

que les modifications susdites peuvent certainement dépendre de causes exclusivement nerveuses et disons en revanche qu'il est, dans tel cas donné, parfois très malaisé et même impossible, d'exclure positivement la coexistence d'un véritable catarrhe chronique ou d'un ulcère de l'estomac.

Dans beaucoup de cas d'une gravité plus considérable, il n'y a guère qu'une observation longtemps poursuivie qui autorise à affirmer le diagnostic. Ici encore le jugement *ex juvantibus et nocentibus* vient en aide, notamment quand on hésite entre l'ulcère et la dyspepsie nerveuse, diagnostic différentiel qui, ainsi que nous l'avons fait voir, est parfois très difficile, et qui d'ailleurs, malgré une appréciation mûrement délibérée de tous les symptômes, se laisse rarement affirmer avec pleine certitude. Sous l'influence du traitement sévèrement antiulcéreux ces malades empirent d'ordinaire, tandis que la médication opposée réalise parfois les bénéfices les plus surprenants (v. plus bas).

Le pronostic dépend surtout du milieu où les malades passent leur vie. Si les excitations morales nuisibles ou d'autres influences étiologiques continuent d'agir, il faut rarement s'attendre à une guérison définitive. Si, au contraire, les conditions susdites peuvent être tenues à l'écart, on voit se produire des guérisons complètes, même après les états les plus graves en apparence. Naturellement il reste presque toujours une disposition aux rechutes.

**Traitement.** En posant le diagnostic d'une *dyspepsie nerveuse* on a par cela même assigné à la médication une direction déterminée. D'abord il faut pénétrer le patient de l'idée que son estomac n'est pas gravement et irrémisiblement malade, mais qu'il est parfaitement en état de remplir ses fonctions. Il n'y a rien de si mauvais que de traiter méticuleusement les personnes atteintes de dyspepsie nerveuse et de leur prescrire une diète d'une sévérité outrée. Il vaut infiniment mieux de les habituer petit à petit à reprendre un régime *nutritif et suffisant*. Ce n'est qu'ainsi qu'ils regagnent confiance en eux-mêmes, parce qu'ils voient que les aliments solides ne leur font pas de tort, mais que leurs forces reviennent et que leurs selles se régularisent.

Les *médicaments*, surtout quand les malades ont été trop drogués, peuvent parfaitement être laissés de côté. L'abus des purgatifs doit particulièrement être condamné. Si malgré tout il faut prescrire quelque chose, les *amers* conviennent le mieux (notamment la teinture de noix vomique). On peut également donner du *fer* aux anémiques. Le *bromure de potassium* est le meilleur remède contre les *vomissements* et les régurgitations de même nature. L'*antipyrine* est aussi quelquefois avantageuse.

Par contre, toutes les cures qui contribuent à reconforter l'organisme et en particulier le système nerveux, sont de la plus haute valeur : le *séjour à la*

*campagne, dans les régions montagneuses, au bord de la mer, puis les cures méthodiques à l'eau froide*, surtout les ablutions de l'abdomen et de tout le corps qui sont le plus souvent couronnées de succès. Par contre les stations qui rendent souvent de bons services en cas de maladie organique de l'estomac, sont rarement avantageuses dans la dyspepsie nerveuse. Nous avons en particulier pu remarquer que des malades atteints de dyspepsie nerveuse, que leur médecin avait envoyés à Karlsbad, en sont revenus empirés plutôt qu'améliorés. Nous avons constaté à diverses reprises les bons résultats obtenus par le *traitement électrique*, quoique nous estimions que l'effet moral est peut-être en ce cas la chose principale. On galvanisera le long de la colonne vertébrale et en travers de l'estomac (une grosse électrode placée sur la région épigastrique, l'autre dans le dos ; il est bon de renverser fréquemment le courant). La *faradisation* des parties abdominales est le mieux indiquée en cas de constipation.

Enfin il est évident qu'on doit tenir compte des conditions étiologiques : on prémunira les malades contre l'influence des fatigues excessives, des excitations mentales, etc. (comparez T. II, le chap. sur la neurasthénie). L'essentiel est de diriger méthodiquement les malades au point de vue moral. Ils devront se persuader de nouveau qu'ils sont bien portants et apprendre à se comporter comme tels ; ils tâcheront de reconquérir de l'empire sur eux-mêmes et de ne plus se laisser ébranler par le moindre choc, qu'il vienne du dehors ou du dedans. Il est évident que cela ne s'obtient pas par des bains ou des recettes, mais par une éducation intellectuelle correcte des malades. On peut dire à juste titre de la dyspepsie nerveuse comme de tous les états neurasthéniques analogues, qu'elle n'est pas justiciable de la médecine, mais uniquement du *médecin*.

## CINQUIÈME PARTIE. MALADIES DE L'INTESTIN.

### CHAPITRE PREMIER. CATARRHE INTESTINAL.

(Entérite catarrhale.)

**Étiologie.** Le catarrhe de l'intestin comme celui de l'estomac se produit le plus souvent à la suite d'irritations anormales que subit la muqueuse de la part du contenu intestinal. Ces irritations sont d'ordinaire de nature mécanique ou chimique et dépendent de *la quantité et de la qualité des*

*aliments introduits.* C'est ce qui explique comment les catarrhes de l'estomac et de l'intestin sont si souvent combinés. Les substances nuisibles qui pénètrent dans l'intestin avec des aliments gâtés (viande, poisson, bière, etc.) jouent un grand rôle dans la production du catarrhe intestinal.

Après les catarrhes intestinaux résultant d'aliments avariés, viennent les *entérites par intoxication* dues à l'action directe de substances toxiques. Les empoisonnements par les acides minéraux et les alcalis caustiques, par l'arsenic, le sublimé, etc. donnent lieu à une inflammation intense de la muqueuse intestinale. Parfois aussi on voit naître des catarrhes intestinaux après l'emploi irréféré de certains médicaments, surtout des purgatifs *drastiques*.

Une grande partie des entérites de légère ou de grande intensité provient de *causes infectieuses*. C'est dans cette classe qu'il faut ranger la plupart des entérites en apparence spontanées, puis le plus grand nombre de celles qu'on attribue à un refroidissement ou à une averse qui a trempé les vêtements, enfin toute cette classe d'affections épidémiques ou endémiques que la saison chaude amène et qu'on désigne sous le nom de diarrhée estivale, de cholérine, etc. A la tête de celles-ci, il faut citer le *choléra nostras* que nous allons décrire plus loin dans un chapitre à part. Mentionnons encore les nombreux catarrhes de l'intestin *qui font partie d'autres maladies infectieuses générales*, le typhus, la dysenterie, les maladies septiques, la fièvre malariale grave, etc.

Enfin dans une dernière série de faits, le catarrhe intestinal est le résultat d'une hyperémie passive de la muqueuse due à des *troubles de la circulation*. Ce sont surtout les maladies du foie et du système-porte, et puis les affections chroniques du cœur et des poumons qui donnent lieu à une stase dans le réseau de la veine-porte et consécutivement à un catarrhe de l'intestin. Il est probable cependant que dans la pluralité des cas, la stase n'est qu'une circonstance *adjuvante* de la production de ce catarrhe, circonstance qui, à raison des troubles circulatoires dont elle est l'expression, facilite l'action des autres influences nocives.

Il est généralement connu que le catarrhe intestinal est une maladie très fréquente dans les deux sexes et à tout âge. Mais ce sont les *enfants* qui ont une tendance particulière aux maladies de l'intestin, à tel point que, d'après une évaluation approximative, le tiers à peu près de toutes les maladies de l'enfance se rapporte au canal intestinal. Nous allons d'ailleurs, à raison de l'importance pratique de ce fait, consacrer un chapitre spécial à l'entérite de l'enfance.

**Anatomie pathologique.** Les altérations anato-pathologiques de l'entérite catarrhale sont de tout point identiques à celles des inflammations de toutes les autres muqueuses. Injection et gonflement de la muqueuse,

augmentation de sécrétion, dans les cas graves suppuration à la surface de la membrane et infiltration celluleuse du tissu même ; tels sont les processus connus et caractéristiques de toute inflammation catarrhale. Parfois les follicules solitaires et agminés s'infiltrant (*catarrhe folliculaire*) et finissent par devenir le siège d'*ulcérations folliculaires* superficielles. On remarque aussi, en d'autres endroits de la muqueuse, des érosions superficielles et dans les cas graves l'*ulcération dite catarrhale*.

Après un catarrhe de longue durée, la muqueuse s'épaissit quelquefois d'une façon considérable par suite de l'*hyperplasie du tissu cellulaire*. La surface interne de l'intestin prend alors un aspect inégal et mamelonné. Les bourrelets circonscrits que forme le tissu cellulaire peuvent constituer de véritables productions polypeuses. Si les conduits d'excrétion des glandes de LIEBERKÜHN viennent à se boucher, il en résulte une *transformation kystique de ces glandes*, par rétention du suc intestinal.

Très souvent et surtout dans l'entérite chronique des enfants, la *muqueuse* subit une *atrophie* considérable. Cette atrophie récemment étudiée avec beaucoup de soin par NOTHNAGEL, atteint surtout la tunique glanduleuse de l'intestin. Au lieu des glandes, qui peuvent disparaître complètement en beaucoup d'endroits, on trouve un tissu interstitiel plus ou moins riche en cellules. L'atrophie acquiert d'ordinaire son plus haut degré dans le gros intestin et à la partie inférieure de l'iléon. La tunique musculieuse peut aussi participer à l'atrophie.

Nous rencontrerons plus loin certaines particularités du catarrhe propres aux différents segments de l'intestin.

**Symptômes morbides.** Le symptôme d'où nous concluons tout d'abord que l'intestin est malade et qui dans l'entérite légère est parfois l'unique manifestation morbide, c'est le *dévoisement* ou la *diarrhée*, c.-à-d. l'augmentation de fréquence des évacuations alvines et leur moindre consistance. Strictement parlant, on n'est pas autorisé à rapporter toute diarrhée quelconque à un catarrhe, puisqu'une foule d'influences peuvent directement *surexciter les contractions péristaltiques* de l'intestin et par suite provoquer de la diarrhée. Ainsi, par ex., c'est un fait d'expérience qu'une peur subite ou une anxiété vive occasionnent parfois en très peu de temps une diarrhée invincible. Chez les personnes à dispositions névrosiques ou neurasthéniques générales, il n'est pas rare de rencontrer une diarrhée chronique qui doit être rattachée à des processus anormaux d'innervation (*diarrhée nerveuse*). La diarrhée qui succède à un refroidissement subit, n'est également qu'une conséquence de mouvements péristaltiques tumultueux produits par une incitation réflexe. D'autre part, il est probable qu'une foule d'agents chimiques et infectieux provoquent de

la diarrhée en excitant les contractions, sans pour cela enflammer la muqueuse. Cependant, il n'y a pas moyen, en pratique, de séparer nettement la diarrhée du catarrhe de l'intestin, et nous avons certainement le droit, en présence de la plupart des diarrhées qui durent un certain temps, d'admettre, outre les troubles fonctionnels, de vraies lésions anatomiques.

Il y a deux causes principales qui donnent lieu à la diarrhée dans le catarrhe intestinal. D'abord, comme nous venons de le dire, les substances nuisibles qui provoquent le catarrhe, excitent également les contractions péristaltiques. Les nombreux produits des processus de décomposition qui ont lieu dans l'intestin, agissent dans le même sens. Outre ces *excitations anormales*, il est à penser que l'*irritabilité excessive* des parois intestinales due au catarrhe entre également en jeu. De là résulte que le contenu fluide de l'intestin est chassé au dehors par la violence des mouvements péristaltiques que les malades comparent à un « bouillonnement interne ». Cette expulsion a lieu bien avant que l'épaississement du contenu intestinal ait eu le temps de s'effectuer par la résorption de la partie aqueuse. Or, comme on sait que l'épaississement des fèces s'opère presque exclusivement dans le gros intestin, et que l'intestin grêle, même dans les conditions normales, est franchi par les aliments en deux ou trois heures, il est facile à concevoir que c'est surtout le *péristaltisme renforcé* du gros intestin qui entre en action dans la production de la diarrhée. Il est certain néanmoins que dans beaucoup de cas les contractions péristaltiques de l'intestin grêle sont également augmentées.

Indépendamment de l'augmentation des mouvements péristaltiques, une circonstance qui probablement contribue aussi pour une part à la production de la diarrhée, c'est que le contenu de l'intestin, grâce à l'augmentation de la sécrétion muqueuse et à l'exsudation catarrho-inflammatoire, est beaucoup plus fluide que d'ordinaire. Quant au *catarrhe intestinal par stase*, il est probable que l'accélération des mouvements péristaltiques n'est pas le seul élément qui explique la liquidité des selles et qu'il y a encore à considérer les entraves apportées dans *l'intestin à la résorption aqueuse* par le trouble circulatoire. Dans les autres catarrhes ce dernier facteur ne compte guère quand on le compare à l'exagération du péristaltisme.

Pour ce qui concerne le *caractère des selles diarrhéiques*, il existe à cet égard d'assez grandes différences. Le nombre en est très variable. Parfois il n'y a que deux ou trois évacuations, souvent dix et au delà dans les vingt-quatre heures. Elles ont une *consistance* mucilagineuse ou une fluidité presque aqueuse. Cela tient à ce qu'elles renferment une forte proportion d'eau, qui peut monter à 90 et 95 %, alors que la quantité d'eau n'est normalement que de 75 % environ. L'*aspect* des selles diarrhéiques

est d'ordinaire jaune-clair, parfois verdâtre par suite du mélange de la matière colorante de la bile; quelquefois elles sont glaireuses (v. plus loin).

L'*examen microscopique* des selles ne permet que dans une partie des cas d'apprécier l'intensité et l'étendue du catarrhe. On y trouve communément des débris d'aliments (fibres musculaires, grains d'amidon, graisse), une multitude de bactéries, parfois des cristaux de triphosphate, quelques corpuscules de pus et de l'épithélium cylindrique, substances qui pour la plupart se rencontrent aussi dans les selles normales. Quelques éléments particuliers seront mentionnés ci-après.

Indépendamment du dévoilement, le catarrhe intestinal est souvent, mais pas toujours, accompagné de *douleurs abdominales*, tantôt continues, tantôt sous forme de *coliques* qui reviennent par accès. Le catarrhe du rectum se distingue par ces épreintes pénibles qu'on a désignées sous le nom de *ténésme*.

L'*examen objectif de l'abdomen* fournit en somme peu de résultats importants. Parfois le ventre est plat, d'autres fois il y a du météorisme. Les mouvements péristaltiques tumultueux provoquent des bruits de glouglou et du gargouillement (borborygmes). L'abdomen est souvent un peu sensible à la pression. Par contre les coliques proprement dites sont généralement soulagées par une compression extérieure. Dans des cas rares, quand l'intestin renferme une abondance de liquide, on peut percevoir au palper une sensation de clapotement. Les données fournies par la percussion dépendent en grande partie du degré de réplétion de l'intestin.

L'*état général* dans la plupart des diarrhées communes n'est, pour ainsi dire, pas dérangé. Dans d'autres cas d'entérite aiguë, surtout dans les formes gravement infectieuses, l'atteinte portée à l'état général peut être assez considérable. Les malades se sentent si abattus et si faibles, qu'ils sont contraints de garder le lit. Parfois on observe de légers *mouvements fébriles* (entre 38° et 39°). Très souvent des manifestations *gastriques* se mettent de la partie, notamment de l'anorexie et des vomissements. Les autres organes participent rarement à la maladie, hormis le *foie* en cas de catarrhe du duodénum (v. plus bas). Parfois une *éruption d'herpès* apparaît aux lèvres dans les entérites infectieuses. Nous avons observé à diverses reprises dans des cas intenses d'entérite aiguë, des *douleurs* marquées *des muscles et des articulations*, même de légers gonflements articulaires bien perceptibles.

**Différentes formes du catarrhe intestinal.** Comme l'intestin est un organe peu accessible à l'examen objectif pendant la vie, et que dans toutes les affections peu graves de cet organe les recherches anatomiques n'ont que rarement l'occasion de se faire, nos connaissances sur les formes diverses de l'entérite présentent nécessairement beaucoup de lacunes. Dans

la pratique, on se borne la plupart du temps à diagnostiquer un catarrhe intestinal par la simple constatation de la diarrhée, sans insister beaucoup sur la nature intime de l'entérite. Cependant on peut, dans beaucoup de cas, s'appuyer sur certaines données pour conclure au *siège exact de la maladie*. Il y a d'ailleurs un intérêt pratique à pouvoir distinguer entre le *catarrhe intestinal aigu et chronique*.

On ne peut diagnostiquer le **catarrhe duodénal** que s'il y a complication d'*ictère*. Nous renvoyons pour plus de détails au chapitre de l'ictère catarrhal.

Les **catarrhes bornés à l'intestin grêle, au jéjunum et à l'iléon**, à l'exclusion de la partie supérieure du gros intestin, sont, selon toute apparence, assez rares. Les différencier positivement est presque impossible. Il y a certainement des circonstances qui autorisent à croire que l'*intestin grêle* est le principal intéressé, ou du moins qu'il *participe* à la maladie. Tout d'abord il est rationnel d'admettre que le catarrhe se localise surtout dans l'intestin grêle, quand il y a simultanément des troubles manifestes du côté de l'estomac. Il est évident qu'en présence d'un catarrhe qui atteint en même temps l'estomac et l'intestin, comme cela arrive fréquemment, c'est la partie de l'intestin faisant suite à l'estomac qui doit être malade de préférence. Au surplus, l'examen objectif de l'abdomen fournit quelques renseignements ; ainsi, dans l'entérite de l'intestin grêle, la sensibilité à la pression et la tension du ventre, de même que les contractions péristaltiques anormales qui s'offrent à la vue, occupent principalement les régions moyennes et inférieures de l'abdomen, tandis que dans l'entérite du gros intestin ces mêmes phénomènes prédominent aux parties latérales et supérieures, conformément à la situation anatomique du colon. Cependant on ne peut pas se fier à ce caractère pour faire une distinction précise. Aussi bien les inductions que la percussion et l'auscultation de l'abdomen permettent de tirer du lieu d'origine du gargouillement et de l'état de réplétion des anses intestinales, prêtent presque toujours à l'équivoque et ne sont par conséquent d'aucune utilité pour le diagnostic.

L'inspection attentive des *selles* conduit à de meilleures conclusions. Comme il a été dit plus haut, le catarrhe qui se limite à l'intestin grêle, n'est pas rigoureusement accompagné de diarrhée, puisque celle-ci ne dépend que de l'augmentation du mouvement péristaltique du gros intestin. De là vient par exemple que dans la plupart des catarrhes du duodénum (ictère catarrhal) la diarrhée fait défaut. Dans le catarrhe restreint à l'intestin grêle, mais d'une plus grande étendue, on reconnaît que les selles, bien que consistantes au moment de l'évacuation, sont de nature pathologique quand le microscope découvre que de petites masses hyalines de mucus y sont intimement mêlées

(NOTHNAGEL). En général cependant l'entérite de l'intestin grêle se combine avec un catarrhe de la partie supérieure du gros intestin. Mais si dans ces conditions la diarrhée se déclare, les selles liquides présentent quelques particularités qui dénotent la participation de l'intestin grêle à la maladie. C'est ainsi que par suite de l'augmentation de la contraction péristaltique de l'intestin grêle, on voit apparaître dans les selles certaines substances qui appartiennent exclusivement à cet intestin et qui dans les circonstances normales ne se retrouvent plus dans les fèces du gros intestin. A ce titre il faut mentionner en première ligne des matières alimentaires non digérées, des masses de fibres musculaires ou même des parcelles de viande reconnaissables à l'œil nu, puis de l'amidon et de la graisse. Il va sans dire que la thèse inverse n'est pas vraie, c.-à-d. que la présence dans les selles de grandes quantités de débris alimentaires non digérés, indiquerait nécessairement un *catarrhe* de l'intestin grêle, attendu que la digestion peut être entravée par d'autres circonstances encore (fièvre, anémie) et qu'une simple accélération des contractions péristaltiques suffit par elle-même pour entraîner cet effet. Depuis longtemps et de nos jours encore, on désigne sous le nom de *lienterie*, une diarrhée dans laquelle les selles liquides se distinguent par la présence d'une quantité excessivement abondante et reconnaissable à l'œil nu de restes d'aliments n'ayant pas subi l'action digestive.

Outre les débris alimentaires, la proportion de *bile* renfermée dans les selles est jusqu'à un certain degré caractéristique du catarrhe de l'intestin grêle. Dans les conditions ordinaires, il n'y a que le contenu de l'intestin grêle qui réponde nettement à l'essai du pigment biliaire par le réactif de GMELIN, mais pas le contenu du gros intestin, ni par conséquent les selles normales. Par contre, dans les catarrhes avec accroissement du péristaltisme de l'*intestin grêle et du gros intestin*, il se mêle souvent aux selles une quantité assez notable de pigment biliaire non altéré. On connaît les selles vertes qui se rencontrent si fréquemment dans la diarrhée infantile, et plus rarement chez les adultes. Ce genre de selles donne généralement un jeu manifeste de couleurs sous l'influence de l'acide nitrique employé comme réactif. Dans d'autres cas, comme NOTHNAGEL l'a fait remarquer, il n'y a que quelques parties constituantes de la selle qui soient colorées par la bile. Ce sont surtout les grains de mucus imprégnés de pigment jaune, les cellules épithéliales cylindriques et les cellules sphériques teintes par la bile, qui caractérisent la diarrhée dépendant de l'intestin grêle.

Le **gros intestin**, comme nous l'avons dit plusieurs fois, n'est probablement jamais indemne dans une diarrhée quelle qu'elle soit, puisqu'il n'y a que l'accroissement des contractions péristaltiques du gros intestin qui explique la liquidité des selles. D'autre part, dans une série de cas se mani-