zinc, acide cyanhydrique médicinal).

AXENFELD. Névroses. — WILLIEME. Des dyspepsies. Bruxelles, 1868. — GUENEAU DE MUSSY. Leçons de clin. médicale, 1874. — PETER. Colique hépatique pseudo-gastralg. (Journ. de méd. et de chirurg. prat., 1875). — RAYMOND. Des dyspepsies, th. d'agrégation, 1878. — G. SÉE. Dyspepsies gastro-int., Paris, 1881. — GRISOLLE,

TROUSSEAU. Clinique médicale. — JACCOUD. Op. cit. — HUCHARD. Notes additionnelles au traité d'Axenfeld, 1883. — DUCO, th. Montpellier, 1884. — BAUMEL. Maladies de l'appareil digestif, 1888.

MALADIES DE L'INTESTIN

ENTÉRITE

L'*entérite* est l'inflammation catarrhale de la muqueuse intestinale. Elle est *aiguë* ou *chronique*. Elle peut coïncider avec le catarrhe de l'estomac (*gastro-entérite*), s'étendre à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin (entéro-colite), ou enfin se localiser dans une portion de l'intestin (duodénite, typhlite, rectite, etc.).

ÉTIOLOGIE. — L'entérite est une maladie de tous les âges, mais elle est fréquente surtout chez les enfants. Chez ceux-ci elle reconnaît pour causes principales : la dentition (Trousseau), l'alimentation par un lait de mauvaise qualité ou non en rapport avec leurs facultés digestives, le sevrage ; chez l'adulte, sa cause la plus commune est également une alimentation excessive ou de mauvaise qualité : aliments gras ou altérés, fruits verts, viandes fumées, poissons gâtés, etc. Les purgatifs, les drastiques surtout, peuvent avoir une action identique ; il en est de même des balsamiques et de certains narcotiques, colchique, ciguë, aconit, qui déterminent des gastro-entérites parfois très intenses. L'indigestion est souvent son point de départ.

Les affections locales de l'intestin, les polypes, le traumatisme et les corps étrangers, les vers intestinaux, les occlusions par torsion, invagination, matières fécales durcies, etc., peuvent donner naissance à une entérite limitée ou étendue. Les désordres des organes voisins peuvent agir de la même façon (rectite dans le cancer de l'utérus, etc.).

Les émotions morales vives, la joie, la peur, l'impression du froid, donnent lieu, par trouble de l'innervation vaso-motrice, à des diarrhées dans lesquelles une part revient toujours pourtant à l'inflammation. Les fièvres éruptives, les brûlures, l'érysipèle, toutes les affections cutanées qui intéressent une large portion du tégument externe provoquent quelquefois des entérites (1).

(1) On sait qu'en supprimant chez un animal les fonctions cutanées au moyen du *vernissage*, on amène la production d'une diarrhée albumineuse (expériences de Fourcault et de Balbiani).

Nous avons signalé déjà les inflammations catarrhales du tube digestif par élimination à la surface de la muqueuse digestive de l'urée (Luton, Treitz, Lancereaux) chez les brightiques, de l'acide urique chez les goutteux. Les maladies dyscrasiques et les pyrexies, l'infection purulente, la tuberculose, les fièvres ataxo-dynamiques, sont presque constamment accompagnées de catarrhe intestinal.

Enfin la stase veineuse dans le système de la veine porte, à la suite de maladies du foie, d'hémorroïdes, de lésions cardio-pulmonaires, est une source fréquente d'entérites.

L'entérite frappe souvent et de façon brusque un certain nombre d'enfants et de grandes personnes à la fois, constituant ainsi des sortes d'épidémies de diarrhée, dont l'apparition est soumise à l'évolution des saisons, aux changements brusques de la température et au degré d'humidité de l'atmosphère. C'est à la fin de l'été et pendant l'automne que ces diarrhées saisonnières prédominent le plus souvent. Il est fort probable d'ailleurs que la plupart d'entre elles sont des diarrhées parasitaires : l'avenir certainement mettra en lumière plusieurs de ces germes pathogènes (1). Clado et Hayem ont déjà décrit l'organisme générateur de la diarrhée verte des jeunes enfants. Ce bâtonnet allongé, six fois plus long que large, notablement plus volumineux que celui de la tuberculose, est animée de mouvements rapides ; il disparaît des selles à mesure que l'amélioration s'accroît.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Forme aiguë.* — Ici comme dans toutes les autres inflammations du tube digestif, l'hypérémie, si elle est légère, peut ne pas laisser de traces après la mort ; lorsqu'elle est plus intense, elle se traduit par une dilatation du réseau vasculaire sous forme de fines arborisations, par la tuméfaction et le ramollissement de la muqueuse. Souvent dans la portion de l'intestin qui est enflammée (généralement c'est le côlon ou la portion terminale de l'intestin grêle), on voit les glandes de Brünner, les plaques de Peyer et les follicules clos, entourés d'une auréole vasculaire, faire saillie à la surface de la muqueuse. Les follicules clos apparaissent comme des points noirs rappelant

(1) Nous ne parlons ici que de la diarrhée observée dans nos pays, car l'origine parasitaire de la diarrhée des pays chauds est aujourd'hui bien établie depuis les travaux de Normand (anguilla stercorale intestinale, strongles, etc., 1876) ; la diarrhée des pays chauds appartient à la pathologie exotique, et nous ne pouvons, en ce qui la concerne, que renvoyer aux traités spéciaux.

l'apparence d'une barbe fraîchement rasée (Smith), ou bien ils sont blanchâtres, confluents (*psorentérie*), comme si la muqueuse était parsemée de grains de sable (Habershon). Plus rarement on observe des exulcérations peu profondes à la surface intestinale, ou bien de petits orifices cratériformes qu'en considération de leur siège Rokitansky a dénommés *ulcères folliculaires*.

En même temps l'épithélium en se desquamant donne naissance à un mucus opaque et visqueux, parfois puriforme. Lorsque l'hypérémie atteint son maximum d'intensité, elle donne naissance à des formations pseudhyméniques (Förster) qu'il ne faut pas confondre avec les plaques du *muguet* dont la présence a été constatée par M. Parrot jusque dans le gros intestin.

En général, le tissu sous-muqueux n'est pas atteint par la phlogose ; cependant dans les formes intenses il peut s'infiltrer de sérosité ; Becquerel a même signalé un cas d'infiltration purulente des tuniques du duodénum.

La séreuse péritonéale échappe le plus souvent à l'inflammation de voisinage ; mais les ganglions mésentériques sont presque constamment hyperémies.

Forme chronique. — Elle atteint presque exclusivement le gros intestin ou la partie terminale de l'intestin grêle. A ce niveau, la muqueuse offre une coloration peu prononcée, brune ou ardoisée, et est le siège d'un double processus : l'atrophie de l'élément glandulaire et la tendance à la sclérose. Les glandes de Lieberkühn sont atrophiées par places ou, au contraire, deviennent kystiques ; le tissu conjonctif hypertrophié donne naissance à certaines formes de polypes (*polypes-papillo-glandulaires*) que l'on observe surtout dans le rectum. D'autres fois l'inflammation s'étend en profondeur et gagne la tunique musculaire et le tissu sous-séreux ; suivant le cas, les tuniques intestinales sont ou épaissies ou amincies.

Les sécrétions sont notablement modifiées et consistent en un liquide abondant, grisâtre, puriforme, ou en mucosités gélatineuses souvent striées de sang.

L'ulcération est une des lésions les plus fréquentes de l'entérite chronique : son point de départ est le plus souvent dans les *follicules*. Ces ulcérations peuvent être étroites, sinueuses, superficielles, visibles seulement lorsqu'on regarde obliquement la muqueuse ; d'autres fois elles se réunissent et causent en étendue et en profondeur de vastes pertes de substance. Toutes les formes d'ulcération sont donc possibles. Certaines maladies, tubercu-

lose (1), variole, etc., prédisposent à cette forme d'*entéro-colite ulcéreuse*.

Dans l'entérite chronique de source urémique, les ulcérations de la muqueuse sont accompagnées de la présence de plaques gangreneuses disséminées qui indiquent promptement la nature du processus pathologique.

Dans quelques cas exceptionnels, notamment chez les enfants, l'autopsie ne révèle aucune lésion macroscopique (Bednar, Barthez et Rilliet, Förster).

Les ganglions mésentériques, parfois un peu augmentés de volume, sont sains le plus souvent. La dégénérescence graisseuse du foie est fréquente (Legendre).

DESCRIPTION. — Nous décrirons successivement l'*entérite aiguë*, l'*entérite cholériforme des enfants*, l'*entérite chronique*.

Entérite aiguë. — a. *Forme bénigne*. — L'entérite débute ordinairement avec brusquerie, sans autres phénomènes prodromiques qu'un peu d'anorexie, de difficulté dans les digestions, d'endolorissement du ventre. Cependant chez les enfants, aux symptômes abdominaux qui précèdent l'entérite, vomissements, diarrhée, vient se joindre une fièvre plus ou moins accusée qui peut persister pendant toute la durée de la maladie.

Le premier symptôme est la *douleur*. Bien qu'elle puisse se localiser au niveau de la portion de l'intestin qui est atteinte par l'inflammation, la douleur se concentre ordinairement au pourtour de l'ombilic, d'où elle semble s'irradier dans le reste de l'abdomen sous forme de *coliques*, soit sourdes et contusives, soit aiguës et lancinantes ; en général peu intense, elle augmente par la pression et se calme après les selles pour reparaitre quelque temps après. Pendant les crises, la température locale de la paroi abdominale s'élève sensiblement (Moncorvo).

Les évacuations sont *diarrhéiques* dès le début, à moins toutefois que l'inflammation n'ait atteint que l'intestin grêle ; d'abord composées de matières fécales, elles deviennent muqueuses ou séro-muqueuses, se colorent en jaune ou en vert par la bile, et contiennent des débris épithéliaux, des fragments d'aliments mal digérés, des micro-organismes, parfois même un peu de sang. La *lientérie* est de règle chez les enfants. En même temps le

(1) Ces ulcérations, surtout celles de la tuberculose, ont de la tendance à se développer dans un plan perpendiculaire à l'axe de l'intestin et à former des anneaux transversaux. On se rappelle que les ulcérations typhiques sont au contraire longitudinales.

ventre se météorise et devient *tympanique* : la palpation détermine des gargouillements et la percussion donne un son hydroaérique, indices de la présence d'un mélange de gaz et de liquides que révèlent également de fréquents borborygmes.

Nous devons signaler ici les différences qui se produisent suivant la localisation de l'entérite. Dans la *duodénite* qui, malgré l'opinion de Broussais, s'accompagne ordinairement de catarrhe gastrique, on peut observer une réaction fébrile légère et de l'ictère ; la *jéjunite* et l'*iléite* sont surtout caractérisées par les douleurs, la diarrhée pouvant manquer complètement ; enfin les selles sanglantes et le ténésme n'existent que dans la *colite* et la *rectite*.

Quoi qu'il en soit de ces variétés de siège, l'entérite peut cesser complètement après quelques évacuations alvines : elle dure rarement plus de quatre à sept jours chez l'adulte, de dix à quinze jours chez l'enfant. Les douleurs disparaissent, le nombre des selles diminue, l'appétit revient, et il ne reste bientôt plus qu'un peu de faiblesse qui se dissipe rapidement. Chez les enfants, il y a constamment une perte de poids assez considérable (d'Espine et Picot).

Cette forme bénigne de l'entérite aiguë ne détermine pas de réaction générale marquée : la fièvre, quand elle existe, ne s'élève pas au-dessus de 38,5 ; la langue est légèrement saburrale et tend à rougir sur ses bords, surtout en approchant du terme de l'indisposition.

b. *Forme grave*. — La forme grave est rare chez l'adulte ; fréquente, au contraire, chez les enfants. Chez ceux-ci, elle peut être *primitive*, c'est-à-dire dépendre de la dentition, d'une mauvaise alimentation, du sevrage, ou bien elle se produit *secondairement* dans le cours d'autres maladies : rougeole, broncho-pneumonie, atrophie infantile.

Elle débute comme la forme bénigne, mais la réaction fébrile s'accuse davantage et atteint environ 39 degrés ; l'anorexie est complète, la langue rouge et sèche, le ventre se ballonne et se couvre parfois d'une éruption de taches rosées lenticulaires (Rilliet et Barthez). Les selles, très fréquentes, sont liquides, séro-muqueuses, colorées en brun ou en vert par la bile, ou demi-solides et très fétides. Elles sont fortement acides et déterminent de l'érythème des fesses et des cuisses. La prostration des forces et l'amaigrissement sont rapides et très marqués : les yeux se cerclent, les traits se tirent, et l'enfant, comme on l'a si bien dit, ressemble à un petit vieillard. Enfin les phénomènes céré-

braux sont fréquents et revêtent tantôt la forme convulsive, tantôt la forme méningitique (Rilliet) ou comateuse (J. Simon).

Malgré son apparence si grave, cette forme de l'entérite est rarement mortelle chez l'enfant, si elle est primitive : la guérison survient du huitième au dixième jour. Lorsque, au contraire, elle est secondaire, la terminaison est le plus souvent fatale, surtout si l'enfant est toujours à la mamelle. Chez l'adulte, l'entérite aiguë est également bénigne, à moins qu'une maladie antérieure n'ait amené la débilitation du malade : on évitera de confondre l'entérite aiguë avec la fièvre typhoïde.

Le passage à l'état chronique a été observé quelquefois.

Entérite cholériforme (cholérine, choléra infantum, choléra nostras, choléra simple). — L'entérite suraiguë que l'on décrit sous ce nom est un symptôme commun au choléra infantile, sporadique, asiatique et aux empoisonnements par les narcotico-acres.

L'entérite cholériforme atteint les adultes et les enfants et se montre surtout pendant les grandes chaleurs : elle s'accompagne toujours de catarrhe gastrique. Jusqu'à ces dernières années, sa pathogénie était encore inconnue ; on l'attribuait à une paralysie vaso-motrice généralisée du sympathique abdominal. On sait maintenant depuis les recherches de Finker et Prior, que le choléra nostras est occasionné par la présence dans les voies digestives d'un bacille en virgule qui a de grandes analogies de forme avec le bacille du choléra asiatique, mais qui s'en distingue par son plus petit volume et par sa faculté de liquéfier très facilement la gélatine peptonisée à une température assez basse.

Il est rare que l'entérite cholériforme soit précédée d'une période prémonitoire de troubles dyspeptiques ou d'entérite aiguë : elle débute en général très brusquement par des vomissements et de la diarrhée. Les selles se décolorent très rapidement, deviennent *séreuses* et renferment souvent de petites concrétions épithéliales, blanchâtres ; les vomissements sont composés de matières semblables. La soif est très vive, l'urine se supprime, le sang se condense et le pouls devient filiforme et imperceptible ; les extrémités, la face, se refroidissent et se cyanosent, la voix est cassée. L'amaigrissement, qui survient très rapidement, atteint le corps tout entier, mais est surtout marqué à la face qui prend un aspect sénile ou hippocratique ; chez l'enfant, on observe la dépression des fontanelles et le chevauchement des os du crâne. Cependant les douleurs et les coliques sont à peu près nulles.

Chez les jeunes sujets, on ne peut guère distinguer cet état du choléra véritable que par l'absence de crampes et de cyanose de la face ; chez l'adulte, où ces deux phénomènes se montrent, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; cependant l'absence de selles riziformes et de période réactionnelle, ainsi que la non-épidémicité du mal, suffisent en général au diagnostic.

Lorsque la terminaison est fatale, ce qui est la règle chez l'enfant, la mort survient du premier au quatrième jour au milieu des convulsions ou du collapsus. Chez l'adulte, la guérison est la règle, à moins toutefois que le malade ne se trouve dans de mauvaises conditions qui ne lui permettent pas de supporter l'énorme déperdition à laquelle il est soumis.

Quand la réaction s'établit, la chaleur revient aux membres, le pouls se relève, les vomissements cessent, les évacuations alvines deviennent moins fréquentes et se colorent à nouveau, la soif diminue à son tour. Habituellement c'est du cinquième au huitième jour que survient la guérison.

La convalescence est en général de courte durée, ce qui peut être attribué au caractère exclusivement séreux des évacuations et à l'absence de déperdition albumineuse.

Entérite chronique. — L'entérite ou entéro-colite chronique peut succéder à la forme aiguë ou se montrer chronique d'emblée. Dans ce dernier cas, c'est qu'elle est sous la dépendance d'une cause persistante : mauvais régime alimentaire, excès alcooliques, maladies du foie et de l'appareil cardio-pulmonaire, tuberculose, mal de Bright, arthritisme, atrophie de l'appareil glandulaire intestinal.

L'entéro-colite est une maladie apyrétique et peu douloureuse. Son symptôme le plus constant, parfois unique pendant un temps très long, est la *diarrhée*. Les malades ont par jour cinq à six selles liquides, muqueuses ou séreuses (*diarrhées albumineuses*), plus ou moins colorées en jaune ou en vert, ordinairement très fétides. Le besoin de déféquer qu'une fatigue un peu prononcée ou une émotion un peu vive détermine facilement, se montre souvent aussitôt après le repas, et les selles contiennent une partie des aliments que le malade vient d'ingérer et qui n'ont pas subi de modifications (*lientérie*).

Quelquefois au milieu des matières glaireuses des évacuations, on observe des cylindres membraniformes ou pelotonnés ; on a affaire alors à cette entérite *pseudo-membraneuse*, encore assez fréquente chez les névropathes et chez les herpétiques, et que nous ont bien fait connaître les travaux de Gendrin, Potain, Guyot et

Siredey, Lancereaux, Huchard. Ainsi que Robin et Cornil l'ont constaté, il ne s'agit pas là de productions fibrineuses, mais de simples concrétions muqueuses, emprisonnant quelques leucocytes et quelques globules sanguins.

Chez certains malades, les hémorrhéoidaires et les gouteux en particulier, c'est au contraire la *constipation* qui est de règle dans l'entéro-colite chronique. L'intervalle qui sépare les selles est parfois considérable, et les évacuations se font sous forme de débâcles (Potain) : ce qu'il faut sans doute attribuer à l'absence de transsudation catarrhale et à l'inertie des intestins, l'hyper-sécrétion glandulaire existant seule (Jaccoud).

La douleur est peu intense ; les coliques sont peu vives et ne se montrent que quelque temps avant les selles. Cependant une pression un peu forte réveille généralement une sensation assez pénible sur le trajet du côlon.

Cette forme de l'entérite chronique présente souvent dans son évolution des périodes successives d'amélioration notable et de recrudescence ; mais pour peu que les accidents se prolongent, elle s'accompagne d'un amaigrissement et d'une consommation rapides : la prostration des forces peut être considérable ; les malades pâlisent, leur peau devient sèche, râpeuse et prend une teinte terreuse. On voit souvent apparaître des troubles névropathiques, surtout chez la femme, et en particulier des points douloureux réflexes comme ceux que D. Crouzet a signalés dans la seconde enfance : ce sont surtout des névralgies *lombo-abdominales* et intercostales qui peuvent atteindre le crural, le sciatique et même le trijumeau. On doit évidemment rapprocher ces troubles nerveux de ceux que Beau a décrits chez les dyspeptiques.

Chez les enfants, il survient un coma particulier avec des convulsions et des cris aigus semblables à ceux de la méningite. Enfin le malade réduit au dernier degré du marasme est enlevé par la cachexie, qu'elle s'accompagne ou non d'anasarque, ou par une affection intercurrente (pneumonie, thrombose des sinus chez les enfants).

Cette terminaison funeste est rare lorsque l'entérite n'est pas symptomatique d'un état lui-même incurable (tuberculose, urémie, cancer). Au bout d'un temps variable et après une série de rémissions et d'exacerbations, on voit les symptômes abdominaux s'amender, l'appétit renaître et les forces se rétablir.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés ; mais le clinicien doit surtout s'appliquer à rechercher si la diarrhée est sympto-

matique. On conçoit en effet l'importance de la notion étiologique pour le pronostic et le traitement.

TRAITEMENT. — *Entérite aiguë*. — Le traitement de l'entérite aiguë bénigne est des plus simples : les évacuants unis à une diète légère, au repos, aux boissons mucilagineuses et à quelques applications émollientes sur l'abdomen, formeront la base de la médication. Si les coliques et la diarrhée persistaient, quelques gouttes de laudanum ou un peu de poudre de Dower suffiraient pour les faire disparaître.

Dans l'entérite aiguë à forme grave on aura recours aux mêmes moyens, mais d'une façon plus énergique. La diète sera plus sévère, le repos plus absolu. Les préparations opiacées administrées par la bouche ou le rectum sont celles qui conviennent le mieux pour arrêter la diarrhée et calmer les douleurs : on y joindra souvent avec avantage le sous-nitrate de bismuth, la craie préparée, la glace sur l'abdomen. Chez les enfants, West a conseillé les mercuriaux (calomel, mercure associé à la craie) ; mais Meigs et Pepper, d'Espine et Picot ne sont pas partisans de cette méthode. Hayem, de son côté, vient de recommander tout particulièrement l'*acide lactique* à 2 pour 100 contre la diarrhée verte des enfants : cette préparation aurait l'avantage de stériliser complètement le micro-organisme qui lui donne naissance.

A. Luton préconise une méthode spéciale, qui d'ailleurs avait déjà été indiquée par Trousseau et à laquelle il attribue d'excellents résultats : c'est la *diète absolue avec de l'eau fraîche et filtrée à discrétion pour unique boisson*. Au bout de trois à cinq jours, le malade est guéri.

Nous n'insisterons pas ici sur l'*indication causale* (1) que le praticien doit toujours rechercher et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Quant à l'alimentation durant la période de convalescence, elle devra surtout se composer d'aliments albuminoïdes dont la digestion se fera dans l'estomac, comme les œufs, la viande crue, le lard. Chez les enfants, le régime variera suivant la nature de l'allaitement : lorsque l'enfant est encore au sein, on réglera soigneusement ses repas, et dans l'intervalle on lui donnera un peu de sirop de coings ou de décoction blanche de Sydenham. Dans le cas contraire, on cherchera à lui faire

(1) Cette indication causale doit être recherchée aujourd'hui d'autant plus activement que nous possédons sur l'antisepsie intestinale des notions plus précises : l'hypothèse d'une diarrhée infectieuse devant entraîner l'application d'une série de moyens spéciaux, et notamment l'administration de l'eau sulfo-carbonée, qui a été en pareil cas employée avec succès.

repandre le sein, et, s'il est trop tard, on le mettra au lait de chèvre ou d'ânesse, coupé d'eau de chaux ou d'eau de Vichy. Si le lait est mal toléré, il faudra recourir aux bouillons de poulet, aux œufs, au vin de Malaga par petites cuillerées à café (Jaccoud).

La pepsine associée au bismuth ou aux alcalins (Parrot) donne souvent d'excellents résultats. Les enfants, d'ailleurs, supportent très bien aussi les boissons légèrement alcoolisées : thé au rhum, lait additionné de kirsch. Les frictions stimulantes ou les bains un peu excitants rendent aussi de grands services dans l'entérite des jeunes enfants.

Entérite cholériforme. — On prescrira la diète absolue, ou bien on ne permettra que de très petites quantités de lait, de bouillon ou de vin glacés. La diarrhée sera combattue par l'opium et la glace à l'intérieur et sur l'abdomen. Si les préparations opiacées sont mal supportées par l'estomac, on usera des injections hypodermiques de morphine qui donnent souvent les meilleurs résultats. Luton, malgré les dangers que tous les auteurs reconnaissent dans ce cas aux opiacées, a pu, même chez de très jeunes enfants, injecter 1 milligramme de morphine sans inconvénient. On pourra enfin employer les lavements à l'ipécacuanha (Chouppe).

L'algidité et le collapsus seront énergiquement traités par les frictions stimulantes (linges chauds, sinapismes, etc.) et à l'intérieur par les alcooliques (potion de Todd, vin de Porto, élixir de Garus) et l'acétate d'ammoniaque.

Entérite chronique. — C'est ici surtout qu'il importe de rechercher l'indication causale. Des habitudes alcooliques, un mauvais régime diététique pourront parfois être écartés. Les maladies du cœur et du foie demandent l'emploi des drastiques et des sangsues à l'anus, qui agissent en diminuant la tension dans le système porte. Dans le mal de Bright, on cherchera à provoquer une diurèse abondante.

Le sous-nitrate de bismuth associé à l'opium, laudanum ou diascordium, sera employé contre la diarrhée. S'il ne réussit pas, on aura recours aux astringents : ratanhia, cachou, tanin, bois de campêche, Colombo, etc. On a aussi recommandé les lavements d'ipécacuanha (méthode brésilienne) et de nitrate d'argent, le perchlorure de fer, la noix vomique (Shoyer, Luton), les frictions d'huile de croton (Nonat), les vésicatoires sur l'abdomen. La constipation demande au contraire l'emploi des drastiques (1).

(1) La constipation doit toujours être combattue avec persévérance, afin

Le régime dans l'entérite chronique est de la plus haute importance. On réglera d'abord l'alimentation et on la réduira à des substances facilement assimilables par l'estomac : la viande crue mélangée à la gelée de groseille, au bouillon, à des œufs brouillés (Jaccoud), donne parfois des résultats remarquables. Il en est souvent de même du régime lacté exclusif. Les eaux gazeuses ou alcalines seront de précieux adjuvants, surtout celles de Carlsbad, Ems, Vichy, Plombières (Bottentuit).

L'entérite pseudo-membraneuse réclame plus spécialement l'emploi des remèdes désobstruants et les grandes irrigations rectales avec de l'eau boricuée, par exemple. Les eaux chlorurées sodiques sulfureuses sont recommandées par Gueneau de Mussy, qui ajoute aussi une grande importance au régime, notamment à la suppression des corps gras, et entretient la liberté de l'intestin avec les grains de psyllium. Déjà depuis longtemps B. Teissier avait préconisé le traitement par le charbon de Belloc et les eaux de Brides et en avait obtenu les meilleurs effets.

LOUIS. Rech. anat. path., 1829. — BECQUEREL. Bull. de la Soc. anat., 1840. — TROUSSEAU. Journ. des conn. méd.-chir., 1841. — LEGENDRE. Rech. anat. path. et clin. sur quelques maladies de l'enfance. — BARTHEZ et RILLIET. Maladies des enfants, 1853. — TREITZ. Prager Vierteljahrs., 1859. — LABOULBÈNE. Rech. clin. et anat. sur les affections pseudo-membraneuses, 1861. — HENOCH. Beiträge zur Kinderheilkunde. Berlin, 1861. — NONAT. Rev. de thérap. méd.-chir., 1862. — SIREDEY. Entérite pseudo-membraneuse (Soc. méd. des hôpitaux, 1868). — GOMBAULT. Art. Diarrhée du Nouv. Dict. de méd. et chir., 1869. — LANCEREAUX et LACKERBAUER. Atlas d'anat. pathol., 1869-1879. — PARROT. Note sur un cas de muguet du gros intestin (Arch. de phys., 1870). — GUENEAU DE MUSSY. Lec. sur la diarrhée chronique (Un. méd., 1869, et Gaz. des hôp., 1872). — BOTTENTUIT. Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, 1873. — LUTON. Des séries morbides, th. de Paris, 1859. — Art. Intestins, in Nouv. Dict. de méd. et de ch., 1874. — MEIGS et PEPPER. A practical Treatise of the Diseases of the Children, 1874. — E. BERTIN. Art. Colon, in Dict. encyc., des sc. méd., 1877. — JACCOUD. Path. int. — PARROT. Leçons sur l'athrepsie. Paris, 1877. — TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 6^e édit. — HABERSHON. On diseases of the Abdomen, 3^e édit. London, 1878. — D. CROUZEL. Des points douloureux réflexes dans l'entéro-colite chronique chez les enfants, th. de Paris, 1879. — D'ESPINE et PICOT. Manuel prat. des maladies de l'enfance, 2^e éd., 1880. — L. LAVERAN. Art. Choléra, in Dict. encyc. des sc. méd. — NOTHNAGEL. Zur klinik. der Darmskrankheiten. Vienne, 1883. — ISOARD. Contribut. à l'étude de l'entérite muco-membraneuse, th., Paris, 1883. — THÉVENOT. Contrib. à l'étude du catarrhe int. à mucosité membraniforme (Soc. méd. hôp., 1883). — J. SIMON. Diarrhée chez les enfants (Gaz. hôp., 1883). — CLADO. Du microbe en bâtonnets de la

d'éviter ces accidents de résorption intestinale que Bouchard a bien décrits sous le nom de *stercorémie*, et qui proviennent de l'absorption à la surface intestinale des poisons d'ordres différents (bactéries, ptomaines, Selmi, leucomaïnes, Gautier), qui existent accumulés dans l'intestin, et proviennent des diverses fermentations que subissent les aliments dans leur trajet à travers les voies digestives.

diarrhée infantile (Société biologie, 1884). — LANCEREAUX. De l'herpétisme. Paris, 1884. — DELIGNY. Contribution à l'étude de l'entérite pseudo-membran. chez les herpétiques (Un. méd., 1885). — DU CAZAL. Art. *Diarrhée* du Diction. encyclop. — MAHÉ. Diarrhée end. des pays chauds, eod. loc. — MONCORVO. Temp. de la paroi abdom. dans le cas d'entérite aiguë (Revue des maladies de l'enfance, 1885). — DUJARDIN-BEAUMETZ. Des nouvelles médic. gastro-intestinales, Paris, 1886. — MOUSSE. De la médicat. intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée, th., Paris, 1886. — HAYEM. De la diarrhée verte, sa nature, son traitem. (Acad. de méd., 1887). — POTAIN. Colite chronique (Semaine méd., 1887).

DYSENTERIE

Synonymie : *Colita, tormina, etc.*

La *dysenterie* est une entéro-colite spécifique, caractérisée par une diarrhée liquide et sanguinolente avec ténésme et épreintes, par un état général grave et une grande tendance aux récidives.

La dysenterie a été connue et étudiée dès la plus haute antiquité. Hippocrate, Arétée, Galien, Celse, etc., et, après eux, les médecins arabes et ceux du moyen âge l'ont décrite en englobant dans son histoire un certain nombre d'autres affections abdominales. C'est surtout depuis la fin du siècle dernier qu'on la connaît d'une façon complète, grâce aux travaux de Pringle, Zimmermann, Chomel, Gély, Masselot et Follet, Cambay, Haspel, Dutroulau, etc. L'anatomie pathologique n'a été bien étudiée que de nos jours, et entre autres travaux importants nous citerons ceux de Cornil et de Kelsch et Kiener.

La dysenterie est *aiguë* ou *chronique* : on l'observe à l'état *sporadique, épidémique* ou *endémique*.

ÉTIOLOGIE. — La dysenterie atteint tous les âges et tous les tempéraments; elle est peut-être plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les émotions vives, la peur, les chagrins, la nostalgie, toutes les impressions morales dépressives, ont une grande influence sur sa production. Les étrangers résidant dans un pays où elle est endémique en sont généralement atteints, même lorsqu'ils sont acclimatés.

Les influences *cosmiques* sont très importantes à considérer. Bien qu'on l'observe sous toutes les latitudes, c'est surtout dans les pays tropicaux que la dysenterie règne endémiquement ou épidémiquement. Les changements brusques de température, aussi bien dans les pays chauds que dans les régions septentrionales, les grandes chaleurs dans les pays humides et marécageux, l'encombrement sur les vaisseaux, dans les bagnes, les

prisons, les casernes, sont des causes prédisposantes très efficaces. L'époque de sa plus grande fréquence est la fin de l'été et l'automne. L'influence de la nature géologique du terrain n'est pas prouvée.

A ces causes il faut ajouter celles qui proviennent d'une mauvaise nourriture (aliments avariés ou indigestes, fruits verts), de l'abus des alcooliques, des boissons glacées, de l'ingestion excessive des eaux potables ou de leur mauvaise qualité (A. Falot, Gayme, etc.).

Les fatigues de toutes sortes, les maladies antérieures, choléra, fièvre jaune, scorbut, colite, favorisent l'apparition de la maladie. Parmi les causes prédisposantes, Virchow fait jouer un rôle tout spécial à la constipation qui favoriserait selon lui la décomposition des matières putrides dans l'intestin. Depuis longtemps on connaît l'influence réciproque des maladies du foie et de la dysenterie, et nombre d'auteurs les regardent comme dues à un miasme identique (Dutroulau) (1); il existe également un rapport entre la dysenterie, le typhus et la fièvre intermittente (Boudin, Cambay).

La contagion de la dysenterie, dans le sens absolu du mot, n'est pas démontrée. Il n'en est pas moins vrai que les émanations provenant des déjections dysentériques sont susceptibles de répandre l'infection. Suivant Clowston, d'après le fait célèbre de l'épidémie de Cumberland, on peut évaluer à huit jours la durée de son incubation.

Les récidives de la forme aiguë sont fréquentes et donnent lieu le plus souvent à la forme chronique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Dysenterie aiguë*. — Dans la forme *légère*, les lésions siègent surtout dans le rectum et à la fin du côlon (2) : elles consistent principalement en un boursofflement très notable de la muqueuse qui est congestionnée, très rouge et qui présente parfois quelques ecchymoses. L'examen histologique montre les capillaires dilatés, les glandes de Lieberkühn allongées ou kystiques, les follicules clos tuméfiés, le tissu conjonctif

(1) Le germe pathogène de la dysenterie n'est pas encore définitivement déterminé. Cependant la présence de micro-organismes spéciaux à la surface et à l'intérieur de la muqueuse intestinale des dysentériques ne saurait être mise en doute (Ziegler, Cornil et Babès). De nouveaux travaux ne tarderont pas sans doute à isoler l'élément infectieux spécifique.

(2) Le siège de prédilection des lésions varie d'ailleurs suivant les pays où l'on observe. En Algérie et aux Antilles elles prédominent dans le cæcum et diminuent ensuite progressivement (Dutroulau), tandis qu'en Égypte c'est au niveau du rectum qu'elles s'accroissent davantage (Pruner-Bey).